

**Parole chiave:**

sovraffollamento, triage, implementazione

**Corrispondenza autore**

Edoardo Paccamonti  
Edoardo.paccamonti@uslumbria1.it  
USL UMBRIA1 U.O. PS/118  
Gubbio – Gualdo Tadino Hospital  
Largo Unità d'Italia, Loc. Branca - 06024 Gubbio (Pg)

**ARTICOLO****Info Autore :**

<sup>1</sup> Emergency Department - AUSL UMBRIA1 Gubbio – Gualdo Tadino Hospital (Perugia)  
<sup>2</sup> Villa Maraini Via B. Ramazzini 31 Rome (Italy)

**Edoardo Paccamonti<sup>1</sup>, Roberto Marchetti<sup>2</sup>, Manuel Monti<sup>1</sup>****LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO:  
ANALISI DEL FENOMENO E STRATEGIE OPERATIVE****ABSTRACT**

Overcrowding in emergency rooms and in health facilities in general, especially in the winter months, is a problem that does not only concern our national but also international sphere.

A fundamental role in the management of patients in the Emergency Department is played by the triage approach and the triage nurse.

Triage has the task of redistributing waiting times in favor of those who are in actual need of urgent assistance and not of reducing waiting times.

For this reason, in this review the importance of Triage was highlighted, as a moment of contact with the patients together with the role of the nurse for the evaluation of patients, taking into account the available resources, evaluates the clinical conditions, the degree of and the risk before giving the priority code that allows access to the medical examination.

In this study we will make an assessment of the various types of triage approach and some solutions that can allow the reduction of overcrowding will be examined.

**RIASSUNTO**

Il sovraffollamento nei Pronto Soccorso e in generale nelle strutture sanitarie, soprattutto nei mesi invernali è un problema che non riguarda soltanto il nostro ambito nazionale ma anche internazionale. Un ruolo fondamentale nella gestione dei pazienti che si recano in Pronto Soccorso lo svolge il triage e l'infermiere triagista.

Il Triage ha il compito di redistribuire i tempi d'attesa in favore di chi ha effettivo bisogno di assistenza urgente e non di ridurre i tempi d'attesa.

Per questo, in questa review è stato messo in risalto l'importanza del Triage, quale momento di contatto con l'assistito ed il ruolo dell'infermiere che effettua la valutazione: tenendo conto delle risorse disponibili valuta le condizioni cliniche, il grado di gravità e il rischio evolutivo prima di dare il codice di priorità che permetta l'accesso alla visita medica.

In questo studio è stata effettuata una valutazione sui vari tipi di triage e sono valutate alcune soluzioni che possano permettere la riduzione del sovraffollamento.

# INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso (o PS) è un'unità operativa ospedaliera dedicata ai casi di emergenza – urgenza dove si garantisce la prima valutazione e diagnosi per l'assistito. Il paziente viene valutato e classificato per gravità o rischio di evoluzione e trattato in urgenza secondo le reali necessità in quel preciso momento <sup>(1)</sup>.

Viene stilata una diagnosi in modo tale da decidere in seguito il percorso più idoneo per favorirne il recupero. È una struttura dove molteplici specialisti che lavorando in equipe, trattano le acuzie e le malattie tempo-dipendenti rispondendo ai bisogni dei cittadini anche nelle maxi emergenze sanitarie e pandemie <sup>(2)</sup>.

Gli accessi in P.S. sono molto aumentati negli ultimi anni, tenendo soprattutto conto degli assistiti ai quali viene assegnato un codice di bassa priorità. Proprio per questo è necessario affrontare lunghe attese e sovraffollamento che spesso provocano disagio per quanto riguarda l'assistenza sanitaria da garantire e destinare <sup>(3)</sup>.

Le recenti evidenze scientifiche hanno studiato negli ultimi anni la figura dell'infermiere altamente qualificato e specializzato (Emergency Nurse Practitioner /ENP), mettendo in risalto che l'assistenza erogata ha standard e risultati clinici paragonabili a quelli dell'assistenza medica in termini di efficacia e sicurezza, di qualità e soddisfazione percepita dalla popolazione <sup>(4)</sup>.

## TRIAGE: NASCITA E SVILUPPO

La parola "Triage" deriva dal francese "Trier" che significa scegliere, selezionare, con l'aggiunta di "age" indica nel Pronto Soccorso, il metodo di selezione delle priorità in base alla gravità delle lesioni e delle malattie. <sup>(5)</sup>

Il Triage viene ripreso più avanti nella Guerra di Corea e Vietnam, dove medici militari statunitensi ebbero modo di migliorare tecniche sanitarie oltre all'organizzazione del soccorso ai soldati feriti.

In quest'occasione si inizia a dare molta importanza al "fattore tempo" per ottenere più successo nelle cure. <sup>(5)</sup>

Nei primi anni Sessanta negli Stati Uniti d'America nacque il primo sistema di Triage ospedaliero non militare. <sup>(6)</sup>

In Italia il D.P.R. 128/69 fu il documento che delineò le caratteristiche principali dei servizi di P.S. ed introdusse il concetto di organizzazione dipartimentale sottolineando la necessità di disporre, in ogni ospedale, di mezzi di trasporto adeguatamente attrezzati, nonché di mezzi necessari alla diagnosi ed alla terapia, anche strumentale, di emergenza. <sup>(7)</sup>

## TRIAGE ATTUALE

Nei triage moderni pazienti vengono selezionati e classificati in base all'urgenza ed instabilità delle loro condizioni cliniche.

È un processo di classificazione e valutazione rapida dei pazienti in base dell'urgenza di trattamento, si analizzano la natura e la severità della malattia, la sintomatologia, la possibilità di evoluzione a breve e medio termine, i segni vitali e un breve esame fisico.

Il triage non deve essere visto come una procedura singola, ma come un processo decisionale che poggia le basi su una metodologia scientifica.

Per questa ragione deve essere acquisito al meglio attraverso corsi di formazione in quanto richiede preparazione, esperienza e apposite capacità.

L'infermiere di triage deve essere in grado di lavorare sotto stress, eseguire un esame corretto del paziente, prendere decisioni in maniera rapida e corretta, avere buone capacità relazionali e soprattutto essere in grado di valutare e pianificare tutte le possibili evenienze. <sup>(8)</sup>

In Italia dal 1996 è prevista, per la prima volta, l'attività di triage con la descrizione del ruolo dell'infermiere e indica le responsabilità a cui il triagista è soggetto. <sup>(9)</sup>

Questo nuovo assetto istituzionale legittima l'infermiere, nell'ambito dell'attività di triage, ad eseguire atti operativi importanti ed essenziali quali:

1. raccolta dei dati anamnestici, dando particolare attenzione ai problemi riferiti dal paziente
2. rapido accertamento delle condizioni del paziente
3. fornire un giudizio clinico
4. assegnazione del codice di gravità

I codici di priorità attuali sono stati impostati nelle Linee di indirizzo nazionali sul Triage ospedaliero (2019), prevedendo l'utilizzo di un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori che vanno da 1 a 5. (10)

CODICI DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO dal 9 Gennaio 2023		
CODICE N. Colore	DENOMINAZIONE	DEFINIZIONE
1 Rosso	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali
2 Arancione	URGENZA	Funzioni vitali a rischio Rischio evolutivo o dolore severo
3 Azzurro	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile con sofferenza Richiede prestazioni complesse
4 Verde	URGENZA MINORE	Condizione stabile Richiede prestazioni monospécialistiche
5 Bianco	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica

Tab. 1  
Codifica di priorità

Lo stabilire la priorità di accesso all'area di trattamento non significa porre una diagnosi, ma differenziare quei pazienti che abbiano bisogno di cure tempestive da quelli che possano differire la valutazione medica.

Tale pratica richiede tre criteri principali:

- Rapidità: tempo di codifica di triage che deve essere breve
- Sensibilità e specificità: identificazione dei pazienti potenzialmente critici
- Capacità organizzativa: si deve garantire il rispetto di tempi e standard gestionali con un adeguato utilizzo delle risorse. (10)

## MODELLI ORGANIZZATIVI

Possiamo trovare 8 tipologie di modelli organizzativi per quanto riguarda il Triage, molto diversi tra di loro, dipendenti dalle dimensioni della struttura ospedaliera e dal bacino d'utenza.

- Triage non infermieristico o "direttore del traffico"
- Triage di bancone
- Triage clinico o globale
- Triage informatizzato o "a dispatch"
- Triage bifasico o a doppio step
- Spot check
- Triage di centrale operativa 118
- Triage out

Tra i Triage più diffusi e più efficienti troviamo:

### • triage clinico o globale

In questo modello ci si basa su una valutazione completa e professionale della persona bisognosa di cure, secondo una metodologia predefinita.

Nella fase iniziale si ha la "valutazione sulla porta", ovvero un rapido esame generale dell'assistito dove si cerca d'individuare situazioni d'emergenza.

Ci si deve fare un'idea delle condizioni in cui si trova la persona per determinare modalità e tempi delle successive fasi di valutazione.

La seconda fase riguarda la "valutazione soggettiva", si eseguono mirate domande riguardo al problema o al sintomo percepito dal paziente.

S'indagano tutte le componenti soggettive della condizione dell'assistito. La terza fase è caratterizzata dalla "valutazione oggettiva", nella quale il triagista rileva i parametri vitali e esegue un esame fisico mirato.

Al termine delle tre fasi viene attribuito il codice di colore che definisce la priorità d'intervento e trattamento. (8)

### • triage bifasico o a doppio step

In questo modello si prevede che il triage del paziente avvenga in due tempi e in due diverse postazioni con due diversi infermieri (un esaminatore ed un valutatore), è un'evoluzione del triage globale e viene utilizzato nei P.S. con elevata affluenza.

L'infermiere esaminatore è il primo professionista che viene a contatto con l'assistito, esegue una veloce valutazione generale ed individua possibili situazioni d'emergenza.

Il suo compito principale è quello d'indagare su quale sia il sintomo principale, ossia la problematica principale per il paziente.

L'infermiere valutatore è il secondo professionista che ha il compito di valutare l'assistito in maniera più approfondita, conduce un rapido esame obiettivo del paziente in seguito alla problematica presentata in modo da attribuire un codice di priorità appropriato e prendere in carico la persona (8).

Tra i modelli organizzativi, a livello di triage, per ridurre il sovraffollamento dobbiamo ricordare i seguenti:

## See and treat

Il see and treat è una metodologia di lavoro già presente fin dagli anni '80 del Novecento, in molti paesi dell'Europa Occidentale, soprattutto nel Regno Unito, ma viene ufficializzato e reso visibile grazie all'esperienza del Dipartimento di Emergenza dell'ospedale di Kettering, dove viene utilizzato per cercare di arginare il problema del sovraffollamento e delle lunghe attese a cui erano costretti gli assistiti con problematiche cliniche non urgenti.

Tale modello si è diffuso rapidamente in tutto il territorio nazionale inglese.

Nella fase di Triage, secondo tale modello, viene assegnato oltre alla priorità uno specifico percorso, dove un infermiere opportunamente formato prende in carico il paziente in modo da erogare un'assistenza sanitaria di alta qualità, trattando problematiche clinico-assistenziali per mezzo di protocolli volti alla promozione e alla prevenzione delle malattie e della salute.

Il modello See and Treat ha tra i suoi obiettivi quello di prevedere un minor tempo d'attesa per gli assistiti in PS con la conseguente riduzione della problematica relativa al sovraffollamento, ed un'adeguata presa in carico del paziente e dei suoi bisogni assistenziali, garantendo un'assistenza di qualità, che possa soddisfare sia gli utenti che i professionisti stessi. (11)

## FAST TRACK

Il continuo incremento del sovraffollamento in PS, ha reso necessario cercare di differenziare i tempi d'accesso per priorità clinica, prima dal punto di vista formale, successivamente standardizzandoli con la modalità di triage, resa obbligatoria dal 2001, su tutto il territorio.

La delicata attività di triage viene svolta da professionisti infermieri, e ha il compito di *“definire le priorità di cura sulla base delle necessità fisiche e psicosociali, nonché tenendo conto dei fattori che determinano il ricorso alle cure e compatibilmente con l'andamento di flusso all'interno della struttura”*

### TAB. II

#### SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE SAMPLE

<b>Urgenze oftalmologiche</b> Echimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva; congiuntivite; corpo estraneo congiuntivale; emorragia sottocongiuntivale; irritazione da lenti a contatto
<b>Urgenze otorinolaringoiatriche</b> Tappo di cerume; otite esterna; corpo estraneo nell'orecchio; epistassi; corpo estraneo nel naso; rinite
<b>Urgenze odontostomatologiche</b> Lussazione ricorrente della mandibola; dolore dentario; problemi post-estrazione dentaria
<b>Urgenze gastroenterologiche</b> Singhiozzo isolato; diarrea acuta non ematica; reinserimento/disostruzione del sondino naso gastrico
<b>Urgenze urologiche</b> Infezione delle basse vie urinarie; sostituzione/disostruzione del catetere vescicale
<b>Urgenze ginecologiche</b> Test gravidici di esclusione
<b>Urgenze muscolo- scheletriche</b> Torcicollo; lombalgia acuta ricorrente; dolore acuto monoarticolare
<b>Urgenze traumatologiche</b> Contusioni minori degli arti traumi delle dita delle mani ed piedi non complicati; pronazione dolorosa ferite semplici e abrasioni avulsione superficiale della punta del dito; rimozione di anello; rimozione di amo da pesca; intrappolamento nella lampo; rimozione di punti di sutura

#### Tab. 2

Casistica di riferimento per la sperimentazione del "See and Treat" approvata dal gruppo di lavoro per il progetto di miglioramento del Pronto Soccorso. Osservatorio regionale sull'emergenza-urgenza della Regione Toscana

Gli assistiti che accedono in PS, sono classificati in categorie di priorità assistenziale in base alle diverse modalità di Triage, solitamente 4 o 5, che vanno dal trattamento immediato dell'emergenza ad attese potenzialmente molto lunghe per problemi minori. Per quest'utenza sono stati predisposti percorsi preferenziali di facilitazione diagnostica, denominati "Fast Track" o "corridoio veloce".

Vengono dedicati in particolare al trattamento di monopatie non urgenti di tipo oculistico, Otorino, ortopedico traumatologico e ginecologico. (12)

Ulteriori sviluppi organizzativi dell'Area in esame possono essere messi appunto come:

a) Gestione di alcune patologie da parte di professionisti infermieri opportunamente formati.

b) Aumento della funzione di triage dove oltre a stabilire le consuete priorità, si può indicare anche un percorso professionale differenziato all'interno della stessa area.

La possibilità di identificare patologie che possono essere trattate e riservate a percorsi specialistici dal professionista infermiere rappresenta un punto di partenza importante per garantire EFFICACIA e SICUREZZA, ma soprattutto definire quell'autonomia operativa che il contesto legislativo al momento ne descrive solo la cornice anche se con finalità propositive.

## CONCLUSIONI

Osservando la situazione attuale è possibile notare come la soluzione di questa annosa problematica non sia unica e semplice.

Il sovraffollamento, è estremamente dannoso e pericoloso non solo per l'utenza ma anche per gli stessi professionisti sanitari e non va considerato come un problema esclusivo dei dipartimenti d'emergenza, ma a tutti gli effetti una problematica relativa a tutto l'ospedale. Un PS dove ci sono una miriade di pazienti presi in carico non è più un reparto d'emergenza ma solo un'area di stazionamento.

In questa review sono stati presi in considerazione molti modelli organizzativi, ma nessuno di essi è in grado di risolvere tale problematica se non si attua un'educazione sanitaria corretta, sorretta da una cultura specifica. Per avere un effettivo miglioramento del servizio e rispettare aspettative ed ambizioni, deve esserci una visione comune.

Dall'analisi della letteratura presa in esame, si è evidenziato come gli Infermieri con competenze avanzate nelle cure d'emergenza, meglio noti come **Emergency Nurse Practitioners**, hanno migliorato di gran lunga l'assistenza e le cure all'utenza con problemi clinici minori.

L'introduzione nei Dipartimenti d'Emergenza di percorsi *See and Treat* e *Fast Track*, hanno permesso una migliore gestione della popolazione con problemi di salute minore.

Con questa metodica di lavoro, si permette al personale medico di concentrarsi sui pazienti con problematiche cliniche gravi e urgenti, raggiungendo una migliore gestione delle risorse disponibili.

Si avverte la necessità di un cambiamento per quanto riguarda la struttura organizzativa delle strutture, ma soprattutto la possibilità di un dibattito aperto fra le professioni, in modo da migliorare il lavoro in equipe ed arrivare ad un miglioramento dell'assistenza e superamento delle attuali problematiche sanitarie.

## BIBLIOGRAFIA

1. Johnson KD, Winkelman C. *The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review.* *Adv Emerg Nurs J.* 2011 Jan-Mar;33(1):39-54.
2. Kenny JF, Chang BC, Hemmert KC. *Factors Affecting Emergency Department Crowding.* *Emerg Med Clin North Am.* 2020 Aug;38(3):573-587.
3. Monti M, L'Angiocola PD, Marchetti R, Paciullo F, Borgognoni F. *Strategies for prevention of SARS-CoV-2 infection in a rural Emergency Department.* *Hong Kong Journal of Emergency Medicine.* 2021;28(2):114-116.
4. Rabin E, Kocher K, et Al. *Solutions to emergency department 'boarding' and crowding are underused and may need to be legislated.* *Health Aff (Millwood).* 2012 Aug;31(8):1757-66.
5. Roscoe LA, Eisenberg EM, Forde C. *The Role of Patients' Stories in Emergency Medicine Triage.* *Health Commun.* 2016 Sep;31(9):1155-64.
6. Nakao H, Ukai I, Kotani J. *A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective.* *Acute Med Surg.* 2017 Jul 14;4(4):379-384.
7. D.P.R. 128/1969.
8. Christian MD. *Triage.* *Crit Care Clin.* 2019 Oct;35(4):575-589.
9. MINISTERO DELLA SANITA, G.U. n. 114 Serie Generale del 17 maggio 1996 'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Available at: [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-05-17&atto.codiceRedazionale=096A2986](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-05-17&atto.codiceRedazionale=096A2986).
10. *Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero.* Ministero della Salute. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Available at: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_3849\\_listaFile\\_itemName\\_1\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf).
11. Abstracts. *J Epidemiol Community Health.* 2007 Sep;61(Suppl 1):A-A44. PMID: PMC2659111.
11. Chrusciel J, Fontaine X, Devillard A, Cordonnier A, Kanagaratnam L, Laplanche D, Sanchez S. *Impact of the implementation of a fast-track on emergency department length of stay and quality of care indicators in the Champagne-Ardenne region: a before-after study.* *BMJ Open.* 2019 Jun 19;9(6):e026200.