

# L'implementazione del nuovo sistema di triage in Toscana

Lorenzo Righi<sup>1</sup>, Stefano Trapassi<sup>2</sup>, Christian Ramacciani Isemann<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Infermiere, Azienda USL Toscana Sud Est – Siena

<sup>2</sup>Infermiere, Azienda USL Toscana Sud Est – Campostaggia (SI)

<sup>3</sup>Infermiere Coordinatore, Azienda USL Toscana Sud Est – Pitigliano (GR)

Corrispondenza: [lorenzo.righi@hotmail.it](mailto:lorenzo.righi@hotmail.it)

## INQUADRAMENTO

All'interno della struttura ospedaliera, il Pronto Soccorso (PS) rappresenta una delle aree a maggiore complessità, non ultimo per il volume di attività e per la casistica di utenti che vi accedono.

Con riferimento ai dati della Regione Toscana, si nota che ogni anno, in media, circa 1 residente su 3 si reca al PS. In questa popolazione è crescente la prevalenza degli anziani affetta da poli-patologie di difficile gestione da un punto di vista sia clinico che assistenziale. Circa il 13% degli accessi esita in una ammissione in ospedale.

Queste considerazioni hanno portato in Toscana alla emanazione della Delibera Regionale 806/2017, che ha ripensato l'intera organizzazione del PS, con un duplice fine: accorciare i tempi di attesa e permanenza in PS e assicurare una maggiore attenzione alle persone più fragili. Infatti, a partire dalla funzione di triage, l'obiettivo è di favorire la fluidità dei percorsi interni con una visione unitaria del percorso del paziente, basata sulla direzionalità: ogni spostamento del paziente deve essere finalizzato a farlo muovere verso la sua destinazione, con una progressione sia clinica che fisica basata sulla logica della marcia in avanti.

Quindi il passaggio dai codici colore a quelli numerici è solo l'aspetto più evidente del nuovo modello di triage, quello di cui si è parlato maggiormente. In realtà le trasformazioni coinvolgono tutto il percorso del paziente in PS: questo articolo intende mettere in evidenza il complesso delle innovazioni.

## LE NOVITÀ DEL NUOVO MODELLO DI PRONTO SOCCORSO

Il nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei è organizzato su 5 livelli di priorità, in ordine decrescente dal codice 1 (ex codice rosso) al codice 5. Questi livelli vengono correlati a tre flussi omogenei di pazienti (alta, media e bassa complessità) e gli utenti sono distribuiti sulla linea di attività più idonea alle loro necessità.

È importante sottolineare come il triage diventi non solo strumento per l'attribuzione della priorità di accesso alle cure, ma strumento di orientamento del paziente al giusto percorso, quindi all'esito più appropriato per la persona – sia esso il trattamento, la dimissione o l'ammissione in ospedale. Questo rende evidente come, per l'implementazione di tale sistema, sia necessario un corposo intervento formativo per far acquisire ai professionisti le competenze necessarie.

Nella fase di triage, la scelta del percorso rappresenta l'esito di una combinazione di più valutazioni: condizioni cliniche e rischio evolutivo, assorbimento di risorse, bisogni assistenziali.

La valutazione della dimensione assorbimento di risorse viene utilizzata nella distribuzione fra i codici 3, 4 e 5, mentre per l'attribuzione dei codici 1 e 2 sono considerate solo le condizioni cliniche ed il rischio evolutivo del paziente.

Le risorse vengono suddivise in due tipologie, ma solo le quelle di tipo 1 entrano nella valutazione per l'identificazione del percorso:

- Le risorse di tipo 1 comprendono gli esami strumentali, radiologici e di laboratorio, le consulenze specialistiche e tutte le altre prestazioni correlate ad un livello più alto di complessità, che richiedono un aumento del tempo di permanenza del paziente in PS;
- Le risorse di tipo 2 raggruppano le attività a minore complessità, eseguite di routine in PS, che non determinano una variabilità organizzativa in termini di allungamento significativo del tempo di permanenza.

Codice di priorità	Descrizione	Definizione dettagliata	Tempo massimo di attesa
1	EMERGENZA	Assenza o compromissione di una o più funzioni vitali	IMMEDIATO
2	URGENZA INDIFFERIBILE	Rischio di compromissione delle funzioni vitali, condizione stabile con rischio evolutivo	ENTRO 15 MINUTI
3	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile a basso rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede più di due risorse di tipo 1	ENTRO 60 MINUTI
4	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede fino a due risorse di tipo 1	ENTRO 120 MINUTI
5	NON URGENZA	Condizione stabile senza rischio evolutivo, non urgente o di minima rilevanza clinica, che solitamente non richiede risorse di tipo 1	ENTRO 240 MINUTI

Tabella 1 - Codici di priorità.

Sono previsti percorsi per la complessità intermedia e bassa in relazione a bisogni specifici di alcuni gruppi di pazienti: Percorso pediatrico; Percorso ostetrico-ginecologico; Percorso paziente con agitazione psico-motoria; Percorso paziente con disabilità complessa; Percorso vittime di violenza; Percorso malato infettivo (questi ultimi due da attivarsi anche nei casi sospetti).

TIPOLOGIA DI PERCORSO		Percorsi ad alta complessità	Percorsi a Complessità intermedia	Percorsi a Bassa complessità
TRIAGE VALUTAZIONI	Condizioni cliniche e rischio evolutivo	Assenza di una funzione vitale o con necessità di supporto ad almeno una funzione vitale	Pazienti con necessità di rapido intervento diagnostico-terapeutico	Pazienti deambulanti e/o con ridotte necessità assistenziali
	Risorse	Massima e immediata disponibilità di più risorse di tipo 1	Massima disponibilità di più risorse di tipo 1 con tempistiche diverse	Fino ad un massimo di due risorse di tipo 1
	Bisogni assistenziali	Massima complessità assistenziale	Elevata complessità assistenziale	Medio/bassa complessità assistenziale
LINEA DI ATTIVITÀ		ALTA COMPLESSITÀ	MEDIA COMPLESSITÀ	BASSA COMPLESSITÀ

Tabella 2 - Complessità clinico assistenziale: valutazioni, percorsi e linee di attività.

Le linee di attività sono costituite dall'insieme delle risorse professionali, tecnologiche e strutturali pianificate per il percorso clinico-assistenziale dei diversi target di pazienti. All'interno di ogni PS vengono individuate tre linee di attività:

- Linea di attività ad alta complessità;
- Linea di attività a complessità intermedia;
- Linea di attività a bassa complessità, articolata in: Codici Minori (con medico), See & Treat (gestito dall'infermiere), Fast Track (invio diretto dal triage alla gestione specialistica).

### IL NUOVO MODELLO DI TRIAGE

Il triage, quale primo momento di accoglienza e presa in carico sanitaria delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità clinico-assistenziali, attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti, del rischio evolutivo e dell'impegno di risorse stimato per il trattamento. Il processo di gestione del paziente in PS è costituito dalle seguenti fasi assistenziali: Identificazione, Triage, Post-triage, Trattamento, Dimissione.

L'Identificazione ha come obiettivo l'accertamento dell'identità anagrafica del paziente. Il Triage è finalizzato ad assegnare il paziente ad una linea di attività, stabilita in base al codice di priorità di accesso alle cure. L'individuazione di tale codice avviene attraverso l'applicazione rigorosa dell'algoritmo decisionale di Triage, così come previsto dalla DGRT 806/2017. In questa fase, l'infermiere di Triage raccoglie i primi dati clinici relativi al paziente (allergie, vaccinazioni, ecc....), e informazioni quali modalità e motivazione dell'accesso in PS.

Terminata la fase di Triage, può essere previsto un periodo di attesa, di durata variabile, prima che il paziente sia preso in carico e sia dunque avviata la fase di trattamento. Durante questo periodo di attesa (Post Triage) il paziente è rivalutato dall'infermiere di Triage. La presa in carico sanitaria del paziente da parte di un medico o di un infermiere di PS determina l'avvio della fase di Trattamento, con il paziente preso in carico che non compare più nelle liste di attesa. La linea di attività e il tipo di percorso con il quale si svolge la fase di trattamento, individuato nella fase di Triage, può coinvolgere team multi-professionali (Medici, Infermieri e personale di supporto del PS e/o di altri reparti). Durante questa fase il personale sanitario attua gli interventi necessari a curare il paziente e far cessare l'emergenza; può inoltre richiedere esami strumentali o di laboratorio e consulenze specialistiche. L'ammissione in OBI (Osservazione Breve Intensiva) rientra nella fase di trattamento ed è prevista solo per determinate categorie di pazienti che necessitano di un periodo di osservazione intensiva in PS. Infine alla Dimissione il paziente può uscire dall'ospedale, oppure essere trasferito presso altra struttura o ricoverato.

## CONCLUSIONI

Il nuovo modello mira ad indirizzare fin dal triage il paziente alla giusta linea di attività, assicurando nel contempo un attento monitoraggio di tutti quei pazienti che vengono inviati alle aree a media/bassa complessità, per ridurre, secondo le aspettative, i tempi di presa in carico e di permanenza, considerando la variabilità dei diversi percorsi diagnostico terapeutici attivati all'interno dei diversi PS.

Le prime analisi dell'attività dei PS, dove il nuovo modello è già operativo, sembrano evidenziare un sostanziale aumento della casistica a bassa complessità, anche in relazione all'aumento e revisione dei protocolli See & Treat (S&T) e all'introduzione dei percorsi Fast Track (FT). Per i pazienti assegnati all'area a media complessità si rende necessaria, almeno nei primi periodi di attivazione del sistema, una costante rivalutazione relativa ai tempi di presa in carico; in questa linea potrebbero confluire, infatti, molti ex codici gialli di dubbio inquadramento.

Per affrontare questo problema la Delibera Regionale 806/2017 prevede che la funzione di Triage possa essere seguita da una valutazione medico-infermieristica da parte di un Team di Valutazione Rapida (TVR), quando necessaria ad un inquadramento rapido e ad un trattamento urgente. Questa valutazione non si aggiunge alle linee di attività, ma può, in casi selezionati, facilitarne e velocizzare i percorsi.

Quanto esposto deve far comprendere come, sul piano organizzativo, le linee di attività per la gestione della casistica siano da interpretarsi in modo flessibile, in funzione dell'andamento della domanda e delle sue fluttuazioni circadiane, settimanali e stagionali. Per questo la correlazione livelli-percorsi deve necessariamente essere contestualizzata, considerando le peculiarità dei diversi PS quanto a dimensioni, accessi attesi e disponibilità di tutti i percorsi.

## Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

## Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

## BIBLIOGRAFIA

Bambi S., Ruggeri M., Lumini E., Becattini G. (2009). *La metodologia del triage. Verso la standardizzazione degli algoritmi decisionali nel Pronto Soccorso*. Salute e Territorio. 173: 1-94.

Becattini G., Graglia D., Cappugi M., Deiana C., et al. (2012) *Linee Guida per il triage in pronto soccorso*, Monitor AGENAS, 29: 48:53.

Delibera Giunta Regione Toscana n. 806 del 24/97/2017 - *Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso*. Linee di indirizzo.

Delibera Giunta Regione Toscana n. 938 del 24/01/2019 - *Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso*. Linee di indirizzo.

Delibera Giunta Regione Toscana n.1159 del 27/08/2018 - *Linee di indirizzo per le reti cliniche regionali*.

Delibera Regione Toscana n. 671 del 18/06/2018 - *Costituzione del Coordinamento regionale (CoTT) per l'analisi della variabilità dei processi decisionali della funzione di Triage e dei percorsi interni al Pronto Soccorso.*  
Gruppo Formazione Triage (GFT) (2019). *Triage infermieristico*. Milano, Mc Graw Hill, 4th ed.