



Master I° livello – Area Critica

TRIAGE

Davide Boni: infermiere

In collaborazione con il GFT (gruppo formazione triage)

www.triage.it

Il triage non serve a diminuire i tempi d'attesa ma a ridistribuirli in favore di chi è più grave.

**Il termine TRIAGE deriva dal verbo
francese TRIER = SCEGLIERE**

Usato inizialmente nelle colonie per
definire l'attività di separazione delle
bacche di caffè mature da quelle
immature

fu introdotto in ambito sanitario dal
barone Jean Dominique Larrey, capo
chirurgo dell'armata francese, che
organizzò i soccorsi ai soldati feriti

IL TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO NASCE NEGLI U.S.A. INTORNO AGLI ANNI 60

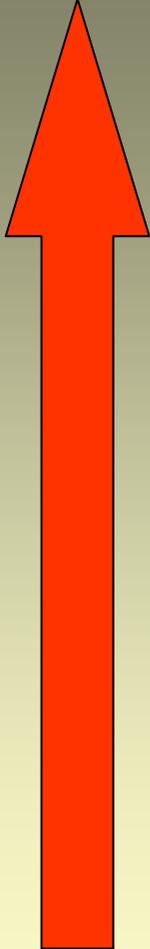
↑ accessi in P.S.
↓ % dei casi urgenti

**Necessità di individuare precocemente i pazienti in
condizioni vitali critiche per dare loro la precedenza**

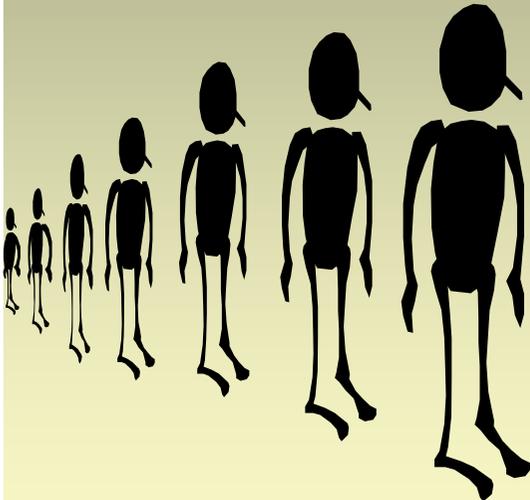
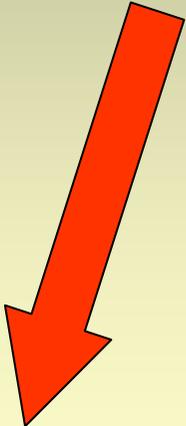
CAUSE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

- Richiesta di diagnostica strumentale e di visite specialistiche: ospedale visto come luogo dove questa tecnologia è presente
- Tempi eccessivamente lunghi per le prestazioni ambulatoriali
- Aumento della popolazione non inserita nel S.S.n.
- Rimodulazione ospedaliera con soppressione/trasformazione degli ospedali di piccole dimensioni
- Evoluzione P.S. da luogo di transito a luogo di diagnosi e cura
- Politica dei tickets
- Fiducia nella struttura Ospedaliera pubblica e nel PS

SOVRAFFOLLAMENTO



AUMENTO RISORSE



AUMENTO ACCESSI NON URGENTI

LE FASI DEL PROCESSO DI TRIAGE

- accoglienza
- assegnazione dei codici di priorità
- gestione dell'attesa

OBIETTIVI DEL TRIAGE INFERMIERISTICO IN PRONTO SOCCORSO

- Rapida individuazione dei pazienti urgenti e loro immediato inoltro al trattamento
- Attribuzione del codice di priorità in relazione a:
 - condizioni cliniche
 - possibile rischio evolutivo
- Determinare l'area più appropriata per il trattamento

OBIETTIVI DEL TRIAGE INFERMIERISTICO IN PRONTO SOCCORSO

- Mantenere e migliorare l'efficacia complessiva della struttura (regolarizzare il flusso dei pazienti all'interno della struttura)
- Ridurre lo stato di ansia delle persone che si rivolgono alla struttura
- Valutare costantemente le condizioni dei pazienti in attesa

Legge 42/1999

NO PROFESSIONE SANITARIA AUSILIARIA
ABOLTO IL "MANSIONARIO" (DPR 14/03/1974) N.225 art. 1

- **Profilo professionale**

**D.M. 14/09/1994 n. 739 : profilo
professionale dell'Inf.**

- **Formazione ricevuta**

**Curriculum Formativo (Scuola,
Formaz. Base e complementare**

- **Codice deontologico**

1999 IPASVI

Limite: atto medico

Diagnosi

Terapia

Linee guida 1/1996 (G.U. 17 maggio 1996)

Linee Guida Per Il Sistema Di Emergenza Urgenza

In Applicazione Del dpr 27/3/92

“All’interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento.

Tale funzione è svolta da personale **infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio”**.

Atto di intesa Stato Regioni G.U. 285 del 07/12/2001

 **FUNZIONE DI TRIAGE ATTIVA NELLE STRUTTURE
CON PIÙ DI 25000 ACCESSI/ANNO**

PERSONALE

“Il triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificatamente formato ”

.....Che opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell' attività ...

FORMAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Metodologia, Clinica, Tecniche relazionali, Esperienza di lavoro in PS

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Accoglienza, Assegnazione codice gravità, Gestione dell' ansia

STRUTTURE

Adeguatezza locali

INFORMAZIONE ALL' UTENZA Adeguate informazione

Non è lecito il “Triage – out”,
in quanto non è prevista come
attribuzione infermieristica la dimissione
del paziente, tantomeno il rifiuto di
cure o di visita medica

Art.328 c.p. Rifiuto Atti d'Ufficio

PROTOCOLLI DI TRIAGE E RESPONSABILITA'

- **Dirigente Medico** del Pronto Soccorso risponde della CORRETTEZZA, CONGRUITA' e ADEGUATEZZA
- **Infermiere di Triage** risponde della CORRETTA APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI
- **Infermiere di triage** risponde della sottostima del CODICE DI PRIORITA' IN BASE ALL' ACCADUTO

ASPETTI GIURIDICI DEL TRIAGE

OBBLIGHI DI REGISTRAZIONE:

Art.2699 c.c.: Atto pubblico --- redatto da pubblico ufficiale/incaricato di pubblico servizio --- nel luogo ove l'atto e' formato

Scheda di Triage = atto pubblico

(meglio tipo raccolta dati e non anamnesi, esame obbiettivo, diagnosi IMPORTANTI: ora inizio, fine triage, ora effettuazione altri interventi in triage).

La Legge prevede (atto pubblico) la veridicità, la chiarezza, la completezza

opportuno conservarla con la cartella, per il periodo massimo previsto per una causa civile di risarcimento.

MODELLI DI RIFERIMENTO

Esistono quattro modelli di triage:

- 1. direttore del traffico o sistema non infermieristico**
- 2. “spot-check”**
- 3. triage di bancone**
- 4. triage globale**

Questi sistemi differiscono in diversi punti:

- a) categorie di triage (codici di gravità)**
- b) organico**
- c) documentazione richiesta**
- d) valutazione e rivalutazione dei pazienti**
- e) inizio del trattamento o delle procedure diagnostiche**

TRIAGE NON INFERMIERISTICO

- Accoglienza attuata da altre figure (Impiegato, OTA, Hostess, volontario, soccorritori,ecc)
- Sommaria valutazione → livello di dolore
- Categorie: accesso diretto o attesa

TRIAGE SPOT CHECK

- INFERMIERE che si reca nell' area di triage all' arrivo del paziente (compito assegnato ad uno degli Inf. sale visita)
- Sommaria valutazione ed assegnazione codice di priorità
- Documentazione Varia
- Rivalutazione e Sorveglianza pazienti in attesa ???

TRIAGE DI BANCONE

- INFERMIERE dedicato
- Intervista → dati soggettivi
- Reperto visivo
- Valutazione oggettiva incompleta
- Sistema rigido di protocolli di valutazione

TRIAGE GLOBALE

Valutazione completa, professionale, secondo metodologia definita che tiene conto di tutti i problemi del paziente, realizzando la presa in carico della persona attraverso approccio olistico

TRIAGE GLOBALE

MODELLO CHE PREVEDE

PRESUPPOSTI FONDAMENTALI

- Infermiere con adeguata e specifica preparazione
- Presenza costante dell' infermiere nell' area di triage
- Utilizzo di livelli di priorità codificati
- Messa in atto di interventi assistenziali
- Linee guida e protocolli di riferimento
- Documentazione di triage
- Rivalutazione
- Modalità di valutazione del sistema di Triage

~~TRIAGE TOTALMENTE INFORMATIZZATO~~

- ~~► scarsa autonomia decisionale~~
- ~~► rigidità protocolli~~

UTILIZZO DI SISTEMI INFORMATICI PER SUPPORTARE LA VALUTAZIONE DELL' INFERMIERE

- Possibilità di consultare flow chart e protocolli
- Disponibilità dati statistici
- Recupero dati in memoria

VALUTAZIONE DI TRIAGE

Metodo sistematico per la valutazione dei segni e
sintomi del paziente

LA VALUTAZIONE DI TRIAGE

LA VALUTAZIONE E' ALLA BASE DEL
PROCESSO DECISIONALE

OBIETTIVI:

IDENTIFICARE LE CONDIZIONI
POTENZIALMENTE PERICOLOSE PER LA
VITA

• DETERMINARE UN CODICE DI GRAVITA'
PER OGNI PAZIENTE CHE AFFERISCE AL
PRONTO SOCCORSO

Accesso
pedonale

Veicoli privati

118

Richiesta MMG

inail

TRIAGE
Valutazione-decisione

CODICI

PERCORSI

GEST.
ATTESA

INFORMAZIONI

IL PROCESSO DI TRIAGE

I QUATTRO COMPONENTI PRINCIPALI DEL PROCESSO DI TRIAGE SONO:

- LA VALUTAZIONE "SULLA PORTA"
- LA RACCOLTA DATI (VALUTAZIONE SOGGETTIVA E OGGETTIVA)
- LA DECISIONE DI TRIAGE
- LA RIVALUTAZIONE

LA VALUTAZIONE "SULLA PORTA"

LA VALUTAZIONE RAPIDA di:

- ASPETTO GENERALE
- PERVIETA' DELLE VIE AEREE
- RESPIRO
- CIRCOLO
- DEFICIT NEUROLOGICI O ALTERAZIONI DELLO STATO DI COSCENZA

VALUTAZIONE SOGGETTIVA

INTERVISTA

- *PAZIENTE*
- **FAMILIARI**
- **ACCOMPAGNATORI**
- **SOCCORRITORI**
- **ALTRI**

VALUTAZIONE SOGGETTIVA

- il sintomo principale
 - l'evento presente
 - il dolore
 - i sintomi associati
- la storia medica passata

VALUTAZIONE OGGETTIVA

- esame fisico
 - DATI OSSERVATI (come appare il paziente)
 - DATI MISURATI (parametri vitali)
 - DATI RICERCATI (esame fisico mirato)
 - ispezione (guarda)
 - auscultazione (ascolta)
 - palpazione (senti)

LA DECISIONE DI TRIAGE

valutazione delle condizioni presenti del paziente

possibilità di complicanze entro breve e medio termine

disponibilità di risorse

INTUIZIONE / ESPERIENZA

LA RIVALUTAZIONE

Perché ?

- mantenere un adeguato codice di priorità durante l'attesa
- garantire continuità assistenziale e supporto psicologico
- cogliere in tempo reale eventuali modifiche nei segni e sintomi

CODICI COLORI

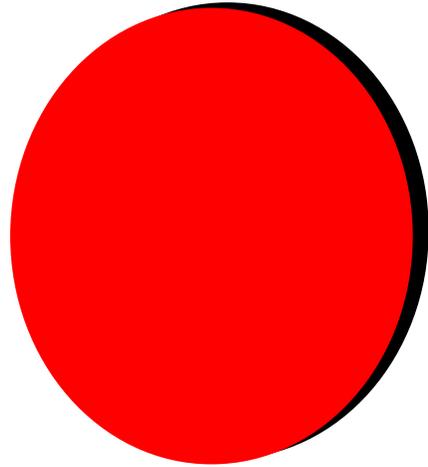
L'attività di triage ha lo scopo principale

di stabilire le **PRIORITA'**

di accesso all'area di trattamento.

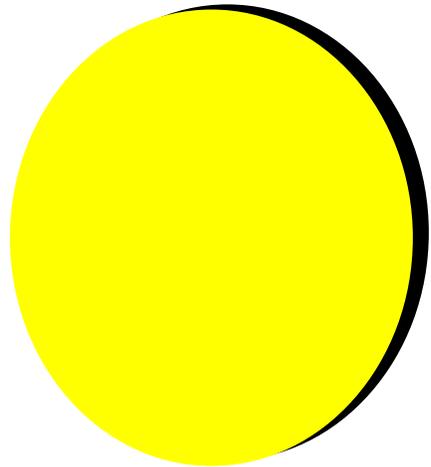
Lo strumento pratico è l'assegnazione di

un **CODICE DI PRIORITA'**



CODICE ROSSO

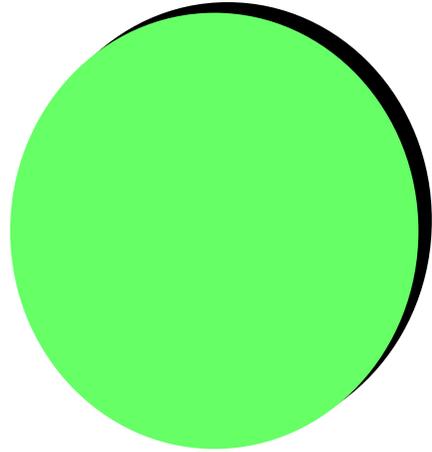
**Pazienti con cedimento in
atto di una funzione vitale.
L'accesso agli ambulatori è
IMMEDIATO**



CODICE GIALLO

Pazienti in potenziale pericolo di vita per minaccia incombente di cedimento di una funzione vitale o di un organo.

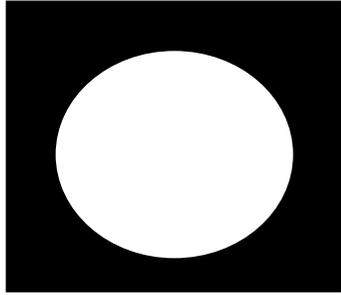
L'accesso agli ambulatori è **IMMEDIATO**, compatibilmente con altre emergenze in atto.



CODICE VERDE

Pazienti che necessitano di
prestazione medica differibile
senza rischi evolutivi.

L'accesso agli ambulatori avviene
DOPO i Codici Rossi e Gialli.



CODICE BIANCO

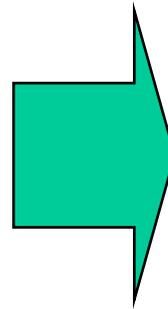
Pazienti con problemi sanitari che non sottendono alcuna urgenza.

e per i quali sono previsti in genere percorsi alternativi extraospedalieri.

L'accesso agli ambulatori avviene DOPO i Codici Rossi, Gialli, Verdi, (è consigliato stabilire tempi massimi d'attesa es:120/240 min)

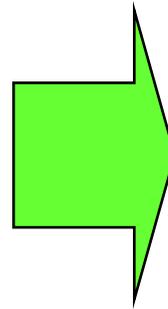
CONSEGUENZE DI UNA NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEI CODICI DI PRIORITA'

SOTTOSTIMA



Danni DIRETTI
Rischi per i pazienti

SOVRASTIMA



Danni INDIRETTI
Triage inefficace

CONCETTO DI SOVRASTIMA E SOTTOSTIMA

La sovra e sottostima tuttavia devono essere correlate alla corretta attribuzione dei codici e non al confronto Codice di entrata/Codice di dimissione!!.

DOCUMENTAZIONE DI TRIAGE

- **PROTOCOLLI, LINEE GUIDA, PROCEDURE**
 - Aggiornati alle attuali evidenze scientifiche
 - Adeguato percorso di formulazione
 - Adeguati alla realtà cui si riferiscono
 - Approvati dal dirigente del Servizio
 - Sottoposti a periodica attività di revisione
 - Possibilità di inizio procedure diagnostiche o int. assistenziali
- **SCHEMA DI TRIAGE**
 - Strumento indispensabile
 - Componenti essenziali
 - Adeguato alla realtà operativa

LA SCHEDA DI TRIAGE

Le componenti essenziali della scheda sono:

- Dati anagrafici e numero progressivo
- Ora di inizio e di fine della presa in carico al triage
- Sintomo principale
- Valutazione soggettiva ed oggettiva basata sul sintomo principale
- Parametri vitali
- Farmaci assunti e terapie note
- Codice di gravità
- Tests diagnostici effettuati e risultati ottenuti
- Rivalutazione e cambiamenti nelle condizioni
- Firma dell'operatore

IL SISTEMA DI TRIAGE

**I SISTEMI DI VERIFICA
E DI CONTROLLO**

E' INDISPENSABILE VALUTARE :

- SE IL PROPRIO SISTEMA DI TRIAGE FUNZIONA
- COME IL PROPRIO SISTEMA DI TRIAGE FUNZIONA
- COME FUNZIONA LA
- STRUTTURA IN SEGUITO AL TRIAGE

SISTEMI DI VERIFICA

È indispensabile verificare l'efficienza del sistema

SCELTA DI ALCUNI INDICATORI

CONTINUA PASSAGGI, INCIDENZA CODICI, ATTESA,

PERIODO CAMPIONE CONGRUITA' COD. COLORE,

INDAGINI SU CAMPIONI RANDOM, CRITERI

INDICATORI

- percentuale di utenti registrata e di cui è stata compilata correttamente la scheda di triage
 - individuazione corretta del sintomo principale
 - correttezza del codice di priorità rispetto a quanto previsto dal protocollo di riferimento
-