



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA, VARESE
Corso di Laurea in Infermieristica

**L'INFERMIERE E IL TRIAGE INTRA-OSPEDALIERO:
COMPETENZE, REQUISITI E ABILITÀ PROFESSIONALI.**

ELABORATO SCRITTO
DI: Massimo Franzin
Matr. n° 609290

Anno Accademico 2003/2004

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
CAPITOLO 1 <i>Il triage</i>	
1.1. Definizione, cenni storici e normativi	pag. 2
1.2. Scopi e destinatari	pag. 3
1.3. Il triage in Italia	pag. 4
CAPITOLO 2 <i>Il processo di triage</i>	
2.1. Caratteristiche, tipologie e fasi del triage	pag. 5
2.2. Altri compiti dell'infermiere triagista	pag. 7
CAPITOLO 3 <i>Le competenze infermieristiche nel processo di triage</i>	
3.1. La valutazione "sulla porta"	pag. 9
3.1.1. Competenze dell'infermiere nella valutazione "sulla porta"	pag. 11
3.2. La raccolta dati	pag. 13
3.2.1. Competenze dell'infermiere nella raccolta dati	pag. 18
3.3. La decisione di triage	pag. 21
3.3.1. Competenze dell'infermiere nella decisione di triage	pag. 23
3.4. La rivalutazione	pag. 24
3.4.1. Competenze dell'infermiere nella rivalutazione	pag. 25
CONCLUSIONI	pag. 26
CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE	pag. 28
BIBLIOGRAFIA	pag. 29
ALLEGATO A <i>Schema metodo</i>	

INTRODUZIONE

L'elaborato si prefigge di fare luce sulle competenze, i requisiti e le abilità che deve possedere l'infermiere che effettua operazioni di triage.

Le motivazioni che hanno spinto alla redazione di questo elaborato sono da ricercarsi nell'interesse riguardo alla materia e alla domanda-quesito che ci si poneva da tempo: *“L'infermiere è la figura professionale competente per effettuare il triage in ambito intra-ospedaliero?”*.

Grazie ad una sistematica revisione della letteratura, si provvederà all'analisi delle singole fasi del processo di triage intra-ospedaliero per *estrapolarne* le peculiari competenze del professionista infermiere. L'analisi delle singole fasi e l'individuazione delle competenze tecnico-relazionali costituiscono di fatto il percorso che si intende utilizzare per dare una risposta al quesito posto. La letteratura reperita in materia di triage infermieristico è molto ampia anche se la stragrande maggioranza della stessa letteratura si limita a spiegare in maniera molto generale come si devono svolgere le operazioni di triage. Concetti generali che vengono trattati nel primo capitolo. Il secondo capitolo invece, descrive le caratteristiche del triage, i diversi tipi di triage utilizzati ed infine tratta le fasi del processo. Una volta esposto il processo di triage, nel terzo capitolo (parte centrale dell'elaborato) si provvede all'approfondimento di ciascuna fase (introdotta nel secondo capitolo) analizzandone le diverse competenze proprie dell'infermiere. Il risultato di tutta l'analisi porta alla risposta del quesito posto all'inizio.

CAPITOLO 1 *Il triage*

1.1. Definizione, cenni storici e normativi

“Per triage si intende quel processo di accertamento del paziente che si verifica nei dipartimenti di emergenza per determinare le priorità da gestire”(1).

“Il processo di triage (processo decisionale) serve per determinare le priorità di assistenza. Si basa su vari aspetti: metodo scientifico, ragionamento clinico, riflessione critica, stile personale ed esperienza pratica [...]”(2).

Il termine *trriage* deriva dalla parola francese *trier* ovvero, scegliere. Le prime grossolane operazioni di triage vennero utilizzate durante le guerre napoleoniche, quando un chirurgo francese organizzò i soccorsi ai soldati feriti sul campo. Lo scopo del triage era quello di recuperare rapidamente curandoli, i soldati che avevano subito lesioni meno gravi, utili dunque per la battaglia. Negli anni sessanta negli Stati Uniti le operazioni di triage servivano per gestire e smaltire le lunghissime code che si presentavano nei reparti di pronto soccorso (uniche strutture capaci di accogliere e prestare cure alle persone senza copertura assicurativa). In Italia le prime esperienze di triage sono cominciate all'inizio degli anni novanta nei reparti di pronto soccorso con elevato volume di utenza e in carenza di precise disposizioni legislative. Una svolta importante in materia la si è avuta nel 1996 con la pubblicazione delle *“Linee guida per il sistema emergenza-urgenza”* in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992 del Ministero della Sanità, Conferenza Stato-Regioni, in cui per la prima volta in Italia è esplicitamente prevista la funzione del triage e viene indicato chi e come debba svolgere questa attività: *“All'interno dei D.E.A. 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 del dirigente di servizio”*.

1.2. Scopi e destinatari

Le operazioni di triage devono essere finalizzate a:

- attribuire a tutti i pazienti un *codice di gravità* per regolare l'accesso alle cure mediche-infermieristiche in relazione alla gravità della loro condizione;
- ridurre al minimo i ritardi nell'intervento sul paziente urgente;
- mantenere l'efficienza organizzativa e complessiva del pronto soccorso stesso;
- operare una *ridistribuzione del tempo e delle risorse a favore di chi è più grave* a svantaggio di chi non avrà comunque danno da un tempo maggiore di attesa;
- disincentivare l'accesso al Pronto Soccorso dei pazienti "codici bianco" che richiedono prestazioni che possono essere erogate in sedi diverse (medico di base, ambulatori specialistici, servizi territoriali);
- evitare dunque il sovraffollamento;

Gli utenti del Servizio Sanitario Nazionale che si recano in un reparto di pronto soccorso di qualsiasi struttura accreditata sono i destinatari del triage. Essere "sottoposti" a operazioni di triage è più percepibile quando si è sottoposti ad un lungo periodo di attesa. I tempi di attesa all'interno di ogni unità operativa di pronto soccorso sono variabili e dipendono da diversi fattori:

- la crisi della figura del medico di base, il conseguente ricorso al medico specialista;
- le liste di attesa troppo lunghe per ottenere prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- il progressivo aumento della popolazione extracomunitaria non inserita nel Sistema Sanitario Nazionale o comunque priva di un tessuto sociale di sostegno;
- la riorganizzazione del sistema sanitario regionale che vede la soppressione/trasformazione degli ospedali di piccole dimensioni e la

conseguente rimozione dei piccoli reparti di pronto soccorso perché inadeguatamente attrezzati;

- l'evoluzione culturale e organizzativa del pronto soccorso come una zona di transito e smistamento verso gli specialisti e i reparti di ricovero a lungo di diagnosi e cura;
- la collocazione del Pronto Soccorso (se urbano o non) e dal bacino di utenza che serve;
- la presenza nella struttura accreditata di diverse specialità diagnostiche/terapeutiche (ad esempio i tempi di attesa diminuiranno se in quella struttura ospedaliera non ci sono unità operative come la traumatologia, la cardiologia, la rianimazione, la neurologia);

1.3. Il triage in Italia

In Italia sono presenti diverse modalità di effettuare triage, a volte rudimentali, spesso attuate senza la consapevolezza di questa funzione. Addirittura in alcuni pronto soccorsi la selezione è attuata da personale non infermieristico (amministrativo o ausiliario) che compila una lista d'attesa in ordine di arrivo, registra il sintomo principale riferito e si basa su una sommaria impressione della gravità del malato per accelerare l'accesso in ambulatorio; la documentazione si limita alla registrazione dei dati anagrafici a fini amministrativi. In altri casi il triage è gestito in modo non continuativo da personale infermieristico non dedicato, quindi non basato sulla professionalità e sull'esperienza e, in assenza di procedure formalizzate, è privo di documentazione e applica una priorità di accesso spesso influenzata dalla modalità di arrivo del paziente e dal personale che opera sui mezzi di soccorso.

CAPITOLO 2 *Il processo di triage*

2.1. Caratteristiche, tipologie e fasi del triage

Spesso non è possibile avere a disposizione spazi per la valutazione completa del paziente e per la rilevazione dei parametri vitali; tali operazioni vengono in parte sostituite dai rilievi ispettivi: questo è il cosiddetto *triage di bancone*.

Mentre per il modello di *triage completo o globale* prevede la presenza di un infermiere con questi requisiti:

- deve essere appositamente formato;
- deve avere un'anzianità di servizio in pronto soccorso predeterminata;
- deve essere abituato a operare secondo i protocolli della struttura di appartenenza;
- deve essere presente costantemente nella zona di arrivo dei pazienti;
- deve essere in grado, in base al sintomo/problema che il paziente presenta, di valutare la gravità della situazione e la necessità di assistenza e di stabilire le priorità di accesso.

Per completezza si è scelto di valutare e di prendere in considerazione il modello di *triage completo o globale*.

Il *triage completo o globale* presenta dei vantaggi: una valutazione professionale del paziente (sintomi, parametri, manifestazioni); utilizzo di procedure formalizzate; utilizzo di documentazione; possibilità di monitoraggio; possibilità di valutazione del sistema.

Il triage completo o globale è la sola tipologia in grado di superare la logica della lista di attesa basata sull'ordine di arrivo e di raggiungere completamente l'obiettivo su principi metodologici standardizzati come:

- *la valutazione "sulla porta"*;
- *la raccolta dati soggettivi* (dati riportati dal paziente, dai parenti, dai soccorritori o dalla documentazione clinica che accompagna il paziente stesso);

- *la raccolta dei dati obiettivi* (rilevamento dei parametri vitali, esame generale);
- *assegnazione del codice di gravità*;
- *la rivalutazione* (ad intervalli di tempo definiti, in caso di tempi di attesa troppo prolungati);
- *eventuale modifica del codice di gravità* (se durante la rivalutazione le condizioni sono mutate).

Risulta essere necessario adottare un sistema di documentazione, cartaceo o informatizzato per registrare le informazioni emerse nella raccolta dati e le azioni intraprese. La risultante documentazione non solo avrà valore medico-legale, bensì servirà a rafforzare le scelte fatte. Inoltre sarà utile anche per rendere più agevoli le possibili consegne e rivalutazioni ad altri operatori sanitari.

In Italia, normalmente ci si orienta per l'utilizzo dei cosiddetti "codici colore", che risultano di immediata comprensione anche per gli utenti stessi (anche stranieri).

La valutazione di Triage sta alla base del processo decisionale e quindi può significativamente influenzare i risultati dell'intervento. La valutazione di Triage è un insieme molto complesso e articolato di attività infermieristiche aventi lo scopo di attribuire un codice di gravità (decisione di Triage) per ogni paziente che arriva in Pronto Soccorso, identificando prontamente i pazienti in pericolo di vita. Una raccolta dati incompleta o poco attendibile può portare a conseguenze rischiose. Gli obiettivi della valutazione di Triage sono:

- identificare le persone potenzialmente a rischio di vita;
- assegnare ad ogni persona un codice gravità.

La valutazione di Triage è un processo che si attua a due livelli. Questa rapida valutazione comprende prima di tutto il chiedere al paziente (o ai familiari che lo accompagnano) perché necessiti di una visita medica. I pazienti con priorità di cure saranno quelli che dichiarano o manifestano:

- compromissione della pervietà delle vie aeree;

- disturbi cardiaci;
- traumatismi di organi o apparati vitali;
- traumatismi che minacciano l'integrità neurologica;
- violenze;
- disturbi psichiatrici in fase acuta.

Il processo di Triage è un processo decisionale che serve per determinare le priorità di assistenza. Questo processo si basa su vari aspetti: metodo scientifico, ragionamento clinico, riflessione critica, stile personale, esperienza pratica.

Le quattro fasi principali del *Triage* sono:

- 1) la *valutazione "sulla porta"*;
- 2) la *raccolta dati* (valutazione soggettiva e oggettiva);
- 3) la *decisione di Triage*;
- 4) la *rivalutazione*.

2.2. Altri compiti dell'Infermiere triagista

L'infermiere che effettua operazioni di Triage ha contestualmente altri compiti:

- è necessario decidere se il paziente può attendere seduto oppure deve essere posizionato in barella;
- bisogna poi individuare la sala visita più adatta (in un'unità operativa di Pronto Soccorso vi sono più sale che hanno diversi compiti, la sala medica, la sala per le emergenze traumatiche, la sala per le emergenze psichiatriche);
- va attivato il medico (eventualmente lo specialista: anestesista-rianimatore, cardiologo, psichiatra, pediatra, chirurgo, oculista);
- può essere necessario prestare le prime cure o provvedimenti di nursing;
- se si adottano dei protocolli appositi saranno avviate le prime indagini diagnostiche (elettrocardiogramma, glicemia, esame delle urine...);
- comunicare con la Centrale Operativa del Servizio Sanitario Urgenza Emergenza 118;

- comunicare con i familiari che generalmente rimangono ad attendere in sala d'attesa;
- comunicare con le altre strutture sanitarie, con le forze dell'ordine;

Abbiamo finora detto che il triage, rappresenta una specie di sistema di “filtro”, gestito da infermieri opportunamente formati ed addestrati.

Le principali funzioni svolte dall'infermiere di triage sono:

- discriminare, all'arrivo in Pronto Soccorso, tra i pazienti i cui sintomi non presentano carattere di vera urgenza e quelli più critici e, sulla base di questa valutazione, stabilire la priorità d'accesso alle sale visita;
- registrare (in carta o mezzo informatizzato) i dati anagrafici del paziente e quanto rilevato durante la prima valutazione;
- assegnazione del codice di gravità;
- attuare le prime misure sanitarie (applicazione di borse di ghiaccio sulle contusioni, medicazioni estemporanee ecc...);
- sorvegliare il paziente in attesa della visita medica e rivalutarlo periodicamente;
- informare e gestire il paziente, i familiari durante l'attesa;
- tenere i contatti con la Centrale Operativa del 118, le forze dell'ordine e delle altre unità operative.

CAPITOLO 3

Le competenze infermieristiche nel processo di Triage

In questo capitolo si esamineranno le diverse fasi del Triage. Ogni fase verrà approfondita e attentamente analizzata rispetto alle norme in materia, ai protocolli e linee guida emanate dal legislatore e al modello concettuale di riferimento:

3.1. La valutazione “sulla porta”.

Di fatto il Triage inizia quando il paziente entra nell'Unità Operativa di Pronto Soccorso. L'Infermiere valuta velocemente l'aspetto generale del paziente cercando di rilevare problemi che richiedono interventi immediati.

La valutazione rapida riguarda:

- A. Pervietà delle vie aeree e stato di coscienza;
- B. Respiro (presenza, qualità e frequenza respiratoria);
- C. Circolo (presenza, frequenza cardiaca, valutazione della cute, tamponamento di ferite emorragiche massive);
- D. Controllo neurologico;
- E. Questa scala è riportata nella letteratura come “l'ABCD della valutazione sulla porta”.

Il *codice gravità* può essere attribuito immediatamente (se l'Infermiere rileva già in fase iniziale condizioni pericolose per la vita), oppure assegnato dopo una più accurata valutazione oggettiva e soggettiva. I dati oggettivi, l'aspetto generale del paziente e i parametri dell'ABCD sono valutati non solo al contatto iniziale, ma anche durante tutta l'interazione tra infermiere e paziente. Quali sono le *domande da porsi* rispetto alle condizioni dei pazienti durante la valutazione “sulla porta”?

- *Riguardanti l'aspetto generale:* il paziente appare malato o sofferente? Qual è la vostra prima impressione su: postura, andatura, colorito della

cute, interazione con gli altri e con l'ambiente, espressione del viso?
Quali emozioni esprime: paura, timore, collera, confusione, dolore?

- *Riguardanti la pervietà delle vie aeree:* sono presenti segni di ostruzione? Il paziente assume una determinata posizione per respirare meglio? Ci sono manifestazioni eclatanti (stridori, sibili o rantoli, tosse)?
- *Riguardanti il respiro:* come sono i movimenti toracici (superficiali, profondi oppure rapidi o lenti)? Appaiono difficoltà o con l'utilizzo dei muscoli accessori? Il paziente è in grado di parlare?
- *Riguardanti il circolo:* Com'è la cute (sudore, colorito)? Il paziente appare pallido, cianotico, itterico, arrossato, marezzato? C'è qualche ferita o sanguinamento?
- *Eventuali deficit neurologici o alterazioni dello stato di coscienza:* Il paziente risulta essere vigile, assopito, irritabile? Mantiene senza aiuto la posizione eretta? Il livello di coscienza gli consente di mantenere un'adeguata ventilazione? Ha sensibilità da tutti e quattro gli arti?

L'obiettivo del *Triage sulla porta* è quello di individuare i pazienti in pericolo di vita, facendosi un'idea generale sulle condizioni di chi accede al Pronto Soccorso. L'Infermiere deve rispondere velocemente ai cambiamenti delle condizioni dei pazienti e di conseguenza al cambiamento delle priorità per fornire un'assistenza tempestiva ed efficace (2).

L'Infermiere deve monitorare frequentemente l'area di triage anche mentre svolge un'intervista ad un paziente o rileva parametri oggettivi. L'infermiere deve essere in grado di captare ogni tipo di problema in qualunque paziente acceda al Pronto Soccorso.

Un compito importante della sua attività concerne nella capacità di far percepire al paziente che è stato "preso in carico" da parte della struttura sanitaria e dall'equipe del pronto soccorso stesso, dal momento della prima accoglienza.

3.1.1. Competenze dell'infermiere nella valutazione “sulla porta”

La *valutazione “sulla porta”* è il primo punto del processo di triage dove l'infermiere ha il compito di sfoderare tutte le competenze tipiche della professione. Competenze derivanti dalla:

- *formazione di base*: il D.M. 14 settembre 1994, n. 739 sull'individuazione del profilo professionale dell'infermiere enuncia che: *“l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante [...]”*. Attualmente il diploma universitario abilitante è quello ottenuto mediante il Corso di Laurea in Infermieristica. Nel piano di studi dello stesso corso è prevista l'acquisizione di molti Crediti Formativi Universitari (D.M. 3 novembre 1999 n. 509 sull'autonomia didattica degli atenei) riguardanti l'area critica. Richiede il superamento di discipline di area critica come Medicina d'Urgenza, Chirurgia d'Urgenza, Anestesiologia ed Infermieristica in Area Critica. Apposite Attività Formative Professionalizzanti come il tirocinio clinico sono finalizzate acquisizioni tecniche-relazionali per essere in grado di gestire anche situazioni critiche che si possono avere durante le operazioni di triage sulla porta. Importanti sono le conoscenze acquisite in altri Corsi Integrati previsti dal D.M. 2 aprile 2001 sulla numerazione e denominazione delle Classi di Laurea: in materia di psicologia clinica e scienze umane, ginecologia ed ostetricia; scienze infermieristiche pediatriche; farmacologia, medicina del lavoro.
- *formazione post-base/continua*: l'istituzione dell' E.C.M. (Educazione Continua in Medicina – D.lgs 19 giugno 1999 n. 229) ha fatto da propulsore per la realizzazione di numerosi corsi di aggiornamento. Per quanto riguarda il Triage intra-ospedaliero, ogni anno si svolgono moltissimi corsi come “Corso di formazione per Infermieri Triagisti in Pronto Soccorso: comunicazione-comportamento relazione con il pubblico”. Inoltre esistono anche Master in area critica.

- *Requisiti*: l’infermiere che svolge la valutazione “sulla porta” deve essere in grado di valutare velocemente le condizioni del paziente e decidere se è necessario intervenire subito. Capacità comunicative, relazionali e tecniche sono fondamentali. Chi effettua la valutazione “sulla porta” deve mantenere sempre e comunque un atteggiamento calmo e rassicurante, deciso e in grado di raccogliere la fiducia della persona assistita. Deve altresì disporre degli strumenti e della struttura capace di garantire la privacy del paziente sottoposto a questa prima valutazione.
- *peculiarità della professione*: essendo state abrogate le norme mansionali (Legge 26 febbraio 1999 n. 42 *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*), il profilo professionale diventa il principale punto di riferimento normativo dell’esercizio professionale. Leggiamo testualmente il terzo comma dell’art. 1 del D.M. 14 settembre 1994 n. 739: “*L’infermiere*:
 - a) *Partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
 - b) *Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*
 - c) *Pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico.*
 Concentreremo la nostra attenzione sul punto a). Il verbo “partecipa” indica che l’infermiere attua insieme ad altri. Con il contributo di altri, ma può anche essere inteso come individuazione in momenti cronologici diversi. Il malato viene prima visto dall’infermiere che lo seleziona in base al codice gravità e poi dal medico che provvede alla visita, alla diagnosi e all’eventuale trattamento terapeutico. E’ una tipica azione che la più aggiornata manualistica infermieristica denomina come *azione collaborativi* dell’infermiere. Il comma b) invece, da un lato attribuisce maggior autonomia agli infermieri, ma limita il punto alla sola identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, bisogni

certamente non prioritari in un Pronto Soccorso. Non essendo l'attività di identificazione dei bisogni un'attività di valutazione, attività fondante di ogni processo di identificazione dei bisogni.

3.2. La raccolta dati

La raccolta dati comprende la *valutazione soggettiva* e la *valutazione oggettiva*.

La **valutazione soggettiva** viene effettuata mediante *intervista*: l'infermiere di triage interroga il paziente, gli eventuali familiari o accompagnatori e/o il personale del soccorso extraospedaliero al fine di determinare gli elementi utili all'inquadramento rapido del paziente stesso:

- *sintomo principale*;
- *evento principale*;
- *valutazione del dolore*;
- *sintomi associati*;
- *anamnesi remota*.

Sintomo principale

E' il problema dominante (spesso risulta essere l'unico) che ha spinto il paziente a rivolgersi in Pronto Soccorso. Si tratta di una breve dichiarazione che descrive il motivo per cui è richiesta una visita d'urgenza. L'infermiere triagista infatti porrà di norma alcune domande utili come:

- Qual è il problema che l'ha spinto a venire in Pronto Soccorso?
- Come è successo?
- Cosa le è accaduto?
- Cosa si sente adesso?

Si eviteranno domande che cominciano con "Perché...?": sono facilmente mal interpretate e possono sembrare accusatorie. Quelle iniziali saranno *domande aperte* in modo tale da permettere al paziente di descrivere i propri sintomi,

anche quando si vuole ottenere un'informazione precisa. L'infermiere triagista guiderà il paziente verso il suo obiettivo specifico quando diviene necessario ottenere una particolare informazione. Queste informazioni possono essere ricavate direttamente dal paziente, ma qualora egli sia impossibilitato a comunicare, sarà utile rivolgersi ai familiari o a chi lo ha accompagnato. Di fatto il problema di salute dominante può essere immediatamente rilevato dall'infermiere (sanguinamento, edema polmonare acuto) o facilmente descritto dal paziente (emicrania, una distorsione, la presenza di un corpo estraneo in un occhio). Può a volte essere molto difficile da individuare per l'operatore e da descrivere per il paziente. La definizione del problema è di fondamentale importanza in quanto consente di mirare il problema il seguito dell'intervista e la successiva valutazione oggettiva in ambito più specifico. L'infermiere deve adoperarsi per investigare. Durante la valutazione è molto importante che mantenga la mente aperta a tutte le possibilità raccogliendo il maggior numero di dati possibile. Bisogna ricordare che spesso durante la raccolta dati possono giungere delle informazioni estranee... ma ciò che può sembrare estraneo inizialmente può anche rivelarsi fondamentali in una fase successiva.

Evento presente

Quali sono le informazioni soggettive da raccogliere?

- circostanza dell'evento, tempi di insorgenza dei sintomi;
- localizzazione del problema dominante;
- meccanica del trauma;
- dinamica dell'evento;
- progressione dei sintomi dall'insorgenza all'arrivo in ospedale;
- trattamento effettuato prima di arrivare in Pronto Soccorso.

Infatti c'è da precisare che non sempre il malore è stato creato dal trauma, può essere vero il contrario.

Valutazione del dolore

La ragione più comune di entrata in Pronto Soccorso è l'insorgenza/persistenza di un sintomo doloroso. Compito dell'infermiere indagare sul sintomo dolore in ogni sua forma e localizzazione. Per ottenere questo scopo è possibile utilizzare l'acronimo P-Q-R-S-T che suggerisce un metodo sistematico per una valutazione veloce del dolore:

- P – *provocato/alleviato* (cosa ha scatenato il dolore? Cosa lo fa migliorare o peggiorare?);
- Q – *qualità* (che tipo di dolore è? Cosa si prova?);
- R – *irradiazione/regione interessata* (mi indica la zona in cui ha dolore? Si sente in qualche altra parte?);
- S – *gravità* (quanto è intenso il dolore? In un scala da 0=assenza di dolore a 10=peggiore dolore possibile, il suo dolore dove lo colloca?);
- T – *tempo* (quando è cominciato il dolore? com'è: costante o intermittente?).

Gli elementi rilevati con la valutazione del dolore contribuiscono enormemente alla decisione di triage. E' necessario ricordare che il dolore è un'esperienza soggettiva: i bambini, per esempio possono avere nei confronti del dolore un'idea e un linguaggio completamente differenti rispetto agli adulti. Pazienti affetti da neuropatie o da alterazioni dello stato di coscienza, possono presentare una maggiore tolleranza o una diminuita percezione del dolore. E' assolutamente necessario far capire ai pazienti che l'infermiere si interessa alle loro condizioni, al fine di ottenere la completa collaborazione. Il riconoscimento del dolore attraverso la valutazione è uno dei primi mattoni della costruzione di una relazione di fiducia fra il paziente e lo staff del Pronto Soccorso.

Sintomi associati

Il passaggio successivo alla rilevazione del sintomo principale e della valutazione del dolore è quello di indagare sulla presenza di altri segni che

possono essere correlati alle condizioni del paziente, ma che quest'ultimo non ha spontaneamente descritto. E' indispensabile che l'infermiere individui anche quei sintomi che il paziente considera minori, ma che possono risultare fondamentali nella decisione di triage.

Anamnesi remota

La raccolta di informazioni sulla storia medica passata del paziente è molto importante perché può aiutare nella migliore definizione del sintomo principale e influenzare significativamente l'assegnazione del codice di gravità. Appositamente creata è la scala mnemonica T-E-S-T-A per raccogliere le informazioni essenziali:

- T – *tetano/ciclo*: data dell'ultima vaccinazione antitetanica/ultima mestruazione;
- E – *eventi*: eventi e circostanze che hanno condotto alla malattia o al trauma;
- S – *storia*: storia medica e chirurgica passata/gravidanze;
- T – *terapie*: farmaci assunti a domicilio;
- A – *allergie*: allergie a farmaci, cibi/piante.

Le fondamenta del presente sono nel passato. Spesso il problema del paziente ha radici lontane. Le terapie eseguite, la storia medica o chirurgica, le gravidanze, gli stili e comportamenti avuti durante la giovinezza frequentemente contribuiscono in modo determinante alla decisione di triage.

La **valutazione oggettiva** è costituita dall'*esame fisico* e dalla *documentazione*. Si rileveranno i *dati osservabili* (come appare il paziente), i *dati misurati* (parametri vitali) e i *dati ricercati* (esame localizzato). L'infermiere triagista ha il compito di valutare e assegnare un codice di gravità a ogni paziente in un tempo molto limitato. A tal fine occorre ricordare alcuni principi generali: a) visualizzare sempre l'area corporea interessata dal sintomo principale; b) se si ha un dubbio, verificare; c) il valore riscontrato rientra nella sua normalità?

(es.: 90/50 mmHg di P.A.); d) agire passando dalla valutazione meno invasiva e quella più invasiva. Va tenuto presente che il paziente potrebbe essere in pericolo di vita, pertanto non bisogna compiere valutazioni azzardate né accontentarsi di formulare ipotesi. Se necessario è consigliabile rivolgersi ad un collega o ad un medico. La raccolta dati della valutazione oggettiva deve partire prima dal distretto corporeo in cui si presenta il sintomo principale e poi estendersi alle altre parti del corpo.

Esame fisico mirato

L'esame fisico può essere effettuato mediante l'utilizzo di una scala mnemonica alfabetica:

- A – vie aeree
- B – respiro
- C – circolo
- D – deficit neurologici
- E – esposizione
- F – febbre
- G – parametri vitali

Mentre la valutazione “sulla porta” è principalmente visiva, l'esame fisico è più accurato e richiede la ricerca di segni specifici.

Al termine del processo di valutazione viene confermato o smentito il sintomo principale utilizzato. L'iniziale definizione del problema può essere basata su elementi certi, ma può anche essere basata su ipotesi o su informazioni date dal paziente o dai familiari/accompagnatori, che devono essere verificate. Qualora il sintomo principale inizialmente ipotizzato o individuato dovesse trovare conferma al termine della raccolta dati, si procede all'assegnazione del *codice di gravità*. Il codice di gravità è il risultato della decisione di triage. Se invece i dati raccolti dovessero portare alla smentita, anche parziale del sintomo principale, si procede, prima all'assegnazione del *codice gravità*, alla nuova definizione di problema principale.

3.2.1. Competenze dell'infermiere nella raccolta dati

La valutazione soggettiva nella raccolta dati vede l'infermiere triagista come protagonista di un processo, quello di triage, che è il punto cardine di tutta l'organizzazione di un'unità operativa di Pronto Soccorso. La formazione di base, come ampiamente commentato nel capitolo 3.2.1., l'Educazione Continua in Medicina nell'ultimo decennio si sono orientate repentinamente nel tentativo di formare personale qualificato per lo svolgimento di questa fase del triage. All'infermiere che effettua una valutazione soggettiva è richiesto un bagaglio di *conoscenze relazionali* estremamente grande. Solo un professionista opportunamente formato e "addestrato" può essere in grado di esplorare il vissuto della persona in modo da rilevare in così poco tempo il problema e ad organizzare le risorse per la sua risoluzione. Un infermiere che svolge una valutazione soggettiva dunque, dovrà avere *un'ottima preparazione professionale*, necessaria per stabilire, nei pochi minuti a disposizione il grado di criticità dello stato del paziente. Bisogna inoltre precisare che l'utenza che si rivolge al Pronto Soccorso è di qualsiasi estrazione sociale. E' per questo motivo che un buon infermiere triagista dovrà avere elevate *capacità comunicative* in grado di calibrare la difficoltà della conversazione in base al paziente che si troverà davanti.

Il "Modello delle Prestazioni Infermieristiche", di M. Cantarelli si focalizza su colui che riceve l'assistenza infermieristica. In questa teoria si parte dall'assunto che l'individuo ha per sua natura dei bisogni che lui stesso è in grado di soddisfare con l'originalità che ogni uomo riesce ad applicare (autonomia). Durante le fasi della vita, o in determinate condizioni (che spingono la persona stessa a rivolgersi in un Pronto Soccorso) la persona non ha più questa capacità totale di soddisfacimento per cui necessita del supporto di altri. Questo supporto è necessario per ogni aspetto della vita (socio-culturale, biologico, psicologico) (4). La risposta che scaturisce dal bisogno di aiuto viene denominata "azione di assistenza" che può sopraggiungere inizialmente nella dimensione sociale e nella competenza culturale da diverse

persone. Quando i bisogni non sono soddisfatti dalla competenza culturale, per cui diventano bisogni specifici di assistenza infermieristica cioè la necessità, l'esigenza da parte dell'uomo-persona di ricevere assistenza infermieristica qualora si verificano particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedano. "Il bisogno specifico di assistenza infermieristica può essere soddisfatto unicamente dal professionista infermiere" (2). Ogni bisogno specifico di assistenza infermieristica è composto da una componente biologica-fisiologica, socio-culturale e psicologica. La prima componente rappresenta ciò che può essere oggettivo, le restanti componenti determinano la domanda di assistenza infermieristica. L'infermiere risponde al bisogno specifico di assistenza infermieristica con una prestazione cioè un risultato che deriva da un complesso di azioni fra loro coordinate. I bisogni di assistenza infermieristica identificati in questo modello concettuale sono:

- 1) Bisogno di Assistenza Infermieristica di respirare;
- 2) Bisogno di Assistenza Infermieristica di alimentarsi e idratarsi;
- 3) Bisogno di Assistenza Infermieristica di eliminazione urinaria e intestinale;
- 4) Bisogno di Assistenza Infermieristica di igiene;
- 5) Bisogno di Assistenza Infermieristica di movimento;
- 6) Bisogno di Assistenza Infermieristica di riposo e sonno;
- 7) Bisogno di Assistenza Infermieristica di mantenere la funzione cardio-circolatoria;
- 8) Bisogno di Assistenza Infermieristica di ambiente sicuro;
- 9) Bisogno di Assistenza Infermieristica di interazione alla comunicazione;
- 10) Bisogno di Assistenza Infermieristica di procedure diagnostiche;
- 11) Bisogno di Assistenza Infermieristica di procedure terapeutiche.

Mentre sino al nono bisogno le prestazioni infermieristiche si identificano con il verbo "assicurare" (in cui l'autonomia dell'infermiere è completa), il decimo si esplica con il verbo "applicare" e l'undicesimo con il verbo "eseguire" (in cui l'autonomia dell'infermiere è limitata). Ogni *prestazione* è

costituita da più azioni, ogni *azione* è costituita da più *atti*, suddivisi in questo modello concettuale in *atti specifici* e *atti di supporto*.

Lo stesso “Modello delle Prestazioni Infermieristiche” si fonda sui quattro concetti della Disciplina Infermieristica (adattati al medesimo modello concettuale) che sono:

- *Uomo/persona*: il concetto di persona avviene tramite le elaborazioni della *teoria dei sistemi*, secondo la quale l’uomo ha in sé diversi sottosistemi in continua relazione fra loro, generanti un sistema globale che dà un valore maggiore rispetto alla somma delle singole parti. La persona viene definita *sistema aperto*, cioè in continuo scambio di energia, informazioni e materia con l’ambiente. L’individuo è portatore di molteplici bisogni, con diverse sfaccettature peculiari, e quindi carico della sua unicità.
- *Ambiente/società*: un sistema aperto capace di influenzare il soddisfacimento dei bisogni della persona. “L’ambiente-natura è visto come un luogo più o meno circoscritto in cui si svolge la vita dell’uomo, con i suoi aspetti, le sue risorse, i suoi equilibri, considerato sia in se stesso, sia nella trasformazione operata dall’uomo e nei equilibri che ne sono risultati” (3).
- *Salute/malattia*: il concetto di salute viene identificato con la misura della capacità dell’uomo di soddisfare i propri bisogni e di adattarsi all’ambiente che esercita la sua azione. E’ un *concetto dinamico e mutevole* in base al tempo, alla cultura e alla società.
- *Assistenza infermieristica*: viene definita come un *comportamento osservabile* che si espleta mediante la *prestazione*: un complesso di azioni fra loro coordinate, al fine di soddisfare un bisogno specifico di assistenza infermieristica presente in una persona. La risposta al bisogno specifico di assistenza infermieristica delle persone è l’obiettivo che si vuole raggiungere (3).

Il Processo di Assistenza Infermieristica orientato al “Modello delle Prestazioni Infermieristiche”, si compone di cinque fasi collegate fra loro da un rapporto circolare:

- *raccolta e classificazione dei dati;*
- *identificazione dei Bisogni di Assistenza Infermieristica;*
- *formulazione degli obiettivi;*
- *scelta e attuazione delle azioni infermieristiche;*
- *valutazione.*

La raccolta dati costituisce la parte iniziale del Processo di Assistenza Infermieristica ed è finalizzata ad ottenere informazioni relative all'uomo, alla sua salute, all'ambiente, all'assistenza e al grado di autonomia della persona ne soddisfacimento del bisogno al fine di poter pianificare azioni infermieristiche con finalità di *indirizzo, guida, sostegno, compensazione e sostituzione.*

Tutte le cinque fasi del Processo di Assistenza Infermieristica sono di fondamentale importanza per l'infermiere che effettua operazioni di triage, ma una buona e repentina raccolta dati iniziale (causa le limitazioni date dalla mancanza di tempo e risorse) incide direttamente sulla qualità delle operazioni del triage stesso.

3.3. Decisione di triage

Il frutto della decisione di triage è l'assegnazione del *codice di gravità* ed è il culmine di un processo molto complesso basato sulla valutazione delle condizioni presenti del paziente, sulla possibilità di complicanze entro breve e medio termine e sulla disponibilità di risorse. La decisione di triage non è soltanto quella presa al termine di valutazione, ma può essere variata dall'infermiere in qualunque momento (sia durante l'attesa se vi sono variazioni significative nelle condizioni del paziente che al momento della rivalutazione). In qualunque momento della valutazione l'infermiere può sospendere tutto e decidere che il paziente necessita di cure immediate e trasferito nell'area di trattamento. E' fondamentale identificare il codice di

gravità di un paziente e comunicare ogni importante particolarità relativa alla decisione. E' estremamente importante che il paziente sia allocato nel giusto posto, per il giusto motivo, nel giusto tempo e con la giusta assistenza. La realtà si compone di un insieme di azioni molto complesse, per esempio trasferire un paziente in codice rosso nell'area di trattamento, valutare contemporaneamente più pazienti con dolore toracico, comunicare agli altri membri dell'equipe le azioni intraprese o da intraprendere.

L'ordine di accesso viene definito per mezzo di quattro *codici di gravità* che si basano su:

- segni clinici rilevabili all'esame visivo immediato (valutazione “sulla porta”);
- sintomo principale, evento presente, tipologia del dolore, sintomi associati, storia medica passata (valutazione soggettiva);
- esame fisico mirato (guarda, ascolta, tocca) e rilievo dei parametri vitali (valutazione oggettiva).

Tra le diverse tipologie di definizioni di codici di gravità si è scelto di adottare i *codici colore* (o semaforici) perché risultano essere più pratici, immediati, visivamente efficaci e meglio comprensibili agli utenti.

Codice rosso

Paziente con pericolo di vita, ovvero che ha compromessa una delle tre grandi funzioni vitali (respiro, circolo, coscienza). Esempi di codice rosso: A.C.C. (arresto cardio-circolatorio), arresto respiratorio, perdita di coscienza post-trauma, ferite penetranti al torace-torace-collo-addome, politrauma., insufficienza respiratoria acuta, amputazione di un arto, emorragie in atto, fratture esposte plurime.

Per pazienti *codice rosso* l'accesso alle area di trattamento è immediato e non vi è tempo di attesa.

Codice giallo

Questo codice viene attribuito ai pazienti in potenziale pericolo di vita, cioè in pazienti in cui vi è la minaccia di cedimento di una funzione vitale. Esempi di

codice giallo: dolore toracico di sospetta natura coronarica, dispnea, importante dolore addominale, frattura esposta di un arto senza sanguinamenti che alterano i parametri vitali, estese ferite lacero contuse, melena in atto, emoftoe in atto, epistassi massiva in atto, febbre associata a segni meningei. L'accesso alle aree di trattamento è immediato compatibilmente ad altre emergenze in atto (tempo di attesa minore di 10 minuti). Per pazienti con l'attribuzione del codice giallo è necessaria una rivalutazione ogni 5-15 minuti.

Codice verde

Questo codice viene assegnato ai pazienti che necessitano di una prestazione medica differibile, cioè a quei pazienti che non presentano compromissione dei parametri vitali, con coscienza integra e per i quali è estremamente improbabile un peggioramento clinico. Esempi di codice verde: traumatismi di uno o più arti in assenza di fratture esposte e/o di ematomi diffusi, traumatismi di cranio/torace/addome senza altri sintomi, febbre inferiore ai 39 °C, epistassi modeste. L'accesso alle aree di trattamento avviene dopo i codici rossi e gialli. Il paziente va rivalutato ogni 30/60 minuti(2).

Codice bianco

Codice attribuito a pazienti che richiedono prestazioni sanitarie che non sottendono alcuna urgenza o emergenza e per le quali sono normalmente previsti percorsi alternativi extra-ospedalieri (medico di base, ambulatori specialistici, consultori...). Esempi di codice bianco: dolori articolari, congiuntiviti, otalgie, odontalgia, dispepsia, dermatiti croniche, calo ponderale. L'accesso per questi pazienti avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi. Anche per i pazienti a cui si è attribuito un codice bianco deve essere fatta la rivalutazione (2).

3.3.1. Competenze dell'infermiere nella valutazione di triage

L'attribuzione di un codice di gravità si fonda sui principi cardine del *processo decisionale* all'interno del Processo di Assistenza Infermieristica. Una volta rilevato il problema dominante si arriva alla scelta del comportamento

(processo decisionale) per poi raggiungere l'obiettivo finale. Questo processo è suddiviso in diverse fasi:

- individuazione e definizione del problema;
- analisi del problema;
- ricerca ed esame delle soluzioni alternative;
- scelta della migliore soluzione;
- traduzione in atto della soluzione prescelta;
- controllo dei risultati.

Il *Processo di Assistenza Infermieristica* trae la sua origine dall'applicazione disciplinare infermieristica dei principi del metodo sperimentale del *problem solving*.

La *decisione* si può definire come l'atto in cui si concreta praticamente il processo razionale compiuto in permanenza dall'individuo che tende al raggiungimento di certi obiettivi partendo da certi dati.

Nella fase di *decisione di triage* l'infermiere si trova a valutare i dati finora raccolti (nella valutazione "sulla porta", nella raccolta dati) per attuare mediante appunto il processo decisionale. Nel Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 viene enunciato che "*L'infermiere [comma 3] identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi*". La formulazione dei relativi obiettivi deve essere idonea a risolvere il bisogno assistenziale sino alla pianificazione dell'attività analizzata e ai risultati, indicando pure le procedure o i protocolli assistenziali. Infine, all'art. 2 comma 7 enuncia "*L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità professionale*"(5).

3.4. La rivalutazione

La rivalutazione è un momento fondamentale del processo di triage perché dopo la decisione di triage la maggior parte dei pazienti viene indirizzata alla sala d'attesa, dove i tempi di attesa possono essere lunghi. Lo scopo della

rivalutazione è quello di evitare aggravamenti durante l'attesa. I pazienti devono essere rivalutati a intervalli predefiniti che differiscono in base al codice di gravità assegnato. E' necessario valutare se si sono verificati, per ogni sintomo significativo, cambiamenti tali da modificare il codice di gravità. Si può affermare che l'infermiere deve fare triage anche su se stesso razionalizzando i propri tempi e la propria attenzione nei confronti di tutti i pazienti che si trova a dover assistere. Bisogna ricordare che le condizioni dei pazienti possono mutare *in peggio o in meglio*. Il processo di rivalutazione è essenziale per mantenere un adeguato codice di gravità ai pazienti che sono in attesa.

3.4.1. Competenze dell'infermiere nella rivalutazione

Come per la fase di *decisione di triage* le competenze infermieristiche si riconducono al processo decisionale e al processo proprio della professione che è quello di assistenza infermieristica. La rivalutazione è un "momento" (ripetuto costantemente durante l'attesa) di considerazione complessiva. La valutazione può essere finale o intermedia. Bisogna ricordare che per il Processo di Assistenza Infermieristica la valutazione serve per constatare se gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti. Per il processo di triage invece, la rivalutazione serve per vedere se le condizioni del paziente sono mutate e per intervenire nel caso in cui il paziente stesso si aggravi. Il Patto Infermiere Cittadino inoltre dice "*Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a STARTI VICINO quando soffri e quando hai paura [...]*" oltre a "*DARTI RISPOSTE chiare e comprensibili o indirizzarti alle persone e agli organi competenti*" e a "*FORNIRTI INFORMAZIONI utili a rendere più agevole il tuo contatto con l'insieme dei servizi sanitari*" ed infine a "*GARANTIRTI competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali*".

CONCLUSIONI

L'infermiere chiamato a svolgere operazioni di triage deve possedere determinati requisiti: alcuni si acquisiscono durante il periodo di addestramento, altri fanno parte della singola persona, altri ancora si svilupperanno con il tempo, grazie all'esperienza.

Tali requisiti sono:

- essere in possesso della laurea per infermiere o del diploma abilitante;
- avere almeno sei mesi di esperienza di lavoro in pronto soccorso;
- avere l'attestato di partecipazione a Corsi di BLS (Basic Life Support) adulto e pediatrico;
- avere una buona conoscenza delle procedure e del sistema organizzativo del servizio di triage;
- avere una discreta conoscenza del sistema operativo e del software in uso presso l'unità operativa di pronto soccorso;
- avere frequentato corsi sulle tecniche relazionali;
- conoscenza delle tecniche di triage;
- (sarebbe auspicabile una buona conoscenza della lingua inglese);
- avere una buona preparazione professionale;
- avere controllo della propria emotività in situazioni quali: l'evento luttuoso, il paziente agitato, che rappresentano soltanto alcune delle situazioni che si possono presentare, (spesso tutte contemporaneamente), mettendo a dura prova l'equilibrio psichico e soprattutto la concentrazione dell'operatore,

Da quanto sinora esposto, si deduce come l'infermiere di triage goda di maggiore autonomia decisionale e quindi riceva maggiori gratificazioni dal proprio operato rispetto ai colleghi che lavorano in altre unità operative. In effetti alcune delle azioni svolte dall'infermiere di triage possono essere svolte anche in assenza del medico, mentre per altre occorre una precisa indicazione medica. L'adozione di protocolli e linee guida, adatti alle esigenze della realtà

in cui si opera, consente all'infermiere di svolgere la propria attività con maggiore autonomia ma anche con tranquillità, perché più tutelato da un punto di vista medico-legale.

L'elaborato si prefigge di valutare se effettivamente l'infermiere è il professionista sanitario competente per svolgere le operazioni di triage. Dopo un attento approfondimento delle singole fasi del processo di triage si ha provveduto all'analisi di ogni singola fase per farne emergere le peculiari competenze, i requisiti e le abilità proprie del professionista infermiere.

Da questa analisi è emerso che le competenze relazionali e tecniche, la formazione di base e post-base, le abilità nel controllo dello stato emotivo tipiche della professione fanno sì che l'infermiere sia la figura professionale più idonea ad effettuare operazioni di triage (sia in ambito intra-ospedaliero che in ambito extra-ospedaliero). Importanza rilevante è l'analisi delle fasi del processo di triage rispetto al Processo di Assistenza Infermieristica, che porta alla positiva risposta alla domanda: *“L'infermiere è la figura professionale competente per effettuare il triage in ambito intra-ospedaliero?”*

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

- (1) Brunner S. (2001) *Nursing Medico-Chirurgico*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- (2) G.F.T. Gruppo Formazione Triage (2000) *Triage infermieristico*. Milano: McGraw -Hill.
- (3) Cantarelli M. (2002) *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Milano: Masson.
- (4) Fabbri C. (2004) *L'infermiere. Manuale teorico-pratico di infermieristica*. Repubblica di San Marino: Maggioli Editore.
- (5) Federazione Nazionale I.P.A.S.V.I. (1999) *Il Codice Deontologico degli infermieri*. Roma.

BIBLIOGRAFIA

- A.A.V.V. (1994) *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*. Firenze: Rosini Editrice.
- A.A.V.V. (2001) *Infermieristica generale e organizzazione della professione. Deontologia infermieristica, legislazione professionale e competenze specialistiche*. Milano: Masson.
- A.A.V.V. (1995) *Soccorso in azione*. Milano: McGraw-Hill.
- A.A.V.V. (2000) *Tecniche infermieristiche*. Milano: Masson.
- Agrò F. e A.A.V.V. (2000) *Urgenze ed emergenze medico-chirurgiche*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- Benci L. (2002) *Le professioni sanitarie (non mediche). Aspetti giuridici, deontologici e medico-legali*. Milano: McGraw-Hill.
- Bressan M.A. *Organizzazione del Triage in Pronto Soccorso*. Pavia: IRCCS Policlinico San Matteo.
- Brunner S. (2001) *Nursing Medico-Chirurgico*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Cantarelli M. (2002) *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Milano: Masson.
- Chiaranda M. (1999) *Guida illustrata delle emergenze*. Padova: Piccin.
- Chiodo E. (1998) *Emergenza sanitaria: responsabilità e competenze*. Pistoia: Nanni Editore.
- Costa M. (1997) *Il triage*. Milano: McGraw-Hill.
- G.F.T. Gruppo Formazione Triage (2000) *Triage infermieristico*. Milano: McGraw -Hill.
- Fabbri C. (2004) *L'infermiere. Manuale teorico-pratico di infermieristica*. Repubblica di San Marino: Maggioli Editore.
- Federazione Nazionale I.P.A.S.V.I. (1996) *Il Patto Infermiere-Cittadino*. Roma.

- Federazione Nazionale I.P.A.S.V.I. (1999) *Il Codice Deontologico degli infermieri*. Roma.
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana: Roma.
- Ministero della Sanità (1996) *Linee guida “Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992”*. Roma.
- Ministero della Sanità. Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739. *Regolamento concernente l’individuazione della figura e del profilo professionale dell’infermiere*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 09.01.95, n. 6. Roma.
- Magnanini R. (2000) *Linee guida per una corretta realizzazione del triage infermieristico in un D.E.A. di II livello*. Disponibile da: http://www.eurom.it/medicina/e/e14_3_33.html [consultato il 3 giugno 2004 alle ore 19.56]
- Ministero dell’Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica. Decreto Ministeriale 3 novembre 1999, n. 509. *Regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei (1/circ)*. Roma.
- Ministero dell’Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (2001) *Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie*. Roma.
- Norelli G.A. (1999) *Aspetti medico legali del triage infermieristico in pronto soccorso*, Rivista di diritto delle professioni sanitarie, n. 4. (pp. 291-298). Disponibile da: <http://www.nursesarea.it/invito/invito43.htm> [consultato il 7 luglio 2004 alle ore 21.07].
- Raffinato F. (2002) *Soccorso preospedaliero*. Torino: Centro Scientifico Editore.