



DOPO IL TRIAGE - Un'introduzione

Massimo di Benedetto- infermiere PS Rovereto
Luglio 2023

Pronto soccorso, locale di triage.

L'infermiere ha appena concluso il processo di triage e sta applicando il braccialetto identificativo al signor Gianni e lo informa del codice assegnato.

“Aspetti in sala d’attesa, la chiameremo quando sarà il suo turno. Se cambia qualcosa durante l’attesa me lo faccia sapere”.

Gianni ringrazia e aspetta in sala d’attesa.

Aspetta.

Inizia a contare le persone in sala d’attesa.

Aspetta.

Vede alcune persone che gli passano davanti.

Continua ad aspettare

Osserva incuriosito i numeri dei pazienti sui pannelli informativi che scorrono.

Aspetta ancora...



Dopo 4 ore di attesa si apre uno dei seguenti scenari:

- ✓ Gianni inizia a lamentarsi con l'infermiere di triage, a esigere di essere visitato subito, arrivando a minacciare e poi ad aggredire con violenza il personale
- ✓ Gianni rimane zitto, sopporta, sa che ci sono tante persone che stanno peggio di lui e non vuole disturbare, vive l'attesa sentendosi abbandonato alla propria sofferenza
- ✓ Gianni viene chiamato in visita, vengono escluse problematiche acute e viene reindirizzato al suo MMG: perché non gliel'hanno detto subito?
- ✓ Gianni viene chiamato ma lo specialista di cui avrebbe bisogno ormai ha staccato e dovrà rientrare l'indomani mattina: perché non poteva andarci subito?
- ✓ Gianni viene chiamato, esegue 10 minuti di prestazioni e viene dimesso: perché ha dovuto attendere così tanto per così poco?
- ✓ Gianni si allontana senza essere stato visitato, il personale non se ne accorge se non a notte fonda, quando verrà rimosso dall'elenco del PS, senza diagnosi e con una dicitura simile ad "allontanamento volontario"



Se avete riconosciuto uno di questi ipotetici scenari probabilmente vi siete chiesti cosa si possa fare per evitare queste situazioni spiacevoli, per il paziente e per noi, durante questa fase grigia di attesa passiva che inizia per quasi dopo il triage, e che può durare ore.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

Le [linee di indirizzo nazionali sul triage ospedaliero](#) sono chiare: dopo il triage inizia una delicata fase che comprende *“il monitoraggio costante delle condizioni con osservazione diretta o video mediata per i casi di urgenza, la ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione nel caso di urgenze differibili, urgenze minori o non urgenze”*.

In parole povere, c'è l'**attesa**.

Certo, i nostri utenti non sono abbandonati a loro stessi: c'è la sorveglianza e la rivalutazione periodica del loro stato da parte dell'infermiere di triage che può assegnare un nuovo codice in base a eventuali cambiamenti insorti dopo il primo triage.

Ma rimane comunque **attesa**. **Attesa passiva**, perché l'utente aspetta senza fare nulla. Se le sue condizioni di salute glielo permetteranno potrà distrarsi leggendo i cartelloni appesi alle pareti, oppure guardare la televisione della sala d'attesa sperando sia sintonizzata su un canale non estremamente inquietante come a volte possono essere i canali all-news. I più organizzati si saranno portati un libro da leggere.

Ma comunque, attende.

In questa attesa le linee di indirizzo però ci ricordano che *“in sede di Triage è possibile l'attivazione di percorsi di cura predefiniti come i percorsi brevi e i percorsi a gestione infermieristica, sulla base di appositi protocolli”*.

Il tempo di inizio del percorso diagnostico-assistenziale infatti non deve per forza coincidere con l'inizio della prestazione medica, come spiegato chiaramente nella tabella che riporta i tempi da rilevare in termini di flussi verso il sistema EMUR.



TABELLA 4 - TRIAGE: tempi da rilevare (data e ora)

T₀	PRESA IN CARICO AL TRIAGE
T₁	INIZIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE
T₂	INIZIO DELLA PRESTAZIONE MEDICA
T₃	ESITO DELLA PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO
T₄	INIZIO DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA
T₅	TERMINE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Cosa significa?

Che alcuni pazienti, una volta terminato il triage, non devono aspettare “la chiamata del medico”, ma possono intraprendere un percorso iniziato da un infermiere di triage, oppure da un infermiere adeguatamente formato e reso disponibile.

In questo passaggio il Ministero non dice nulla che non sia già noto in letteratura da anni.

I protocolli adottati dagli infermieri di PS più descritti in letteratura riguardano la richiesta di indagini radiologiche per i traumatismi e la somministrazione di analgesici, ma è sempre più alta l'attenzione delle organizzazioni non a erogare singole prestazioni ma a sviluppare veri e propri sistemi di presa in carico infermieristica in pazienti selezionati.

<spoiler alert: letteratura>

I protocolli proposti da Douma e colleghi nel 2016 hanno ridotto di 186 minuti il tempo mediano per l'assunzione di paracetamolo per i pazienti che presentavano **dolore o febbre**, e hanno ridotto di 79 minuti il tempo mediano per la troponina per i pazienti che presentavano un **sospetto dolore toracico ischemico**. La durata mediana della degenza in PS è stata ridotta di 224 minuti grazie all'implementazione di un protocollo per la **sospetta frattura dell'anca**. Un protocollo per il **sanguinamento vaginale** in gravidanza ha inoltre ridotto la durata mediana della degenza in ED di 232 minuti (Douma et al., 2016).

Un **protocollo di gestione del paziente con dolore addominale** ha rilevato una riduzione media clinicamente significativa di 28 minuti del tempo di permanenza in PS e una riduzione statisticamente significativa del numero di pazienti che si allontanano dal PS senza essere visitati (Schmidt, C., 2022).



Gli **interventi avviati dall'infermiere** facilitano la progressione del percorso di cura del paziente di PS e hanno il potenziale di migliorare il tempo di trattamento, garantire un sollievo più precoce dei sintomi e del dolore e ridurre i tassi di ricovero in ospedale (Burgess et al., 2021).

I **protocolli di presa in carico anticipata** possono portare a importanti benefici in termini di riduzione del tempo di attesa in PS, del fenomeno del sovraffollamento e del conseguente contenimento dei rischi collegati all'attesa in PS sia per il paziente che per l'operatore. Inoltre si ipotizza che una più snella presa in carico del paziente impatti positivamente sul tasso di allontanamento (Guttmann et al. 2011).

I **protocolli basati su prove di efficacia** possono ridurre il tempo di permanenza in PS; un protocollo sulla gestione dei pazienti con **dolore toracico** può evitare gli esiti avversi associati ai ritardi nel trattamento delle SCA e degli IMA. evitare gli esiti sfavorevoli associati ai ritardi nel trattamento della diagnosi SCA e IMA ed è utile per ottenere risultati outcome per i pazienti (Bunch et al., 2016).

Recentemente, a fine giugno 2023, è stato pubblicato questo [interessante protocollo dello studio EPIC-START](#), che ha l'obiettivo di implementare strumenti di supporto decisionale convalidati per attivare percorsi standardizzati avviati dall'infermiere per tutte le malattie comuni che si presentano al pronto soccorso.

E in Italia come andiamo?

Dobbiamo ovviamente citare la pioniera **Toscana** che con ha fatto partire per prima il percorso di See & Treat, ma c'è anche il **Veneto** con il cosiddetto "Triage Avanzato" con presa in carico infermieristica, la **Lombardia** con il recente progetto "Porta dell'Emergenza" che ha sviluppato 10 protocolli di presa in carico anticipata infermieristica, alcune realtà dell'**Emilia Romagna** che hanno sviluppato la figura dell'infermiere senior che gestisce i percorsi brevi e la presa in carico di pazienti in attesa, il **Lazio** che nel suo manuale di triage prevede lo sviluppo di percorsi assistenziali e di presa in carico post triage e pre-visita a diretta gestione infermieristica... E di sicuro ci saranno molte altre realtà che si sono organizzate in tal senso e che non conosco personalmente.

Di questi percorsi si è parlato molto nelle relazioni tenute durante [il CEU 2023 di Firenze](#), segno che molte realtà italiane stanno ri-organizzando il classico flusso di lavoro del pronto soccorso.

Torniamo al nostro Gianni, e torniamo all'inizio della sua storia: gli è appena stato assegnato il codice ed esce dal locale di triage.

Pronto soccorso, sala d'attesa.

Gianni, dopo pochi minuti di attesa viene chiamato da un infermiere.

Gianni si sente un po' in colpa a "passare davanti ad altre persone"

L'infermiere gli spiega che il suo problema può trovare risposta non nel caotico pronto soccorso, ma in un'altra area più tranquilla e...



Nei prossimi articoli esploreremo le due principali strade che alcuni pazienti selezionati possono seguire subito dopo il triage: i **percorsi a bassa complessità** e la **presa in carico anticipata**.

E voi avete già sentito parlare di questi percorsi? Esistono nelle vostre realtà? Che impressione vi danno? Secondo voi potrebbero essere migliorati? I vostri utenti sono soddisfatti? Avete altre idee?

Confrontiamoci e parliamone nei commenti!

Disclaimer: le definizioni di questi percorsi cambiano sensibilmente tra realtà e realtà, e l'organizzazione di un percorso nel PS "A" non sempre è identica a, o ha lo stesso nome di, quella del PS "B". Ciò che accomuna questi percorsi è la volontà e lo sforzo organizzativo di ottimizzare il percorso del paziente all'interno del PS.

Bibliografia

- ✓ Guttman A, et al. (2011), Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *British medical Journal* 342: d2983.
- ✓ Bunch, A. M., Leasure, A. R., Carithers, C., Burnette Jr, R. E., & Berryman Sr, M. S. (2016). Implementation of a rapid chest pain protocol in the emergency department: A quality improvement project. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(2), 75-83.
- ✓ Douma, M. J., Drake, C. A., O'Dochartaigh, D., & Smith, K. E. (2016). A pragmatic randomized evaluation of a nurse-initiated protocol to improve timeliness of care in an urban emergency department. *Annals of emergency medicine*, 68(5), 546-552.
- ✓ Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, Ministero della Salute (2019)
- ✓ Burgess, L., Kynoch, K., Theobald, K., & Keogh, S. (2021). The effectiveness of nurse-initiated interventions in the Emergency Department: A systematic review. *Australasian Emergency Care*, 24(4), 248-254.
- ✓ Schmidt, C. (2022). Nurse-Driven Protocols for Abdominal Pain in the Emergency Department. [Doctoral project, University of St Augustine for Health Sciences]. SOAR @ USA: Student Scholarly Projects Collection. <https://doi.org/10.46409/sr.IKNT3670>
- ✓ Curtis, K., Dinh, M. M., Shetty, A., Kourouche, S., Fry, M., Considine, J., ... & Shaban, R. Z. (2023). The Emergency nurse Protocols Initiating Care—Sydney Triage to Admission Risk Tool (EPIC-START) trial: protocol for a stepped wedge implementation trial. *Implementation science communications*, 4(1), 1-11.