

Bollettino Ufficiale n. 20 del 19 / 05 / 2005

Deliberazione della Giunta Regionale 23 marzo 2005, n.43-15182

Deliberazione settoriale ex art. 8 L.R. 12.12.97 n. 61: linee guida per l'attività di triage presso i pronto soccorso piemontesi

A relazione degli Assessori Galante, Casoni:

La L.R. 61/97 che detta le norme per la programmazione sanitaria in Piemonte dà ampio risalto al sistema dell'emergenza urgenza, inteso in senso globale quale risposta alle esigenze dei cittadini che si trovino improvvisamente in stato di necessità.

In particolare per quanto riguarda l'aspetto intra ospedaliero, la rete per l'emergenza si avvale di 58 pronti soccorsi ubicati negli ospedali e organizzati in dipartimenti di emergenza (DEA) di norma a livello aziendale.

Alcuni di questi costituiscono riferimento aziendale o sovrazonale, in virtù delle specifiche dotazioni specialistiche e strumentali (neurochirurgia, cardiocirurgia, centro ustionati, ecc.).

Nell'arco di validità del PSR, tuttora in vigore, sono state realizzate le più importanti prescrizioni del Piano stesso quali il triage infermieristico, la rete dei centri di terapia intensiva neonatale, la stesura dei piani per le maxi emergenze, l'attivazione di sistemi per la trasmissione informatica di esami di vario genere, quali TAC e ECG, e il consulto a distanza.

Al fine di adeguare le strutture all'evolversi dello sviluppo dottrinale, tecnologico e clinico con la D.G.R. n. 35-7912 del 02.12.02 si è reso necessario aggiornare il modello organizzativo dei DEA basato, secondo i principi ispiratori del 1975, sulla rotazione in pronto soccorso dei medici delle diverse discipline secondo nuove modalità che individuano nei medici di medicina e chirurgia d'urgenza il nucleo centrale del pronto soccorso.

Ora, proseguendo l'opera di stimolo alla crescita del sistema e al fine di uniformare i comportamenti e far camminare insieme i vari attori della rete per l'emergenza, si ritiene opportuno emanare linee guida per l'attività di triage nell'ambito dei pronti soccorsi, allegate alla presente deliberazione per farne parte integrante, che, lasciando alle Aziende Sanitarie la dovuta discrezionalità nell'organizzare i propri servizi, costituiscono un riferimento comune di comportamento.

Al riguardo si specifica che dette linee guida sono state redatte in base ad uno studio congiunto, ARESS e Assessorato, sulle modalità di attuazione del triage negli ospedali della regione e con il diretto contributo degli operatori del settore.

Tutto ciò premesso, la Giunta regionale, condividendo le argomentazioni del relatore,

vista la L.R. 12.12.97 n. 61 e, in particolare, l'art. 8 che prevede che la Giunta, tramite le deliberazioni settoriali fornisca alle Aziende Sanitarie indicazioni per l'attivazione dei progetti obiettivo;

visto il parere del Co.Re.S.A. espresso in data 15.12.04;

data comunicazione alla competente Commissione Consiliare in data 12.01.05;

a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

- di approvare le linee guida per l'attività di triage presso i pronto soccorso piemontesi, allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante;
- di impegnare le Aziende Sanitarie ad adeguare i propri comportamenti alle indicazioni sopra citate.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

Allegato

LINEE DI INDIRIZZO PER L' ATTIVITÀ DI TRIAGE PRESSO I PRONTO SOCCORSO PIEMONTESI

Premessa

Anche in Piemonte, come su tutto il territorio italiano, negli ultimi dieci anni ci si è occupati del problema del sovraffollamento delle strutture di PS e in linea con le direttive nazionali e il precedente piano sanitario regionale, si sono attivati sistemi di triage infermieristico che provvedono all' accoglienza ed alla valutazione del grado di priorità da assegnare agli utenti che si rivolgono ai P.S.

Mentre negli anni scorsi l'attenzione di amministratori e professionisti era rivolta all' attivazione del triage in Pronto Soccorso, oggi è necessario riflettere se e come i sistemi di triage raggiungono i propri obiettivi; nella nostra regione era sentita a più livelli la necessità di descrivere con maggiore precisione la situazione per quanto riguarda l'attivazione e l'organizzazione del triage infermieristico presso le realtà operative. L' Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS) della Regione Piemonte, in accordo con la Direzione e Programmazione Attività Sanitarie dell' Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, ha realizzato nell' autunno del 2003 una indagine conoscitiva dell' attività di triage in tutte le sedi di P.S. presenti sul territorio regionale.

Lo studio ha cercato di definire con precisione ed in maniera dettagliata la situazione presente sul territorio regionale piemontese, ricercando anche una serie di elementi di confronto tra le differenti realtà operative e organizzative. E' stata evidenziata una situazione generale positiva, in linea con gli attuali provvedimenti di legge e le indicazioni contenute in letteratura, sotto alcuni aspetti migliore di quanto emerso in altri lavori italiani sull'argomento. I dati evidenziano una pluralità di modalità operative che pur partendo da principi ispiratori comuni, si sono realizzati con estrema eterogeneità. Completata la fase di attivazione del triage occorre definire criteri comuni ed uniformare le procedure operative al fine di tradurre in pratica la comunanza di intenti.

Come è accaduto già in altre regioni, questo lavoro ha rappresentato un importante momento di stimolo per gli operatori promuovendo successivi momenti di confronto tra le diverse realtà locali. Dopo la presentazione dei risultati ai responsabili medici ed infermieristici dei Pronto Soccorsi piemontesi, sono stati attivati dei gruppi di lavoro composti dai responsabili infermieristici del triage presso le varie realtà locali, che hanno provveduto all' analisi ed alla discussione delle principali problematiche evidenziate dall' indagine ed alla stesura di linee di indirizzo regionali capaci di definire criteri organizzativi comuni e guidare le singole realtà locali nell' organizzazione dei propri sistemi di triage.

La finalità del presente documento è quella di dare indicazioni per realizzare al meglio quanto contenuto nelle disposizioni di legge, in letteratura e soprattutto fornire risposte efficaci alle necessità di coloro che tutti i giorni si trovano a svolgere tale importante funzione o, più ancora, ne debbano usufruire in qualità di utenti.

Riferimenti normativi

- * D.P.R. 27 marzo 1992: Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza (G.U. n. 76 del 31/3/92)
- * Atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema d'emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992 - punto 3 funzione di triage (G.U. n.114 del 17/5/1996)
- * Piano Sanitario Regionale Regione Piemonte 1997/1999 L.R. 12 ottobre 1997 n. 61 - Allegato B - 2. Sistema dell'emergenza - urgenza
- * Accordo 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage ospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria" (G.U. n.285 del 7/12/2001)
- * Atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza" del 22 maggio 2003 (G.U. n.196 del 25/08/2003)
- * Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere D.M.S. n. 739 14 settembre 1994 (G.U. n. 6 del 9/1/ 1995) Art. 1, comma 3
- * Legge 42 del 26 febbraio 1999: Disposizioni in materia di professioni sanitarie
- * Codice Deontologico dell' Infermiere. Federazione nazionale IPASVI, Febbraio 1999 - Punto 2.7
- * Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (G.U. n. 174 del 29 luglio 2003 - Supplemento Ordinario n. 123)
- * DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
- * Deliberazione del Consiglio Regionale Regione Piemonte - 22 febbraio 2000, n. 616 - 3149 Decreto del Presidente della Repubblica - 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione"
- * D.G.R. Regione Piemonte 92-46243 del 1995
- * Determina Regione Piemonte n° 7850/29.6 7/04/2000
- * D.G.R. Regione Piemonte n° 35-7912 del 02.12.02
- * Ministero dell' Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, D.M. n°509 del 3 novembre 1999. G.U. n°2, 4/1/2000
- * Ministero dell' Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, D.M. " Determinazione delle Classi delle Lauree Specialistiche Universitarie delle Professioni Sanitarie" del 2 aprile 2001. S.O. n°136 G.U. n° 128 5/6/2001
- * Ministero dell' Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, D.M. "Determinazione delle Classi di Laurea Universitarie delle Professioni Sanitarie" del 4 agosto 2000

* Legge n° 251 del 10/8/2000, G.U. 6/9/2000 n°208 art.1

Introduzione

Il Triage, quale primo momento di accoglienza delle persone che giungono in Pronto Soccorso è una funzione Infermieristica volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione dei sintomi denunciati e dei segni vitali rilevati in modo tale da garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine di accesso alla visita medica, sulla base di protocolli approvati dal direttore del DEA. La funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa di tutti gli utenti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità di interventi urgenti.

1. Aspetti generali.

La funzione di triage deve essere attiva presso tutte le strutture di pronto soccorso della Regione Piemonte che ne garantiscono lo svolgimento continuativo nelle 24 ore o per tutto il periodo di apertura del servizio. Nei Pronto Soccorsi con affluenza superiore a 25.000 accessi l'anno il triage deve essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva almeno nelle fasce orarie a maggiore affluenza. Nelle strutture con meno di 25.000 accessi anno è possibile prevedere l'attribuzione della funzione di triage ad un infermiere dedicato anche ad altre attività all'interno del PS, purché venga garantito il rispetto dei criteri previsti nel presente documento e nelle altre disposizioni di legge.

Il triage in pronto soccorso viene svolto da infermieri appartenenti all'organico del Pronto Soccorso formati secondo gli standard regionali ed in possesso di tutti i requisiti previsti dalle disposizioni nazionali vigenti.

Ogni pronto soccorso deve sviluppare uno specifico progetto per ottimizzare l'attività di triage garantendo il rispetto dei criteri regionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale. A tal fine è auspicabile l'attivazione di gruppi multiprofessionali, (medici ed infermieri esperti) che collaborano con i responsabili medici ed infermieristici del servizio nel verificare il proprio sistema di triage, elaborare ed implementare strategie di miglioramento.

2. Obiettivi

Gli obiettivi fondamentali del triage in pronto soccorso sono:

- a. Identificare rapidamente le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo inoltro al trattamento.
- b. Attribuire a tutti gli utenti un codice di priorità che regoli l'accesso alle cure mediche in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo.
- c. Stabilire, per tutti gli utenti, la sede di trattamento più appropriata.
- d. Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni.
- e. Fornire informazioni pertinenti e comprensibili ad utenti e familiari riducendo l'ansia e garantendone una adeguata e costante presa in carico.

3. Modello di riferimento

I sistemi di triage implementati nelle realtà piemontesi si devono ispirare al modello del "Triage Globale" fondato su un approccio olistico alla persona ed ai suoi familiari, che realizza la valutazione infermieristica in base alla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, alla considerazione di elementi situazionali significativi e all'effettiva disponibilità di risorse della struttura.

Presupposti fondamentali di questo modello di triage sono:

- a. Realizzare l'effettiva presa in carico della persona dal momento in cui essa si rivolge alla struttura;
- b. Assicurare la valutazione professionale di un infermiere adeguatamente formato;
- c. Garantire l'assegnazione del codice di priorità in considerazione di tutti i problemi di salute del paziente, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- c. Disporre di un sistema documentale adeguato (protocolli e scheda di triage).d.

Il processo di triage, metodologicamente, si deve articolare in quattro fasi:

1. Valutazione sulla porta: rapida osservazione dell'aspetto generale dell'utente con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
2. Raccolta dati: si compone: della valutazione soggettiva, effettuata essenzialmente attraverso l'intervista, e della valutazione oggettiva, la quale consiste nella rilevazione dei segni e dei sintomi e nell'analisi della documentazione clinica ove disponibile.
3. Decisione di triage: si concretizza con l'assegnazione del codice di priorità.
4. Rivalutazione: è necessaria per cogliere tempestivamente eventuali evoluzioni delle condizioni degli utenti in attesa. Può confermare o variare il codice di priorità assegnato.

4. *Il sistema di codifica*

Nel rispetto della normativa nazionale, il sistema di codifica del codice di priorità in triage si deve articolare su quattro tipologie di codice colore che garantiscano il rispetto delle seguenti condizioni:

Codice rosso: assenza o grave compromissione di una o più funzioni vitali (coscienza, respirazione, circolo). Accesso immediato alle aree di trattamento.

Codice giallo paziente critico, con funzioni vitali non gravemente compromesse ma suscettibili di peggioramento o con indicatori di sofferenza fortemente attivati. Tempo di attesa alla visita medica, in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo: 20 minuti.

Codice verde: paziente non critico, con funzioni vitali stabili, che necessita di interventi differibili nel tempo ma comunque urgenti. Tempo di attesa alla visita medica, in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo: 90 minuti

Codice bianco: paziente non critico, con funzioni vitali stabili, che necessita di interventi non urgenti per i quali il protrarsi del tempo di attesa non ne aggrava le condizioni. Tempo di attesa alla visita medica non definibile.

E' facoltà delle singole realtà locali, prevedere all'interno del sistema di codifica sopraindicato, sub categorie che consentano una ulteriore stratificazione del grado di criticità dei pazienti che deve avvenire nel rispetto dei criteri sopra definiti.

5. *Rivalutazione*

La rivalutazione è un processo fondamentale che deve essere garantito per tutti gli utenti in attesa.

La rivalutazione deve essere attuata:

- * A giudizio dell' infermiere di triage.
- * A richiesta dell' utente o dei sui accompagnatori.
- * Allo scadere del tempo di rivalutazione previsto per ogni codice. Ogni realtà dovrà stabilire tempi massimi di rivalutazione suddivisi per codice che non potranno comunque essere superiori a :
 - * 10 minuti per il codice giallo
 - * 60 minuti per il codice verde
 - * 240 minuti per il codice bianco

Le modalità di rivalutazione possono variare a seconda delle condizioni della persona, del codice di priorità e del giudizio dell' infermiere di triage.

6. *Attività Svolte in triage*

L'inizio del triage (valutazione sulla porta) deve essere garantito entro 5 minuti dall'arrivo in Pronto Soccorso a tutti gli utenti.

Le modalità di valutazione e l'accuratezza della fase di raccolta dati devono tenere conto delle condizioni della persona. L'intervista deve essere mirata a raccogliere il maggior numero di informazioni necessarie alla definizione del problema di salute della persona e del possibile rischio evolutivo; in questa fase diventano essenziali le capacità comunicative e di interazione con utente ed accompagnatori. Essa deve prevedere un' anamnesi rapida, ma accurata, l'individuazione di fattori di rischio, terapie assunte, patologie presenti ed allergie. La valutazione oggettiva, dopo la rilevazione di segni e sintomi specifici (pallore, sudorazione, localizzazione, durata ed intensità del dolore, ecc..) si può articolare, se necessario, nella misurazione dei parametri vitali ritenuti significativi.

Se necessario potranno essere effettuati alcuni provvedimenti assistenziali indispensabili per supportare il paziente in attesa e diminuire lo stress emotivo e doloroso, quali ad esempio: sistemazione posturale idonea (barella, carrozzina, ...), immobilizzazione temporanea di lesioni traumatiche minori, medicazioni temporanee di ferite, applicazione di ghiaccio ecc... Inoltre se previsto dai protocolli (di cui al punto 7), possono essere iniziati trattamenti diagnostici o terapeutici e attivati percorsi dedicati per specifiche tipologie di pazienti.

E' compito dell' infermiere di triage garantire una adeguata informazione all' utente circa l'esito della valutazione di triage ed il funzionamento della struttura, anche attraverso l'eventuale consegna di un opuscolo informativo e l'utilizzo di altri supporti informativi (cartelli ecc..).

In collaborazione con gli operatori sanitari delle aree di trattamento andrà garantita anche una corretta gestione ed informazione dei familiari che stazionano nei locali di attesa durante la permanenza dell' utente all' interno del pronto soccorso.

La funzione di triage deve essere svolta a rotazione da tutti gli infermieri appartenenti all' organico del Pronto Soccorso in possesso dei requisiti specifici. E' preferibile articolare il turno di triage in maniera da garantire agli operatori la possibilità di essere sostituiti dopo un periodo di 4 ore consecutive di tale attività.

L' attività di registrazione dei dati anagrafici deve essere supportata, ove possibile, da personale amministrativo, almeno nelle ore di maggiore affluenza.

7. Protocolli

Ogni Pronto Soccorso deve disporre di protocolli di triage, elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici ed infermieri esperti), approvati dal responsabile medico ed infermieristico del servizio e del dipartimento ed adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte. Il sistema di protocolli deve essere articolato per sintomi principali e deve prevedere criteri di valutazione per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano in Pronto Soccorso; è aggiornato alle migliori evidenze scientifiche del momento e si adatta alle specificità del contesto al quale si riferisce.

Successivamente all'attività di valutazione possono essere previsti provvedimenti assistenziali e specifici protocolli per l'attivazione di procedure diagnostiche o trattamenti terapeutici.

Ogni struttura dovrà garantire una periodica revisione dei protocolli di triage prevedendo intervalli temporali non superiori a tre anni

L'utilizzo di software per l'espletamento della funzione di triage e la registrazione dei dati in essa rilevati deve consentire il rispetto dei criteri contenuti nei protocolli e dei compiti assegnati all'Infermiere di Triage.

8. Scheda di Triage

La scheda di triage è elemento imprescindibile del sistema di triage. Deve documentare il processo decisionale che ha portato alla formulazione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati al triage e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del Pronto Soccorso. Può essere realizzata su supporto cartaceo o informatico.

Gli elementi essenziali della Scheda sono:

- * Dati anagrafici da permettere l'inequivocabile identificazione dell'utente o modalità organizzative idonee al suo riconoscimento;
- * Data e ora di triage;
- * N° di intervento 118;
- * Codice di intervento 118;
- * Sintomo principale;
- * Valutazione infermieristica;
- * Codice di priorità assegnato;
- * Interventi effettuati in Triage;
- * Percorsi / procedure brevi attivati dal triage
- * Esito di eventuali rivalutazioni;
- * Ora di accesso all'area di trattamento (fine del triage);
- * Firma dell'operatore.

9. Risorse

In tutte le strutture deve essere garantita la disponibilità di risorse adeguate, per consentire la realizzazione di un sistema di triage strutturato secondo le direttive contenute nel presente documento, e per il mantenimento di standard qualitativi accettabili.

Presso ogni Pronto Soccorso deve essere presente o essere previsto un locale di triage adibito a tale funzione, collocato in posizione attigua agli ingressi del pronto soccorso e centrale rispetto alle sale visita, in grado di permettere l'espletamento della valutazione infermieristica nel rispetto della riservatezza del paziente (spazio chiuso per valutazione, vedi punto 3).

I locali di attesa devono permettere una sorveglianza a vista delle persone in attesa e possibilmente prevedere aree dedicate ai pazienti che necessitano di maggiore sorveglianza.

Nella zona di triage deve essere presente una dotazione di risorse tecnologiche dedicate in grado di permettere l'espletamento di tutte le attività previste (Personal Computer, materiale per medicazione, presidi per immobilizzazione temporanea arti e rachide cervicale, presidi per mobilizzazione pazienti, strumenti per rilevazione/monitoraggio parametri vitali, telefoni, barelle carrozzine di numero e tipologia adeguata, ecc...).

L'organico di pronto soccorso deve prevedere un numero di infermieri adeguato sia dal punto qualitativo (vedi prerequisiti formazione Infermieri di triage) che quantitativo per la realizzazione dell'attività di triage secondo il modello ed i criteri sopra descritti.

Per le strutture con meno di 25.000 accessi l'anno nel calcolo del carico di lavoro del personale infermieristico occorre considerare anche l'attività di triage. Le strutture con accessi annui superiori a 25.000 devono garantire almeno una risorsa umana dedicata esclusivamente a tale funzione nelle ore di maggior afflusso, con eventuale incremento delle risorse dedicate in proporzione al numero degli accessi e della attività concomitanti alla rivalutazione delle persone in attesa.

Oltre al personale infermieristico è necessario prevedere personale amministrativo e di supporto in base ai modelli organizzativi esistenti.

10. *Formazione*

La formazione consente di implementare criteri e metodologie idonei alla valutazione del paziente e di definire un linguaggio comune.

Per gli infermieri costituisce requisito indispensabile per lo svolgimento dell'attività di triage.

* Ogni azienda deve prevedere un piano di formazione sul triage infermieristico in pronto soccorso suddiviso in tre livelli:

1. Formazione propedeutica
2. Formazione al triage
3. Formazione permanente.

Prerequisiti

Per accedere alla formazione abilitante occorre possedere i seguenti requisiti:

* Titolo di studio ed abilitazione alla professione di infermiere come definito dallo specifico profilo professionale DM 739/94, dalla normativa (L. 42 del 1999 e L. 251 del 2000) e dagli ordinamenti universitari delle classi di laurea in infermiere e specialistica (DM 509 del 1999,

con la parola infermiere si intendono anche tutte le figure infermieristiche con funzioni di coordinamento)

* Esperienza: almeno sei mesi di esperienza lavorativa in Pronto Soccorso (in caso di neolaureato, successivi ai sei mesi del periodo di prova)

Formazione propedeutica

L'infermiere di triage, deve effettuare, sulla base dell'organizzazione aziendale una formazione propedeutica a quella specifica sul triage che può avvenire prima della formazione di base o entro 12 mesi dal suo completamento; tale formazione deve prevedere almeno:

- Un corso accreditato sulle tecniche di supporto vitale di base
- Un corso accreditato sulla gestione delle emergenze mediche
- Un corso accreditato sulla gestione delle emergenze chirurgico - traumatologiche
- Entro un anno dalle presenti linee di indirizzo le aziende sanitarie dovranno far precedere la formazione propedeutica alla formazione di triage

Formazione al triage

Essa deve avvenire attraverso la partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto

Corso Teorico di preparazione al Triage

* *Metodologia didattica:*

Si sviluppa attraverso un corso residenziale della durata minima di 24 ore d'aula realizzato con metodologie frontali ed interattive (casi clinici e simulazioni)

* *Ambiti formativi:*

Il corso deve prevedere attività formative che si sviluppano nei seguenti ambiti :

1. Acquisire una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato sulla semeiotica
2. Acquisire capacità relazionali atte alla gestione di situazioni critiche ed ansiogene considerando le dinamiche psicologiche che si sviluppano nel contesto triage tra operatori, con l'utente e verso i familiari e/o accompagnatori;
3. Approfondire gli aspetti legati all'autonomia ed alla responsabilità professionale legandola alle problematiche legali derivate dalla attività di triage;
4. Acquisire la metodologia per la progettazione l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in triage, in linea con le linee di indirizzo internazionale, nazionale e regionale.
4. Acquisire le metodologie di gestione del sistema qualità applicato ad un sistema di triage possibili indicatori di efficacia, efficienza e performance5.

Al termine del corso l'infermiere effettua una valutazione finale che certificherà il superamento del corso.

L'eventuale non superamento del corso comporta la necessità da parte dell'infermiere di un periodo di consolidamento delle conoscenze base di almeno 3 mesi prima di poter ripetere il corso.

Periodo di affiancamento

Dopo il superamento del corso di triage l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento con un tutor esperto non inferiore a 20 ore.

L'idoneità allo svolgimento dell'attività di triage sarà dichiarata al termine del periodo di affiancamento.

L'affiancamento nell'attività di triage viene effettuato secondo un programma aziendale che suddivide le ore complessive tra:

- * tutoraggio mediante affiancamento di un infermiere esperto in triage
- * tutoraggio mediante supervisore infermieristico esterno (coordinatore infermieristico del pronto soccorso o persona intra o extraaziendale nell'ambito del quadrante ritenuta esperta)*

Il periodo di tutoraggio, se ritenuto necessario, può essere prolungato in funzione delle necessità formative.

Il tutor deve essere una figura professionale, individuata a livello aziendale, ritenuta idonea per esperienza, formazione e capacità didattica a svolgere tale funzione. Questa figura viene identificata in seno all'equipe o esternamente ad essa.

Formazione permanente

Gli infermieri, compresi quelli con funzioni di coordinamento, abilitati a svolgere attività di triage devono mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali attraverso adeguate attività formative, da svolgersi almeno una volta ogni 2 anni.

La formazione permanente potrà prevedere:

- * Eventi formativi monotematici di approfondimento (es. il dolore toracico, il dolore addominale, responsabilità professionale, dinamiche relazionali, ecc)
- * Approfondimento metodologici
- * Eventi formativi sulla qualità in triage, comprese attività di verifica di processo e/o risultato
- * Incontri di approfondimento su casi clinici (utilizzo di incidenti critici o eventi sentinella)
- * Partecipazione ad attività di studio e ricerca inerenti il triage
- * Partecipazione ad attività di progettazione e/o revisione di strumenti operativi inerenti il triage
- * *Altre iniziative formative*

Possono essere previste presso le aziende attività di formazione/informazione riguardanti il triage rivolte a tutti i professionisti, medici ed infermieri, che svolgono attività clinica presso le strutture di emergenza, o che hanno rapporti diretti o indirette con le stesse, al fine di

condividerne gli obiettivi, comprendere i meccanismi operativi e favorire l'integrazione multiprofessionale.

11. Sistemi di verifica e qualità dell'attività di triage

Modello di riferimento

Il modello adottato per la verifica di qualità è stato quello dell'"audit professionale" o "audit clinical", volto alla valutazione del sistema triage e delle performance professionali.

Deve essere metodologicamente curato e integrato con altri strumenti.

Ha tuttavia valore formativo per il professionista perchè:

- educa ad un atteggiamento autovalutativo facilitando l'aggiornamento delle conoscenze e il miglioramento della pratica;
- facilita l'individuazione dei fattori chiave che condizionano la buona pratica clinica e aiuta ad individuare gli elementi da monitorare nel tempo

Tutti i sistemi di triage devono prevedere e realizzare attività di verifica secondo i criteri regionali.

Modalità organizzative

Allo scopo di mantenere adeguate le performance professionali ed il sistema organizzativo si ritiene necessario individuare sistemi di monitoraggio delle performance del sistema triage su due livelli.

** Primo livello*

Il primo livello è quello a livello aziendale e/o di quadrante, a seconda delle specificità, affinità organizzative, tipologia di accesso ed offerta di servizi sanitari.

Ad un livello di base esso consiste in un incontro o serie di incontri fra operatori per discutere i casi.

Lo standard di riferimento deve essere condiviso, esplicito e prevedere:

- tutti i più frequenti in un periodo,
- quelli che si sono conclusi con un decesso inatteso,
- ritenuti complessi dagli operatori.

L'analisi, di solito retrospettiva, viene effettuata mediante l'esame delle schede di triage.

Metodi

- verifica retrospettiva interna
- verifica retrospettiva esterna
- verifica attiva e simultanea, su pazienti ancora 'in percorso': è la discussione del caso

- verifica basata su criteri e standard

* *Secondo livello.(Regionale)*

A livello Regionale sono definiti i criteri per la valutazione esplicita del sistema Triage attraverso una metodologia che porti alla condivisione professionale dei medesimi.

La lista dei criteri deve poter permettere di definire criteri di riferimento per le Aziende Sanitarie per ciò che riguarda:

- Gli aspetti strutturali
- La gestione dei processi
- L'organizzazione delle attività
- Le performance professionali

A cura dell'ARess, sarà attivato un osservatorio a supporto dell'attività infermieristica di triage e del settore della programmazione sanitaria dell'Assessorato alla Sanità.

L'osservatorio è strumento di promozione e diffusione regionale delle informazioni con l'obiettivo di uniformare i sistemi di triage alle attuali linee di indirizzo regionali favorendo l'aggiornato professionale.

Svolge attività di supporto e consulenza per le aziende e per l'assessorato alla sanità anche attraverso la raccolta e l'elaborazione di dati relativi all'attività di triage.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

* American College of Surgeon Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. Chicago, 1999

* Atti I° Convegno Internazionale "Il Triage Infermieristico in P.S., i temi che scottano", Torino 28-30/11/2002, http://www.triage.it/corsi/attitorino/attito2002_fr.htm, ultimo aggiornamento 3/7/2003, ultima consultazione 29/11/2003

* Australian College of Emergency Medicine. GUIDELINES FOR IMPLEMENTATION OF THE AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE IN EMERGENCY DEPARTMENTS

<http://www.acem.org.au/open/documents/triageguide.htm> ultimo aggiornamento novembre 2000, ultima consultazione 1/12/2003

* Baker D.V. Patients who leave a public Hospital without being seen by a physician: causes and consequences. JAMA 1991; 266: 1085-1090

* Baldi G, Braglia D, Regnani S. Il Triage (opinioni a confronto) in Atti del 3° congresso nazionale FIMUPS, Torino, 25-28 /11/1996: 297-301

* Boni D. Differenti modelli di triage e loro applicazione in Italia in atti I° Convegno Internazionale "Il Triage Infermieristico in P.S., i temi che scottano", Torino 28-30/11/2002, http://www.triage.it/corsi/attitorino/attito2002_fr.htm, ultimo aggiornamento 3/7/2003, ultima consultazione 30/11/2003

- * Canadian Association of Emergency Physicians: "Position Statement- Emergency Department Overcrowding" dicembre 2000, <http://www.caep.ca/004.cjem-jcmu/004-00.cjem/vol-5.2003/v52-081.htm>, ultimo aggiornamento 21/10/2003, ultima consultazione 22/11/2003
- * Clawson JJ, Dernocoeur KB. Principles of Emergency Medical Dispatch U.S.A: Paperback:1997, <http://www.medicalpriority.com/articles/princsummary.html>, ultima consultazione 29/11/2003
- * Department of Health, England Reforming Emergency Care. DOH :2001, <http://www.doh.gov.uk/emergencycare/index.htm>, ultimo aggiornamento 14/7/2003, ultima consultazione 29/11/2003
- * Derlet R.W, Richards J.R. "Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: complex causes and disturbing effects" Ann Emerg Med 2000 35,1: 63-68
- * E.N.A. (Emergency Nursing Association). Triage: Meeting the Challenge. U.S.A. Paperback: 2nd Revision edition 1998
- * G:F:T: (Gruppo Formazione Triage). Triage Infermieristico. Milano: McGraw-Hill, 2000: 3-119
- * Gai V., Jagoda A.S. Le giornate italo americane di medicina d'urgenza e il triage, Torino: MAF servizi Edizioni Scientifiche, 1998; 230 - 269
- * Grossman VGA, Arne JF. Quick Reference to Triage. Philadelphia Lippincott
- * http://www.triage.it/corsi/attitorino/attito2002_fr.htm ultimo aggiornamento 3/7/2003, ultima consultazione 1/12/2003
- * Manchester Triage Group. Emergency Triage. Londra: BMG Books, 1996
- * Marchisio D, Boni D, Morichetti A, Regnani S, Triage Infermieristico in P.S.: Realtà e Prospettive. In Atti del 1° Congresso Regionale S.I.M.E.U. Campania, Caserta: 2003: 89-95
- * McMahon M. ED Triage: is a five-level triage system best?, American Journal of Nursing 2003; 103(3):61-63
- * Ministero della salute. Sintesi della relazione sullo stato sanitario del paese 2001-2002, http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/relazione_179/sintesi.pdf, ultimo aggiornamento 16/7/2003, ultima consultazione 25/11/2003
- * Morichetti A, Maffei C. L'appropriatezza del ricovero in medicina di urgenza. In Atti 3° Congresso Nazionale SIMEU "Imparare dall' Evidenza, dall' errore, dall' esperienza", ROMA 21-24/10/2003, in GIMUPS giugno 2003 suppl. 2, vol 5 num 1-2: 54-58
- * Morichetti A, Pallotta B., Rapino K., Salvi A. Pronto Soccorso nella Regione Marche: problematiche emergenti. In Atti del I° Congresso Nazionale SIMEU, Napoli 21-24/11/2001, GIMUPS settembre 2002 suppl. 2, vol 4 num 3: 75-83
- * Morra A, Odetto L, Bozza C, Bozzetto P. Disaster Management. Torino: Regione Piemonte, 2002: 37-46, 72-77
- * Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. Emergency Medicine 2003; 15: 1 - 6

* Noto R, Huguenard P, Larcan A. Medicina delle catastrofi. Milano: . Masson, 1996: pag.40-43,76,233,344

* Perraro F. Il Triage: stato dell' arte. In: atti Le giornate italo americane di medicina d'urgenza e il triage. Torino: 2-4/4/1998: 207-220

* Weinerman ER, Edwards HR. "Triage" system shows promise in management of emergency department load. Hospitals 1964; 38: 55-62