

TRIAGE

TRA PRESENTE E FUTURO...



Relatore: Mauro Bellifemine

Nuovi standard per i Pronto Soccorso della Regione Emilia-Romagna


Bologna 13 Maggio 2019



LA PAROLA TRIAGE DERIVA
DAL VERBO FRANCESE
TRIER = SCEGLIERE

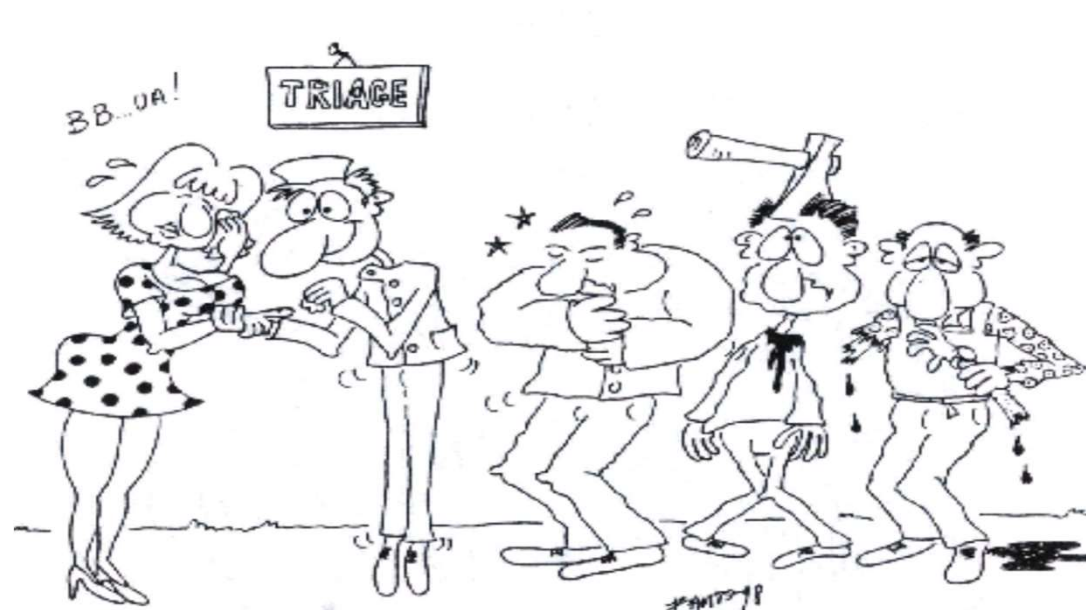
■ Usato inizialmente nelle colonie
per definire l'attività di
separazione delle bacche di caffè
mature da quelle immature



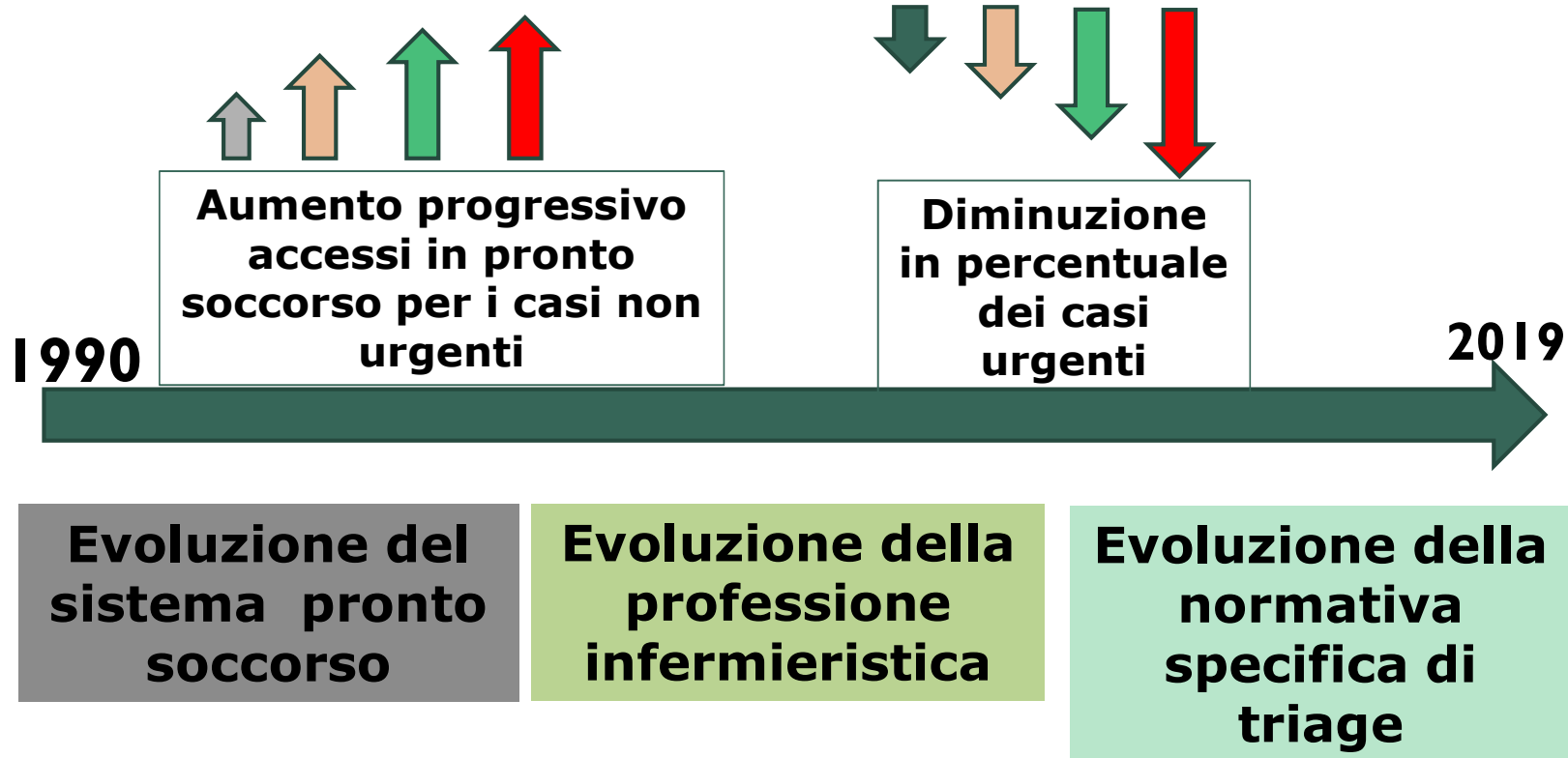


In ambito sanitario fu introdotto nel XIX° secolo da un giovane Medico francese, Dominique Jean Larrey, che introdusse dei criteri di Priorità riguardo alle ferite e agli interventi sanitari necessari.

TRIAGE: Definizione delle priorità di trattamento dei pazienti sulla base della loro gravità clinica, del rischio evolutivo e delle risorse disponibili



IL TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO IN ITALIA



EVOLUZIONE DEI MODELLI DI TRIAGE

Evoluzione del sistema pronto soccorso

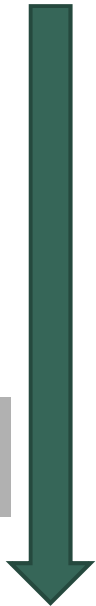
**PRONTO
SOCCORSO**



**PLURALITA'
DI RISPOSTE**



**APPROFONDIMENTO
DIAGNOSTICO**



**RAZIONALIZZAZIONE
DEI RICOVERI**

- ACCESSI NON PREVENTIVABILI
- AUMENTO DELL'ETA' MEDIA E DELLA SPETTANZA DI VITA
- AUMENTO DEL DISAGIO SOCIALE
- AUMENTO DELLE CATEGORIE "FRAGILI" CHE SI RECANO AL PRONTO SOCCORSO

**AUMENTO DEI TEMPI
DI PERMANENZA IN
PRONTO SOCCORSO**

EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA



D.M. 14 dell' Infermiere/09/1994 n° 739 profilo professionale

**Legge 42/1999 NO PROFESSIONE SANITARIA AUSILIARIA
ABOLITO IL "MANSIONARIO (DPR 14/03/1974) N. 225 art. 1**

Legge 251/2000 Art. 1

"Gli operatori delle professioni sanitarie svolgono con autonomia attività dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione espletando funzioni previste dai propri profili professionali"

Legge 43/2006

Conferma e valorizza la centralità dei percorsi formativi accademici post base

Codice Deontologico 2009 Infermiere

Codice Deontologico dell'Infermiere 2019

TRIAGE NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE

DPR 27 marzo 1992 (G.U. n. 76 del 31/3/92)

Atto di indirizzo alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza
SISTEMA DELL' EMERGENZA

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 INTESA STATO REGIONI G.U. 285 DEL 07/12/2001

PERSONALE Funzione di triage attiva h 24 nelle strutture con più di 25000 accessi /anno

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

FORMAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

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

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Accoglienza, assegnazione codice di priorità, gestione dell' ansia

STRUTTURE INFORMAZIONE ALL' UTENZA

Adeguatezza locali Adeguata informazione

RACC. 15
Min. Salute
Febbraio 2013



Deliberazione della Giunta Regionale

23 marzo 2005, n.43-15182 (B.U.R. n° 20 del 19/05/2005)

“LINEE GUIDA PER L'ATTIVITA' DI TRIAGE PRESSO I PRONTO SOCCORSI PIEMONTESI”



Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione

Deliberazione della Giunta Regionale

7 dicembre 2007, n.958 (B.U.R. n° 1 del 2.1.2008)

“PROPOSTA DI SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO " SEE AND TREAT" IN PRONTO SOCCORSO COME MODELLO DI RISPOSTA ASSISTENZIALE ALLE URGENZE MINORI. APPROVAZIONE DOCUMENTO”.





Deliberazione della Giunta Regionale 04 febbraio
n.74 (B.U.R. n° 24 del 26/02/2014)

“GESTIONE DELLE ATTESE IN P. S. – ADOZIONE DOCUMENTI LINEE GUIDA REGIONALI PER LA REALIZZAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI



Deliberazione della Giunta Regionale
(B.U.R. n° 1 del 2.1.2008)

“APPROVAZIONE DOCUMENTO TRIAGE INFERMIERISTICO IN P.S.”

<p>Toscana</p> 	<p>Regione Toscana Uffici Regionali Giunta Regionale estratto dal verbale della seduta del 24-07-2017 (punto N 34) Delibera N 806 del 24-07-2017), Linee di indirizzo: "MODELLO ORGANIZZATIVO PER PERCORSI OMOGENEI IN PRONTO SOCCORSO"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Codifica a 5 livelli di priorità con codici numerici con tempo massimo di attesa al trattamento • Definizione di percorsi di pronto soccorso omogenei • 3 linee di attività: ALTA – MEDIA - BASSA COMPLESSITA' • Definizione del modello • Definizione di zone dedicate per ogni livello di complessità • Per ciascun percorso di intensità di cure definizione degli standard organizzativi e professionali • See & Treat e Fast Track • Osservazione Breve Intensiva: campo di applicazione, standard organizzativi e professionali • Criteri per sistema informativo e bisogni formativi
<p>Friuli Venezia Giulia</p> 	<p>Decreto n° 366/SPS del 20/02/2018: "Il Triage di pronto soccorso per l'adulto" manuale operativo 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manuale operativo 2018 • Modello di riferimento T Globale • Sistema di codifica a 5 codici numerici e tempi massimi raccomandati di attesa • Protocollo Regionale di Triage costituito complessivamente da 33 schede organizzate su 3 livelli <ul style="list-style-type: none"> • 1° livello compromissione funzione vitale (ABCD) • 2° livello: Sintomo Prioritario • 3° livello: Problema specifico



Regione Toscana



MODELLO ORGANIZZATIVO PER PERCORSI OMOGENEI IN PRONTO SOCCORSO

LINEE DI INDIRIZZO



m&P
MASTER & PROFESSIONE

GFT Gruppo Formazione Triage

Triage infermieristico

Terza Edizione




REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Manuale operativo 2018



GOVERNO CLINICO

Il Triage di pronto soccorso per l'adulto

Gruppo Regionale Triage

Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia

EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

+

NORMATIVA SPECIFICA RIFERITA AL TRIAGE

=

**RUOLO
INFERMIERE
DI TRIAGE**

AUTONOMIA

- Codici
- Percorsi
- Strumenti
- Attivazione risorse

RESPONSABILITA'

Sulle decisioni prese
Sulle scelte fatte

CONFRONTO

Paziente
Collegi
Organizzazione

EVOLUZIONE DEI MODELLI DI TRIAGE

**Sistema non
infermieristico**



**Sistema
spot check**



**Triage da
bancone**



Triage globale



Da sistema non infermieristico a sistema complesso con
modello di triage globale

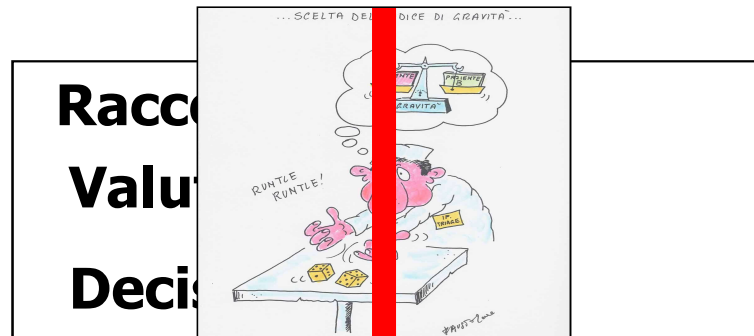
MODELLO DI RIFERIMENTO

- Approccio olistico alla persona
- Realizzazione presa in carico
- Considerazione tutti i problemi

METODO DI TRIAGE

- Rispetto Priorità
- Sistematicità e Correttezza di Valutazione
- "Pesatura" di tutti i problemi

TRIAGE



CODICE DI PRIORITA'

Priorità
accesso al
trattamento

È TEMPO DI PASSARE AD UN SISTEMA DI CODIFICA A 5 LIVELLI



Codice di priorità	Livello di urgenza
1	EMERGENZA
2	URGENZA INDIFFERIBILE
3	URGENZA DIFFERIBILE
4	URGENZA MINORE
5	NON URGENZA

TRIAGE IN E.D. Nel mondo:

Manchester Triage System MTS



ROSSO: accesso IMMEDIATO
ARANCIO: accesso entro 10'
GIALLO: accesso entro 60'
VERDE: accesso entro 120'
BLU: accesso entro 240'

Echelle Canadienne de Triage CATS



Niveau 1: accesso IMMEDIATO
Niveau 2: accesso entro 15'
Niveau 3: accesso entro 30'
Niveau 4: accesso entro 60'
Niveau 5: accesso entro 120'

Australasian Triage Scale ATS



ATS 1: accesso IMMEDIATO
ATS 2: accesso entro 10'
ATS 3: accesso entro 30'
ATS 4: accesso entro 60'
ATS 5: accesso entro 120'

Emergency Severity Index E.S.I.



1: INTERVENTI IMMEDIATI
2: Priorita' Emergent
3: Priorita' Urgent
4: Priorita' Less Urgent
5: Priorita' Nonurgent

TRIAGE PROPOSTA DI NUOVE LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI

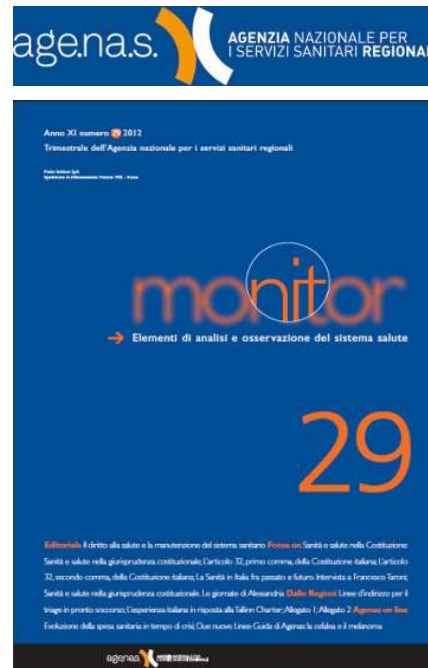
LINEE D' INDIRIZZO PER L' ATTIVITÀ DI TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO

Proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso

Luglio 2012



1. Introduzione	2
2. Aspetti generali	3
3. Obiettivi	3
4. Modello di riferimento	4
5. Organizzazione del flusso di trattamento	5
6. Codice di priorità	5
7. Presa in carico e Rivalutazione	6
8. Documentazione in triage	7
9. Risorse	8
10. Formazione	9
11. Sistemi di verifica e qualità dell'attività di triage	10
Coordinamento Nazionale Triage	14



**DALLE REGIONI:
LINEE DI INDIRIZZO PER IL TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO**
Proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso



TRIAGE LINEE GUIDA NAZIONALI LA BOZZA DI PROPOSTA

- ASPETTI GENERALI: **Funzione infermieristica – attiva presso tutte le strutture di PS**
- MODELLO DI RIFERIMENTO: **Approccio Globale**
- ORGANIZZAZIONE : **Modello basato su differenti livelli di Intensità di cure**
- FLUSSI DI TRATTAMENTO: **Possibilità di attivare il percorso più appropriato tra quelli previsti dall'organizzazione (Fast Track , S&T)**
- CODICI DI PRIORITÀ: **Tempo Max inizio percorso assistenziale, 5 codici numerici**
- PRESA IN CARICO E RIVALUTAZIONE: **Monitoraggio costante delle condizioni**
- DOCUMENTAZIONE: **Protocolli elaborati da gruppo interdisciplinare**
- RISORSE: **Rispetto criteri di Sicurezza**
- FORMA **TEMPO MASSIMO DI PERMANENZA
IN PRONTO SOCCORSO 8 ORE**



CODICI

Codice di priorità	DENOMINAZIONE	DEFINIZIONE	TEMPI MAX DI ATTESA
1	EMERGENZA	assenza o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato alle aree di trattamento
2	URGENZA	condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	<u>attivazione del percorso assistenziale entro 15 min</u>
3	URGENZA DIFFERIBILE	condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	<u>attivazione del percorso assistenziale entro 60 min</u>
4	URGENZA MINORE	condizione stabile senza rischio evolutivo che richiede prestazioni diagnostiche terapeutiche semplici	<u>attivazione del percorso assistenziale entro 120 min</u>
5	NON URGENZA	problema non urgente o di minima rilevanza clinica	<u>attivazione del percorso assistenziale entro 240 min</u>

CODICI E RIVALUTAZIONE

CODICE	DENOMINAZIONE	TEMPI MAX DI ATTESA	MODALITA' E TEMPI DI RIVALUTAZIONE
1	EMERGENZA	assenza o compromissione di una o più funzioni vitali	
2	URGENZA	<u>attivazione del percorso assistenziale entro 15 min, in ogni caso, attesa massima 30 min</u>	osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3	URGENZA DIFFERIBILE	<u>attivazione del percorso assistenziale entro 60 min</u>	ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione, a giudizio dell' infermiere di triage, a richiesta del paziente o una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato
4	URGENZA MINORE	<u>attivazione del percorso assistenziale entro 120 min</u>	
5	NON URGENZA	<u>attivazione del percorso assistenziale entro 240 min</u>	

- **A richiesta dell' utente**

- **A giudizio dell' operatore**

- **A cambio turno**

- **Allo scadere
Tempo Attesa**

Organizzazione Flussi di Trattamento

Occorre Promuovere un modello organizzativo basato su
Differenti Livelli di **INTENSITA' di CURE.**

Organizzazione dei percorsi per flussi basati su:

- Necessità di cure
- Risorse necessarie
- Garanzia di sicurezza

Al termine della valutazione l'infermiere, assegnato il codice di Triage, può **attivare il percorso più appropriato** tra quelli previsti dall'organizzazione, riducendo così l'intervallo diagnostico/terapeutico, agevolando e velocizzando il trattamento.



Percorsi Assistenziali

- Codifica a 5 livelli di priorità con codici numerici con tempo massimo di attesa al trattamento
- Definizione di percorsi di pronto soccorso omogenei
- 3 linee di attività: ALTA – MEDIA - BASSA COMPLESSITA'
- Definizione del modello
- Definizione di zone dedicate per ogni livello di complessità
- Per ciascun percorso di intensità di cure definizione degli standard organizzativi e professionali
- See & Treat e Fast Track
- Osservazione Breve Intensiva: campo di applicazione, standard organizzativi e professionali

Il **S&T** è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori gestito dall'infermiere di PS, sviluppato con protocolli medico-infermieristici condivisi.

Il S&T è l'approccio raccomandato per la gestione della casistica a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica ed organizzativa che si presenta al PS.

Il percorso S&T viene attivato dall'infermiere di Triage sulla scorta di protocolli validati a livello regionale.

Il paziente viene preso in carico nell'area del S&T **dall'infermiere con formazione specifica** che applica le procedure previste dal protocollo, risolve il bisogno del paziente e, **previa condivisione del caso con il medico, realizza direttamente la dimissione al completamento del percorso.**

FAST TRAK

> I percorsi sono attivati dall'infermiere di triage secondo criteri predefiniti, condivisi con le Strutture organizzative specialistiche competenti;

> La responsabilità clinica è in capo al medico specialista erogante, che accede alla sola lista dei pazienti di quel percorso, chiude il caso utilizzando l'applicativo di gestione degli accessi di PS e stampa la documentazione clinica da consegnare al paziente su carta intestata riportante la denominazione di ciascun percorso e della UO responsabile;

> è possibile la re-immissione del paziente nel percorso di PS in caso di invio inappropriato;

> I privilegi di accesso a software specifici, di cui sopra, e l'identificazione di ciascun percorso per ogni paziente permettono l'analisi accurata dei dati di attività di FT.

L'OBI è riservata ai pazienti per i quali non è possibile prendere una decisione di esito nell'arco della fase di assistenza in PS (generalmente non superiore alle 6 ore). L'osservazione clinica prolungata (massimo 48 ore) garantisce di migliorare l'appropriatezza al ricovero e la dimissione in sicurezza. Trascorse le 48 ore di permanenza in OBI, il paziente viene ricoverato, con decorrenza del ricovero dal momento dell'ammissione in OBI. Salvo trasferimento, il ricovero per prolungamento della permanenza in OBI oltre le 48 ore, è attribuito alla UO Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza.

TRIAGE OGGI



TRIAGE ↔ PRONTO SOCCORSO

- Flussista
 - Waiting Area Manager
 - Post - Triage
 - See and Treat
 - Nucleo trattamento avanzato
 - FAST TRACK
- Risorse
 - Modelli organizzativi innovativi
 - PERCORSI



OMOGENEITA'

VARIABILITA' TRA OPERATORI

- CONDIVISIONE MODELLO E METODOLOGIA
- PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE
- FORMAZIONE
- ATTIVITA' DI VERIFICA

OMOGENEITA'

VARIABILITA' TRA DIFFERENTI REALTA'





DI STRADA NE ABBIAMO FATTA TANTA!

UNA STRADA CHE HA PORTATO CAMBIAMENTI!

**CAMBIAMENTI CHE OGGI CI RENDONO IMPOSSIBILE LAVORARE IN UN PRONTO
SOCCORSO SENZA IL TRIAGE**

**CAMBIAMENTI CHE OGGI RENDONO IMPENSABILE FARE TRIAGE COME 10-15 ANNI
FA!**

GRAZIE DELL'ATTENZIONE

MAURO BELLIFEMINE

Infermiere PRONTO SOCCORSO Ospedale Civile di Baggiovara
A.O.U. di Modena

Realizzato con il prezioso contributo di
Davide Boni e Daniele Marchisio



Bologna 13 Maggio 2019