

CONCORDANZA MEDICO-INFERMIERISTICA SUI NUOVI CODICI COLORE DI TRIAGE

M. C. Tonello¹, F. Stea¹

¹CPSI ped – S.C. Pediatria d'Urgenza – Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidio OIRM

INTRODUZIONE

Il triage è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine di accesso al trattamento¹. La quantità di pazienti afferenti al pronto soccorso non è prevedibile e solo una certa percentuale di pazienti presenta condizioni di pericolo di vita o di urgenza medica² e non tutti gli utenti possono essere curati immediatamente o contemporaneamente. Pertanto, i pazienti con lesioni o malattie potenzialmente letali devono essere identificati in modo affidabile entro pochi minuti dall'arrivo³. Dal 1996 in Italia, il triage è svolto da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti. Tali protocolli sono validati da medici ed infermieri al fine di garantire il rispetto dei criteri nazionali. Inoltre, vi è la condivisione a livello aziendale di protocolli che favoriscono il triage avanzato infermieristico che è stato dimostrato ridurre i tempi di attesa ed individuare precocemente situazioni di urgenza.⁴ L'area di emergenza urgenza rappresenta un setting di cura che prevede un lavoro di equipe medico-infermieristica dove spesso le decisioni vengono prese in poco tempo e in maniera collegiale. Ogni pronto soccorso deve pertanto sviluppare uno specifico progetto per ottimizzare l'attività di triage garantendo il rispetto dei criteri nazionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale.

Presso il pronto soccorso dell'ospedale infantile Regina Margherita di Torino (OIRM) si utilizza il *Manchester triage system* e, dal 2 febbraio 2022, sono stati introdotti i 5 codici colore previsti dalle "Linee guida di indirizzo nazionali sul triage interospedaliero". Per favorire l'introduzione dei nuovi codici colore sono stati organizzati 5 incontri formativi aperti a infermieri, medici e specializzandi del pronto soccorso. Tali incontri erano composti da una parte teorica con la descrizione dei nuovi protocolli e da una parte interattiva. In seguito sono stati selezionati degli infermieri esperti che hanno condotto gli affiancamenti in situ.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo studio è valutare il livello di concordanza medico infermieristica sull'attribuzione dei codici colore in triage alla luce dell'adeguamento alle linee di indirizzo nazionali e quindi dei 5 codici colore.

MATERIALI E METODI

Al fine di valutare tale concordanza è stata predisposta *ad hoc* una scheda per ogni bambino afferente al Pronto Soccorso del Regina Margherita tra i mesi di maggio e luglio 2022 ed è stato chiesto ai medici, ai chirurghi di guardia e agli specializzandi di attribuire un codice

colore di triage in base all'anamnesi e alla valutazione iniziale da loro condotta e ai parametri vitali rilevati in triage. In caso di discordanza con il codice colore assegnato dall'infermiere è stato chiesto di motivare la scelta. Tale scheda è stata strutturata al fine di simulare la presa in carico da parte del medico come in sede di triage, senza aggiungere ai parametri, all'anamnesi e al colpo d'occhio l'esame obiettivo e gli esami strumentali utili al fine di formulare la diagnosi.

Raccolta dati poster SIMEUP '22: concordanza attribuzione codice colore infermiere/medico

Cari medici e specializzandi, vi chiediamo collaborazione per la raccolta dati che parte dal giorno 12 Maggio 2022 per l'elaborazione di un poster da presentare al congresso nazionale SIMEUP '22. La scheda sottostante dovrà essere compilata **PRIMA** di effettuare la visita. Indicherete nome e cognome del bambino, data dal passaggio in DEA, codice colore attribuito dall'infermiere di triage e codice colore che attribuireste personalmente al bambino sulla base dei PV rilevati e riportati sul trackcare e della sola anamnesi.

In caso di discordanza, troverete al fondo della scheda una parte in cui indicarne la motivazione. Per qualsiasi dubbio o chiarimento siamo a vostra disposizione.

Francesca Stea
Cristina Tonello

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE _____

DATA DEL PASSAGGIO _____

· CODICE COLORE ASSEGNATO AL TRIAGE DALL'INFERMIERE:

Bianco Verde Azzurro Arancione Rosso

· CODICE COLORE ASSEGNATO DAL MEDICO:

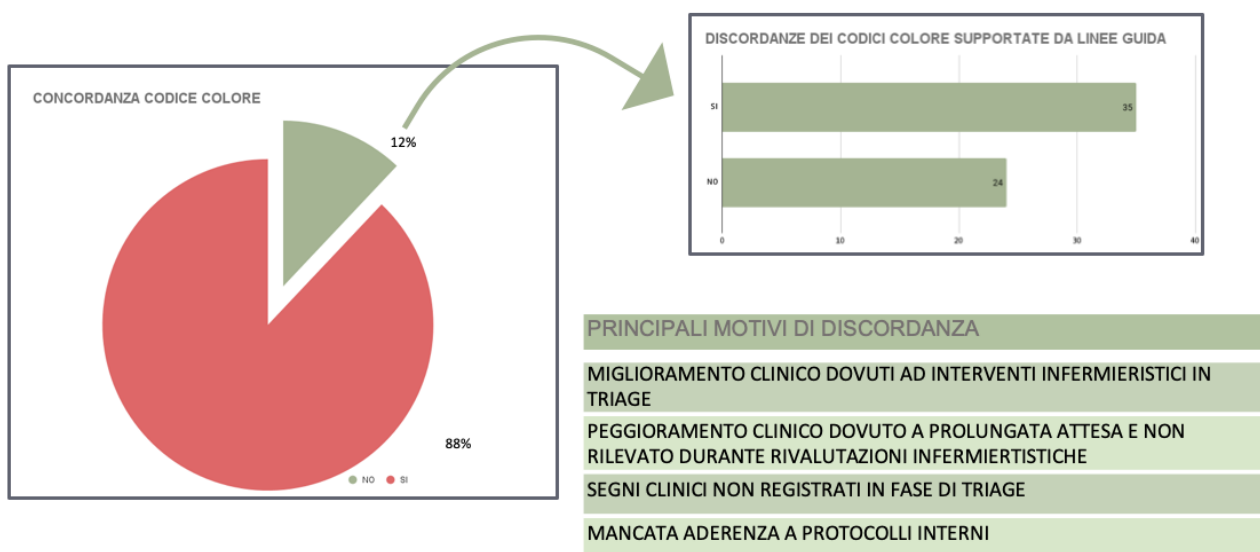
Bianco Verde Azzurro Arancione Rosso

SE DISCORDANZA INDICARE LA MOTIVAZIONE:

RISULTATI

Sono state compilate 556 schede tra le quali sono risultati discordanti 67 casi, con una concordanza dell'88%. Tra le discordanze: in 24 casi il medico ha attribuito un codice colore diverso, non supportato dalle linee guida del triage, in 35 casi il medico ha assegnato il codice colore corretto in base ai dati raccolti al momento del triage. Dall'analisi dei dati si nota come i principali motivi di accesso motivo di discordanza siano stati: traumi, febbre e dolore addominale. Rianalizzandolo le singole schede di triage si nota come spesso la discordanza del codice colore tra medico e infermiere possa essere attribuita talvolta ad alcuni interventi previsti dal triage avanzato che hanno influenzato le condizioni generali del paziente: somministrazione di soluzione reidratante orale in caso di disidratazione lieve/moderata, somministrazione di antidolorifico e antipiretico, esecuzione di clisma evacuativo. Altro motivo che ha reso discordi medici e infermieri nell'attribuzione del codice colore è stato individuato in successive dichiarazioni relative all'anamnesi remota del paziente riportata dal *caregiver*: spesso venivano fornite più informazioni in fase di colloquio con il medico rispetto al colloquio con infermieri. Tali informazioni, talvolta, avrebbero potuto influenzare la scelta del codice colore.

La discordanza in altre occasioni è nata da una oggettiva differenza delle condizioni cliniche del paziente tra il momento dell'accettazione e il momento della presa in carico da parte del medico: esempio tipico è quello della dispnea non considerata tale dall'infermiere che non ha rilevato segni clinici evidenti in triage, manifestatisi poi tra l'ultima rivalutazione infermieristica e la chiamata in sala medica. Infine, ulteriore motivo di discordanza è stato osservato nella mancata aderenza a protocolli interni in particolare dal personale medico: ad esempio, nel pronto soccorso del Regina Margherita il rientro del paziente raccomandato dal medico è previsto come codice azzurro, in alcune schede di concordanza il medico ha valutato questi pazienti come codice verde non tenendo presente il protocollo interno concordato.



CONCLUSIONI

Lo studio è stato condotto nei primi mesi di entrata in vigore dei 5 codici colore di triage e può essere utilizzato come base per evidenziare dubbi, perplessità o accortezze da apporre nella nuova assegnazione di priorità. Alla luce dei risultati analizzati si evince la necessità di ridiscutere alcuni protocolli di triage, favorendo la diffusione delle informazioni.

È fondamentale prendere esempio dai triage scarni di dati, quindi da implementare, evitando che si ripetano sia a vantaggio del percorso clinico del paziente sia come tutela per il professionista di triage. Risulta fondamentale riportare in maniera completa e precisa durante il triage sia la presenza di difficoltà respiratoria, ad esempio, con i segni annessi sia la non presenza di tali segni e sintomi.

Inoltre, risulta evidente che coinvolgere la figura del medico permette una migliore presa in carico del paziente al fine di lavorare in un'unica direzione e garantire la corretta priorità d'accesso. Possedere alcune competenze trasversali aiuterebbe il personale a condividere conoscenze e competenze. Rielaborare i casi discordanti presi in considerazione permetterebbe una riduzione dell'errore e una maggior consapevolezza nell'utilizzo dei codici colore.

Dallo studio si evince come, inoltre, il sistema di triage avanzato influisca positivamente sulle condizioni generali del bambino.

BIBLIOGRAFIA

1 Ministero della salute. Linee di indirizzo nazionali sul triage interospedaliero, 2019.

2 Schellein O, Ludwig-Pistor F, Bremerich DH. Manchester triage system: Process optimization in the interdisciplinary emergency department. *Anaesthesist*. 2008;58:163 – 170.

3 Michael Christ , Florian Grossmann, Daniela Winter, Roland Bingisser, Elke Platz. Modern triage in the emergency department. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2010 Dec;107(50):892-8.

4 Jobé J, Ghuysen A, D’Orio V. Le triage infirmier avancé aux Urgences. *Revue medicale de Liege*. 2018 May;73(5-6):229-236.

Riducono i tempi di attesa e
garantire una pari qualità delle cure
a quella di un medico in formazione (13).