Introduzione

In queste pagine viene pubblicato il testo integrale del Progetto per l'attivazione del Triage nel DEA di 2° livello dell'ex Azienda Ospedaliera C.T.O. – C.R.F. – M. Adelaide di Torino (anno 2008).

La costruzione del Progetto è stata curata da un gruppo costituito da:

- infermieri del DEA
- una referente dell'Ufficio Infermieristico - Formazione;
- tre amministrativi

tutti coordinati dal Capo Sala del DEA in veste di responsabile del Progetto.

Gruppo di lavoro

CPSI Maria Grazia Barbera
CPSI Ivan Bufalo
CPSE/AFD Giuliana Centini (Uff. Inf. - Formazione)
CPSI Luca Fogliati
CA Roberta Furano
CPSE/AFD Daniele Marchisio (Resposabile Progetto)
CPSI Carmela Pascarella
CPSI Ada Pede
CPSI Luigi Rinaldi
CA Nadia Stella
AA Lucia Zilli

Il gruppo di lavoro si è avvalso del contributo e del confronto con un gruppo di medici referenti del Progetto oltre che della supervisione del Primario del DEA.

Medici di riferimento

Dott. Stefano Aleotti
Dott. Ugo Bertoldo
Dott. Maurizio Dagna
Dott. Donatella Fabbro
Dott. Roberto Ferrero
Dott. Patrizio Mao
Dott. Fulvio Massaro
Dott. Fabrizio Meliga
Dott. Antonio Miletto (Primario DEA 2008)
Dott. Marco Turbilio
Dott. Walter Verna

La realizzazione concreta del progetto è iniziata nel mese di Ottobre 1998.

In questa fase, così come nella percedente fase di costruzione del progetto e dei protocolli operativi, è per noi fondamentale continuare a sfruttare tutte le possibilità per confrontarci non solo al nostro interno, nell'ambito del gruppo di lavoro e del servizio in cui l'esperienza si sta realizzando, ma anche all'esterno con coloro che più di noi hanno maturato un'esperienza professionale rispetto al Triage o che come noi stanno iniziando ad acquisirla.

Vorremmo pertanto che questo contributo fosse l'occasione per iniziare un percorso di condivisione e di scambio di:

- esperienze
- documentazione
- considerazioni, opinioni, riflessioni

sul Triage che in alcune realtà ospedaliere italiane rappresenta ormai una consolidata modalità

per l'accettazione dell'utenza in PS da parte del personale infermieristico, ma che in molte altre realtà non si è ancora affermata nonostante le pressanti indicazioni legislative in merito.

Qualche cenno sull'organizzazione del documento

I contenuti del documento sono stati organizzati secondo lo schema dell'Indice riportato sulla frame a sx dello schermo in modo da consentire una navigazione più agevole e rapida basata su percorsi che ogni utente può personalmente tracciare.

Abbiamo messo a disposizione un *Abstract del Progetto* per coloro che vogliono avere in poche pagine una breve sintesi di questo lavoro.

Dopo alcuni *Cenni storici e teorici* sul Triage la presentazione nel dettaglio del *Progetto Operativo* detta le linee organizzative fondamentali per la sua attuazione nella nostra specifica realtà di lavoro.

La *scheda di triage* riprodotta integralmente è attualmente in fase di modifica: come ben sappiamo solo utilizzando veramente gli strumenti (anche cartacei) di lavoro si riesce a coglierne le incongruenze, i deficit, le ridondanze! Appena possibile vi renderemo disponibile la versione aggiornata.

La *scheda informativa* per l'utente sarà disponibile in varie lingue oltre all'italiano (francese, inglese, arabo). Viene consegnata dall'IP di Triage all'utente o al suo familiare dopo l'attribuzione del codice, come documento esplicativo di rinforzo rispetto alle spiegazioni già fornite dall'infermiere in fase di triage.

La sezione relativa ai protocolli inizia con il *Protocollo sulla competenza specialistica dei pazienti*
disponibile in due formati: per specialista e per sintomo principale (i contenuti non cambiano, cambia solo la modalità di presentazione!). Questo protocollo è frutto di una laboriosa opera di mediazione con i diversi specialisti che afferiscono al nostro DEA. Leggendolo si ha un po' l'impressione che il corpo dell'ipotetico paziente sia stato crudamente sezionato... ma per una questione organizzativa e di funzionalità del servizio si è ritenuto necessario procedere così.

Il *protocollo* relativo al *grado di priorità* definisce i codici colore di gravità da applicare nel Triage con indicazione sui tempi massimi per l'accesso al box sanitario. Oltre ai codici colore consueti è' stato inserito il codice Azzurro - forse non così diffuso in altre realtà – per definire le condizioni di accesso improprio.

Una serie di *protocolli* relativi alle più frequenti condizioni patologiche che si presentano al nostro DEA definiscono in modo sequenziale gli step che l'IP di triage deve seguire nella fase di raccolta dati per giungere alla definizione di un codice di triage sulla base del livello di gravità rilevato.

Il protocollo n. 3 sui *casi problematici* si concentra sulle situazioni più particolari, più ambigue e problematiche che si presentano all'Accettazione del nostro DEA. Rispetto a questo protocollo sarebbe molto interessante sviluppare opportunità di confronto e di scambio di esperienze!

Il capitolo dedicato alle *strategie formative* delinea i principali percorsi di Aggiornamento e di Formazione da attivare al fine di sviluppare negli infermieri del servizio una specifica competenza rispetto al triage.

Tra breve saranno disponibili anche una serie di documenti utilizzati a fini didattici (ad es. i casi per sperimentare in *situazione protetta* l'applicazione dei protocolli operativi).

I *riferimenti normativi* nazionali sono un valido riferimento per la definizione del ruolo dell'infermiere di triage, gli obiettivi e le modalità di attuazione del triage.

La *bibliografia* finale offre spunti e stimoli per l'approfondimento dei temi trattati all'interno del progetto, e per l'individuazione ed il confronto con altre esperienze.

Saranno non solo graditi ma sentitamente apprezzati tutti i contributi e i suggerimenti per il miglioramento e la revisione di questo Progetto e per l'arricchimento del patrimonio informativo sul tema Triage: dalla segnalazione di articoli, libri, Convegni, Congressi, alle esperienze

professionali, ai dubbi, alle difficoltà di attuazione, ai suggerimenti ... che vi invitiamo a comunicarci.

Per informazioni:
Giuliana Centini
E-mail: gcentini@cittadellasalute.to.it

Abstract del progetto - Attivazione del Triage in Pronto Soccorso

Lo scenario

L'esigenza di investire risorse per l'elaborazione e la realizzazione di un progetto orientato alla definizione di modalità standardizzate per garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie di Pronto Soccorso secondo una *scala di priorità* fondata sui criteri di *gravità e di urgenza,* nasce all'interno dell'Azienda C.T.O. C.R.F. - MARIA Adelaide di Torino in relazione alle specificità del proprio Dipartimento di Emergenza Accettazione.

Si tratta infatti di un DEA di II livello Traumatologico con una significativa affluenza quotidiana di utenti affetti da patologie traumatiche acute di maggiore e minore gravità, oltre ad una affluenza più aspecifica di utenti con problemi sanitari riferiti all'area medica (medicina interna, gastroenterologia, cardiologia, ecc…).

Il problema che gli operatori del servizio DEA si propongono di affrontare attraverso il progetto Triage riguarda soprattutto l'utenza traumatologica che per la sua numerosità è spesso sottoposta a lunghe attese prima di un contatto e di una presa in carico di tipo sanitario, a differenza dell'utenza afferente all'area medica che riceve in genere rapidamente un trattamento sanitario mirato grazie alla sua evidente minore numerosità.

Prima dell'avvio della fase sperimentale di questo progetto (Ottobre 1998) l'Accettazione dell'utenza presso il Pronto Soccorso aziendale era solo di carattere amministrativo e l'accesso alle strutture sanitarie avveniva per ordine di arrivo; così l'utente - ad eccezione ovviamente delle situazioni di evidente e conclamata emergenza - superato questo primo contatto amministrativo, restava in sala di attesa fino al momento della chiamata, talora in una condizione di vero e proprio abbandono relazionale ed informativo.

I problemi che potevano derivare da questo tipo di gestione dell'accoglienza e dell'accettazione dell'utente in Pronto Soccorso si acuivano enormemente nei frequenti ed inevitabili momenti di sovraffollamento del servizio e, conseguentemente, della sala di attesa.

Il progetto

In accordo e su mandato della Direzione Generale dell'Azienda il responsabile del progetto *Attiv azione del Triage in Pronto Soccorso*
ha quindi costituito un gruppo di lavoro infermieristico che, organizzando la propria attività secondo un piano di lavoro comprendente:

- la definizione formale di specifiche Fasi di Lavoro/Obiettivi intermedi;
- la nomina dei singoli Responsabili per ogni fase di lavoro;
- la determinazione della Scadenza di ogni fase di lavoro;
- la verifica della Conclusione di ogni fase di lavoro

è giunto alla formulazione di protocolli operativi per il triage (la selezione) dell'utenza afferente al DEA, al fine di consentire:

- una *riduzione* del rischio di *ritardo* nell'intervento sul paziente urgente
- una *ridistribuzione* degli utenti del Pronto Soccorso *a favore di chi è più grave*
- una *garanzia* di maggiore *efficienza* attraverso una sistematizzazione delle procedure di accoglienza e di smistamento dei pazienti

I protocolli operativi sono stati discussi e modificati con il gruppo di medici referenti per il Progetto e, in ultima istanza, sono stati sottoposti all'approvazione del Direttivo del DEA.

Criteri per la formulazione dei protocolli

Il Protocollo Operativo n. 1 Competenza Specialistica dei Pazienti è stato costruito a partire da un'analisi retrospettiva della realtà specifica del servizio DEA dell'Azienda.

La revisione e lo studio della incidenza e della prevalenza delle diverse patologie diagnosticate

agli utenti afferenti al DEA ha consentito l'individuazione del Sintomo Principale e/o dei Segni evidenti che presenta l'utente al momento dell'accoglienza e dell'accettazione.

A partire dal sintomo/segno principale il protocollo consente di individuare lo Specialista in Guardia Attiva che *per primo* deve prendere in carico il paziente.

Il Protocollo è stato editato in due modi:

1.a per Specialista
1.b per Sintomo principale

Nel Protocollo Operativo n. 2 Grado di Priorità ed Interventi da attuare sono stati codificati i Codici di gravità che consentono una selezione dell'accesso degli utenti alle strutture sanitarie del Pronto Soccorso fondata sulla gravità delle stato di salute e non più sull' *ordine di arrivo*
.

Ogni codice viene identificato con un colore (rosso, giallo, verde, bianco, azzurro) a cui corrisponde una specifica condizione di gravità dell'utente (emergenza, urgenza, urgenza differibile, non urgenza, accesso improprio) e uno specifico tempo di attesa (accesso immediato alle strutture sanitarie, attesa max di 10 minuti, oppure di 30 minuti, ecc…).

La definizione dei codici di gravità ha consentito la costruzione, secondo criteri omogenei di specifici protocolli operativi fondati su step sequenziali organizzati in flow chart chiuse, utilizzate dall'infermiere triagista per la raccolta dati (attraverso un colloquio/intervista se possibile e attraverso l'osservazione diretta) e la decisione finale della priorità di accesso dell'utente.

I protocolli riguardano le principali situazioni patologiche emerse da un'analisi retrospettiva degli accessi al DEA ed in particolare:

- Alterazione dei segni vitali
- Trauma maggiore
- Trauma minore
- Trauma cranico
- Ferita
- Ustione
- Cefalea
- Dolore toracico non traumatico
- Dolore addominale non traumatico

Il Protocollo Operativo n. 3 *Casi Problematici* prende in esame alcune situazioni problematiche che frequentemente si vengono a verificare in sede di accettazione del Pronto Soccorso dell'Azienda.

Esaminata la situazione e accertato che il caso presentato corrisponde a quanto descritto, la soluzione da adottare deve essere sempre la stessa (quella prevista dal protocollo) per cui l'infermiere procede secondo le modalità operative indicate evitando di fronte a situazione *amb igue*
l'adozione di decisioni fondate su criteri esclusivamente soggettivi.

Di fronte a situazioni particolarmente problematiche, sarà l'infermiere a confrontarsi con il medico di guardia ritenuto più adeguato per la soluzione del caso specifico, annotando sulla scheda di Triage i provvedimenti adottati.

Progetto per Formazione dell'Infermiere di Triage

Per la realizzazione concreta del Progetto Triage dell'Azienda Ospedaliera CTO - CRF - M. Adelaide di Torino si è delineata la necessità di investire risorse per la formazione e l'addestramento del personale che applicherà la metodologia operativa del triage secondo le linee guida e gli specifici protocolli operativi approvati formalmente dal Dirigente Medico del DEA.

Il Progetto di Formazione rivolto all'Infermiere di Triage si propone di individuare concretamente le strategie formative che devono essere attivate al fine di:

- favorire l'inserimento e lo sviluppo del sistema di Triage, in accordo con le indicazioni normative vigenti
- adeguare la professionalità degli operatori del DEA alle esigenze emergenti favorendo l'acquisizione di un approccio omogeneo e sistematico alle metodiche del triage

Le specifiche indicazioni normative, il quadro delle competenze e delle caratteristiche richieste all'operatore di triage ai fini del conseguimento degli obiettivi del sistema, hanno orientato la considerazione della strategia formativa come strumento essenziale per sostenere questa importante evoluzione del modello organizzativo per l'accoglienza e l'accettazione dell'utenza nel DEA della nostra Azienda Ospedaliera

Cosiderando l'entità di questa processo di cambiamento e i fisiologici *ostacoli* che tutti i sistemi organizzativi devono affrontare in analoghe situazioni, si è proposto di organizzare la formazione del personale addetto al triage su più fronti.

- Corso di Formazione preparatorio
- Visite documentative e partecipazione a Convegni sul triage
- Iniziative di Formazione Continua a supporto della fase di attuazione sperimentale

Rispetto alle iniziative di Formazione Continua si sono costituiti due gruppi di lavoro che durante tutta la fase sperimentale (sei mesi) si occuperanno di monitorizzare:

1. le situazioni problematiche e gli incidenti critici connessi all'attuazione del Triage in riferimento alle risorse strutturali, organizzative e agli strumenti operativi adottati (utilizzo dei protocolli);
2. l'archiviazione e l'elaborazione statistica dei dati registrati sulla scheda di Triage ai fini della valutazione della qualità della compilazione della scheda da parte del personale di triage e per le valutazioni statistiche sui tempi di attesa dell'utente, sulla percentuale di errore dell'infermiere triagista rispetto ai margini di accettabilità riconosciuti a livello internazionale, e in particolare sulla frequenza degli errori da sovrastima e da sottostima della situazione dell'utente.

Concetti teorici
Cenni storici

TRIAGE: questa parola di origine francese che significa semplicemente "selezionare" trova applicazione nel settore sanitario inerente l'organizzazione delle AREE CRITICHE e nello specifico i dipartimenti di emergenza e accettazione.

Nonostante le sue origini risalgano al XVIII sec. questa tecnica di selezione si è evoluta soprattutto nell'ultimo decennio e viene praticata tutt'oggi negli ospedali che comprendono un Pronto Soccorso o nell'ambito del soccorso extra-ospedaliero.

Durante l'età napoleonica le prime esperienze di TRIAGE trovano la loro applicazione nei campi di battaglia. A questo proposito si ricorda il chirurgo francese Barone Jean Dominique Larry, che organizzò i primi soccorsi ponendo per la prima volta dei criteri di priorità riguardo alle ferite e agli interventi sanitari necessari.

In epoca più recente ritroviamo il TRIAGE ad esempio nella Guerra di Corea e Vietnam con caratteristiche più evolute e perfezionate sia riguardo al metodo di applicazione sia alla sua organizzazione.

Successivamente ha trovato collocazione anche nel settore civile portando un notevole miglioramento nell'organizzazione dei servizi sanitari d'urgenza.

Oltre all'utilizzo pratico, soprattutto nell'ultimo decennio, si sono moltiplicati i documenti teorici riguardo il TRIAGE, elaborati sia da paesi europei quali Gran Bretagna, Francia e Italia, sia dagli Stati Uniti, infatti nel 1966 proprio negli Stati Uniti la National Accademy of Sciences ed il national Research Council preparò un documento sulle patologie da incidenti indicando come le maggiori cause di morte nelle persone giovani fossero i traumi.

Altra esperienza fondamentale è quella dell'Irlanda del Nord, dove l'utilizzazione di Unità Coronariche Mobili ha dimostrato come un intervento sanitario immediato sul campo incida in modo significativo sulla mortalità.

Per quanto riguarda nello specifico il nostro paese la svolta si ebbe con il D.P.R.128/69 che per la prima volta delineò le fondamentali caratteristiche dei servizi di Pronto Soccorso ed introdusse il concetto di organizzazione dipartimentale.

Il triage oggi

Nel sistema sanitario moderno il TRIAGE rappresenta uno strumento essenziale nei servizi di emergenza.

La metodica del TRIAGE deve fondamentalmente essere:

- di facile applicazione
- di facile comprensione
- adeguato alle capacità di chi lo pratica

Il suo utilizzo coinvolge personale medico-infermieristico ed ausiliario e comporta una stretta collaborazione tra queste figure senza dimenticare l'importanza di tutte le risorse esterne al DEA (mezzi di soccorso, centrali operative, etc.) nel concreto il TRIAGE rappresenta una metodica che serve a classificare i pazienti che si presentano all'accettazione del Pronto Soccorso evidenziando il problema principale, predisponendo nel modo più veloce possibile e ponderato alla gravità delle condizioni cliniche l'accesso alla visita medica.

In campo pratico il TRIAGE si basa su due elementi fondamentali:

- la scheda di accettazione
- i protocolli d'intervento

Sulla **scheda di accettazione** vengono annotati i dati anagrafici del paziente, i mezzi di soccorso intervenuti, le fasi di intervento extraospedaliero, i principali sintomi accusati dall'infortunato. In base a questa raccolta-dati si potrà valutare la criticità delle condizioni del paziente e definire un codice di gravità che verrà segnalato sulla scheda e periodicamente controllato per valutarne le possibili evoluzioni

Nei **protocolli di intervento** sono invece registrate in modo dettagliato le prestazioni che si devono effettuare in base alle patologie presentate.

Nella nostra realtà la fase di TRIAGE viene applicata in 2 momenti:

- Sul luogo dell'evento (in questa fase il coordinamento è affidato alla Centrale Operativa 118)
- In DEA (in questa fase il coordinamento è a carico del personale medico-infermieristico del DEA)

Per velocizzare la metodica d'intervento vengono definiti dei codici d'emergenza:

- Cod. ROSSO Estrema urgenza
- Cod. GIALLO Urgenza primaria
- Cod. VERDE Urgenza secondaria
- Cod. BIANCO Situazione non d'urgenza

Il triage in DEA

Ogni giorno i DEA si trovano ad accogliere un gran numero di pazienti che presentano gravità diverse e diverse tipologie di problemi. Il paziente si reca in Pronto Soccorso accusando un insieme di sintomi, i quali forniscono l'elemento soggettivo della malattia. Quando il sintomo, ossia l'espressione di una condizione psicofisica percepita come gravemente alterata, è valutato come potenzialmente pericoloso dal paziente, il malato si rivolge al DEA. Proprio per questa ragione è necessario mettere a punto un approccio che stabilisca un primo legame relazionale con il paziente diminuendo il suo stato d'ansia e, allo stesso tempo, basandosi sulle priorità assistenziali e sulla gravità clinica, stabilisca l'ordine con il quale i pazienti verranno sottoposti a visita medica.

Con il termine TRIAGE in Pronto Soccorso si intende quindi un insieme di procedure codificate che permettono la valutazione delle priorità assistenziali delle persone che si presentano in Pronto Soccorso stabilendo un ordine di accesso alla visita medica ponderato alla gravità dei sintomi accusati.

Gli **obiettivi** del TRIAGE sono:

1. Assicurare immediata assistenza al malato che giunge in emergenza
2. Indirizzare alla visita medica i pazienti secondo un codice di priorità
3. Identificare le priorità e l'area più appropriata di trattamento
4. Smistare i pazienti non urgenti
5. Ridurre i tempi di attesa
6. Ridurre lo stato d'ansia
7. Migliorare la qualità delle prestazioni professionali del personale in Pronto Soccorso
8. Valutare periodicamente le condizioni dei pazienti in attesa
9. Fornire informazioni sanitarie ai pazienti e ai loro familiari

La **formazione del personale** è un continum di acquisizioni, di esperienze, di cultura, di strategie decisionali, di ragionamenti specifici, di riconoscimenti di modelli, di intuizioni, di schemi mentali condivisi fra i vari operatori addetti.

La formazione deve portare alla capacità di stabilire delle priorità in rapporto alle esigenze e alle possibilità del momento delle strutture di cui si dispone.

Il **processo decisionale** nel TRIAGE è volto a identificare i problemi, a raccogliere ed analizzare le informazioni ottenute. Durante il TRIAGE l'Infermiere Professionale non fa diagnosi, nè terapia, nè ricovera o dimette pazienti, ma formula un giudizio di gravità clinica basato sul sintomo principale riferito dal malato, sulla raccolta anamnestica di base, sulle principali caratteristiche delle condizioni attuali ed effettua una valutazione obiettiva dei parametri vitali, del colorito cutaneo, della temperatura, della sudorazione, del livello di coscienza.

Gli operatori che effettuano il TRIAGE devono lavorare con linee guida definite e protocolli molto sintetici e chiari, definiti da personale medico ed infermieristico. Al medico responsabile del protocollo compete la responsabilità del contenuto dello steso, mentre l'Infermiere Professionale triagista risponde della corretta applicazione degli step operativi e della qualità degli interventi attuati.

Proprio per la particolarità del lavoro da svolgere e per la riservatezza delle informazioni trattate occorre che si disponga di un locale destinato a tale attività, separato da altre sezioni del DEA

e che permette una costante sorveglianza dei pazienti in attesa.

Il **tempo dedicato** ad ogni paziente non deve superare i 5 minuti: considerato l'alto impegno emotivo è consigliabile che ogni operatore svolga tale attività non più di 4-5 ore consecutive

Il TRIAGE infermieristico prevede l'attribuzione di un codice di priorità che può essere di 4 o 5 colori o gradi. La finalità della scala di priorità è volta a cercare di azzerare il tempo di attesa per i pazienti in emergenza o molto urgenti e di ridurlo nei gradi successivi.

Per migliorare l'efficienza e l'efficacia del TRIAGE in pronto Soccorso con limitato numero di accessi, l'Inferimere Professionale di TRIAGE può fare un **TRIAGE diretto**; se invece il volume degli accessi è elevato il
TRIAGE può essere difasico
: nella I fase si accoglie il paziente, viene fatto un TRIAGE rapido, si valutano i parametri vitali (A- B- C- D) e si affida il paziente critico all'area di competenza; nella II fase, nei pazienti con urgenza differibile o soggettiva vi sarà un secondo I.P. triagista che approfondirà il problema.

Correlati al TRIAGE sono il BLS, l'immobilizzazione del rachide cervicale, il supporto emotivo al paziente in particolari condizioni di stress.

Uno dei grandi problemi del TRIAGE è la **sovrastima** e la **sottostima**; essi possono essere in gran parte superati dall'esperienza e dalla cultura specifica e dalla revisione e discussione periodica dei casi e dei protocolli operativi.

L'efficacia ed i risultati del TRIAGE sono correlati a:

1. situazione strutturale
2. flusso dei pazienti
3. supporti tecnologici
4. risorse umane, che devono essere proporzionate al carico lavorativo

Per raggiungere gli obiettivi che il TRIAGE si propone è opportuno effettuare riunioni di reparto, formazione di gruppi di lavoro, confronti ed incontri con i medici.

Fondamentale è effettuare la rivalutazione critica dell'operato dopo circa 6 mesi, rivedendo le modalità operative, i risultati raggiunti e sull'esperienza concreta riformulare i protocolli operativi.

Il TRIAGE rappresenta un importante strumento di lavoro che permette agli operatori del DEA una risposta qualitativamente migliore ed attenta ai bisogni dell'utenza.

Trattandosi di un percorso dinamico consente un costante messa in discussione del proprio modo di operare ed una continua modifica dei propri metodi operativi volti all'ottimizzazione delle risorse disponibili, oltre ad essere un importante elemento di stimolo alla crescita professionale di ogni operatore del settore.