



II FOCUS DI PEDIATRIA
INCONTRI MONOTEMATICI MENSILI
"La gestione della prima emergenza" con PBLIS-D

BENEVENTO 22 MARZO 2011

LA FORMAZIONE NEL TRIAGE PEDIATRICO

DOTT. BATTISTA GUIDI

Dipartimento Materno – Infantile Azienda USL di Modena

Coordinatore Commissione Nazionale Triage Pediatrico SIMEUP

LA FORMAZIONE NEL TRIAGE PEDIATRICO

OBIETTIVI

- Condividere le caratteristiche essenziali del triage pediatrico
- Riflettere su alcuni dati internazionali ed italiani rispetto al triage pediatrico ed alla sua diffusione
- Condividere il percorso formativo SIMEUP in riferimento al triage pediatrico



Trier = TRIAGE = Scegliere



Il termine triage utilizzato per la prima volta nel XVIII secolo, durante le guerre napoleoniche, è stato introdotto dal Chirurgo di guerra Jean Dominique Larey che organizzò i soccorsi ai soldati feriti, scegliendo di soccorrere per primi quelli che avevano subito lesioni minori e quindi più rapidamente “recuperabili” per la battaglia successiva.



TRIAGE PEDIATRICO

GLI OBIETTIVI PRIORITARI:

- **Identificazione** di situazioni a rischio (immediatamente o potenzialmente pericolose per la vita)
- **Assegnazione** di un codice-colore di priorità per ogni paziente che giunge al P.S. (priorità di accesso alla prestazione medica)



Quando e Come nasce il Triage

Pediatr Emerg Care. 2003 Aug;19(4):285-90.

Pediatric triage: a 2-tier, 5-level system in the United States.

O'Neill KA, Molczan K.

DuPont Hospital for Children, 1600 Rockland Road, Wilmington, DE 19083, USA. koneill@nemours.org

..... **Pediatric emergency department (ED) visits have escalated to over 12.5 million/y. One of the most critical and challenging areas is pediatric triage.** International healthcare systems in Canada and Australia have designed **national triage systems** to address the needs of patient acuity, improve patient safety, and enhance customer satisfaction. **The United States continues to have various triage systems that include 3-level, 4-level, and 5-level systems in a variety of ED settings.**

Pediatr Emerg Care. 2010 Aug;26(8):544-8.

Triage assessment in pediatric emergency departments: a national survey

Thompson T, Stanford K, Dick R, Graham J.

Department of Pediatrics, University of Arkansas for Medical Sciences College of Medicine, and Arkansas Children's Hospital, Little Rock, AR, USA.

Lo scopo dello studio è stato quello di esaminare le pratiche correnti di triage nei Dipartimenti di Emergenza negli Stati Uniti tramite questionario (99 DEAp).

Alla domanda su quali valutazioni venivano fatte sui pazienti al triage, tutti DEAp (100%) rilevavano la FC e la FR, 92% misurava la TC, 60% misurava la PA, 41% misurava la SAT.O2, e 13% valutava GCS.

Metodi multipli erano usati per valutare il dolore: per bambini di 0 - 2 anni, 44% usava la Wong FACES Scale and 48% usava una scala comportamentale; da 2 a 4 anni, 80% usava la Wong FACES Scale. In quelli da 10 a 18 anni, 81% usava una scala numerica.

Pediatr Emerg Care. 2010 Aug;26(8):544-8.

Triage assessment in pediatric emergency departments: a national survey

Thompson T, Stanford K, Dick R, Graham J.

Department of Pediatrics, University of Arkansas for Medical Sciences College of Medicine, and Arkansas Children's Hospital, Little Rock, AR, USA.

CONCLUSIONI: Nonostante le importanti decisioni al triage fatte sulla base delle valutazioni, nei DEA pediatrici degli Stati Uniti, c'è una grande variabilità nella valutazione dei parametri e nella metodologia usata. Necessari altri studi.....



Quando e Come nasce il Triage in Italia

- **DPR 27 marzo 1992**
- **Accordo Stato - Regioni**
(linee Guida n° 1 G.U 17 maggio 1996)
- **Accordo Stato - Regioni**
(linee Guida n°285 G.U 7 dicembre 2001)

Linee Guida n°1 – 1996 “funzioni di Triage”

- all'interno di un DEA 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 la priorità di intervento.
- Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio.



Accordo Stato-Regioni

25 ottobre 2001 (linee guida GU
n°285) 7 dicembre 2001

La funzione di triage deve essere attivata in tutte le unità operative di Pronto Soccorso e Accettazione purchè correlata al numero degli accessi.



TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

- TRIAGE DI BANCONE
- TRIAGE INFORMATIZZATO
- TRIAGE GLOBALE
-



TRIAGE PEDIATRICO

Tempi del processo:

1. Valutazione alla porta
2. Raccolta dati
3. Assegnazione codice colore
(decisione di Triage)
4. Rivalutazione



I CODICI DI GRAVITA'

● **CODICE ROSSO:**

Viene assegnato ai pazienti più gravi con compromissione di almeno una funzione vitale (respiratoria, cardio-circolatoria, nervosa) e/o alterazione critica di uno o più parametri vitali. Il Pronto Soccorso riceve il paziente nella sala medica a maggiore tecnologia disponibile.

● **CODICE VERDE:**

Viene assegnato ai pazienti con funzioni e parametri vitali normali, ma con sintomatologia rilevante ad insorgenza acuta, che necessita di inquadramento. La rivalutazione va effettuata ogni 30 minuti.

● **CODICE GIALLO:**

Viene assegnato ai pazienti con sintomi e/o lesioni gravi, per i quali può essere presente una alterazione ma non ancora una compromissione di una delle funzioni vitali; non c'è un'alterazione critica dei parametri vitali. Il personale del Pronto Soccorso si appresta a ridurre al minimo il tempo di attesa. La rivalutazione va effettuata ogni 5 minuti.

● **CODICE BIANCO:**

Viene assegnato ai pazienti con funzioni e parametri vitali normali, con sintomatologia non rilevante e ad insorgenza non acuta, che potrebbe essere valutata in percorsi alternativi.

Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2009; 17: 38.

Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care

Mirjam van Veen¹ and Henriette A Moll¹

¹Department of Paediatrics, Erasmus MC-Sophia Children's Hospital, University Medical Center Rotterdam, PO Box 2060, 3000 CB Rotterdam, The Netherlands

In questo lavoro, viene proposta una review dei sistemi di triage, utilizzati in pediatria, ed ha impiegato come fonti PubMed e Cochrane

Triage in paediatric emergency care is an important tool to prioritize seriously ill children. Triage can also be used to identify patients who do not need urgent care and who can safely wait.

Il Triage è generalmente svolto da un infermiere che deve essere specificatamente preparata allo svolgimento di questo ruolo, poiché le sue decisioni sono in grado di condizionare tutta l'attività lavorativa del pronto soccorso.

Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2009; 17: 38.

Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care

Mirjam van Veen¹ and Henriette A Moll¹

¹Department of Paediatrics, Erasmus MC-Sophia Children's Hospital, University Medical Center Rotterdam, PO Box 2060, 3000 CB Rotterdam, The Netherlands

Triage systems are developed by expert opinion, the lowest level of evidence, and are mainly based on the adult population visiting the ED.

I sistemi di triage analizzati che hanno una specifica sezione dedicata alla pediatria sono:

- Il “Manchester Triage System” (MST) (1997 UK)
- l’ ”Emergency Severity Index” (ESI) (USA)
- il “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS) (1995)
- l’ ”Australasian Triage Scale” (ATS). (1995)

Cinque Livelli di Criticità (1 – 5)

Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care

Mirjam van Veen¹ and Henriette A Moll¹

¹Department of Paediatrics, Erasmus MC-Sophia Children's Hospital, University Medical Center Rotterdam, PO Box 2060, 3000 CB Rotterdam, The Netherlands

Sono stati effettuati numerosi studi per determinare quale dei quattro sistemi di triage fosse il più accurato e valido, servendosi di numerosi parametri di valutazione tra cui: la durata della degenza, l'eventualità di un ricovero in terapia intensiva, il costo sanitario, e in alcuni casi anche il PRISM (Paediatric Risk of Mortality) normalmente utilizzato nelle terapie intensive pediatriche per la valutazione del livello di criticità.

Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2009; 17: 38.

Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care

Mirjam van Veen¹ and Henriette A Moll¹

¹Department of Paediatrics, Erasmus MC-Sophia Children's Hospital, University Medical Center Rotterdam, PO Box 2060, 3000 CB Rotterdam, The Netherlands

Dagli studi effettuati è emerso che sia l'MTS che il CTAS sono sistemi di triage molto validi nell'ambito della pratica clinica in DEAp. Per quanto riguarda la valutazione dell'accuratezza sembra che il sistema di triage più accurato sia l'MTS, seguito dall'ESI, dal CTAS ed infine dall'ATS.

Va detto però che non è semplice fare una **valutazione di qualità** dei suddetti sistemi e che sono necessari altri studi per stabilire definitivamente la validità e l'accuratezza dei sistemi di triage pediatrici, specialmente nella selezione dei pazienti che non necessitano di cure immediate e possono essere inviati al medico curante o ad uno specialista.

ACAD EMERG MED • December 2002, Vol. 9, No. 12 • www.aemj.org **1397**
Comparison of Triage Assessments among Pediatric Registered Nurses and Pediatric Emergency Physicians

Sylvie Bergeron, MD, Serge Gouin, MDCM, Benoit Bailey, MD,
Hema Patel, MD, MSc

Pediatrics. 2004 Aug;114(2):356-60.

Triage of the pediatric patient in the emergency department: are we all in agreement?

[Maldonado T](#), [Avner JR](#).

Division of Pediatric Emergency Medicine, Department of Pediatrics, Albert Einstein College of Medicine, Children's Hospital at Montefiore, Bronx, New York 10467, USA.

theresamaldo@hotmail.com

Pediatr Emerg Care. 2004 Aug;20(8):514-8.

Agreement among pediatric health care professionals with the pediatric Canadian triage and acuity scale guidelines.

[Bergeron S](#), [Gouin S](#), [Bailey B](#), [Amre DK](#), [Patel H](#).

Division of Emergency Medicine, Department of Paediatrics, Hôpital Ste-Justine, Université de Montréal, Montreal, Canada. liber@videotron.ca

TRIAGE PEDIATRICO: SITUAZIONE REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2008

B. Guidi; L. Orini

U.O. di Pediatria - Ospedale di Pavullo Nel Frignano – Ausl di Modena

Questionario inviato a 24 U.O. di Pediatria presenti sul territorio della nostra regione per rilevare gli aspetti organizzativi presenti nelle singole realtà. Hanno risposto 22 UU.OO. di Pediatria su 24.

E' stato rilevato come vi era disomogeneità di approccio nelle diverse realtà ospedaliere dell'Emilia Romagna rispetto alle situazioni di emergenza urgenza che possono interessare i soggetti in età pediatrica.

In particolare è da sottolineare come nel 50% dei Pronto Soccorso Generali (PSG) non esisteva una procedura di triage specifica per l'età pediatrica, anche se venivano utilizzati in un discreto numero di casi protocolli SIMEUP e vi era una discreta attività formativa nei riguardi degli operatori delle UU.OO. di Pediatria.

Adv Emerg Nurs J. 2009 Oct-Dec;31(4):337-53.

So much to learn, so little time: educational priorities for the future of emergency nursing.

Valdez AM.

REACH Air Medical Services, San Francisco Chapter ENA, Santa Rosa, CA 95401, USA. anna_valdez@reachair.com

Lo scopo di questo studio era quello di esaminare quali erano i bisogni formativi degli infermieri dell'urgenza ed individuare le priorità formative nel periodo 2008 - 2018.

Fra i temi classificati come a più alta priorità vi erano: le fondamentali competenze infermieristiche per l'emergenza, triage, cura del paziente pediatrico, trattamento e sicurezza del paziente, ecc.

Acad Emerg Med. 2007 Aug;14(8):722-6.

Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making? **Considine J, Botti M, Thomas S.**

School of Nursing, Deakin University, Burwood, Victoria, Australia.

julie.considine@deakin.edu.au

La conoscenza e l'esperienza dell'infermiere Triagista sono fattori che influenzano le decisioni in ambito di Triage.

Tutti gli articoli citati in questa review erano articoli che esaminavano la relazione fra le decisioni di triage e conoscenza e/o esperienza dell'infermiere triagista.

In conclusione gli Autori affermavano che i programmi di formazione in triage con l'acquisizione di conoscenze portano ad un miglioramento nelle decisioni di triage.

J Med Assoc Thai. 2010 Oct;93(10):1172-6.

Accuracy of pediatric triage at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand.

Kriengsoontornkij W, Homcheon B, Chomchai C, Neamsomboon W.

Division of Ambulatory Pediatric, Department of Pediatrics, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand. siwkr@yahoo.com

Il Siriraj Hospital è un grande ospedale in Bangkok, con 120,000 accessi di PS per anno, 20,000 dei quali sono accessi di pazienti pediatrici. Il Triage Pediatrico è stato introdotto dal 2001. Hanno confrontato la performance delle infermieri non pediatriche prima e dopo un corso – training in triage pediatrico. Il Corso effettuato nel 2006, consisteva in 5 ore di sessioni didattiche teoriche sui concetti del triage pediatrico e 4-5 ore di sessioni dove le infermieri effettuavano pratica di triage sotto la supervisione di una infermiera esperta in triage pediatrico.

Veniva somministrato un pre-test e un post-test.

J Med Assoc Thai. 2010 Oct;93(10):1172-6.

Accuracy of pediatric triage at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand.

Kriengsoontornkij W, Homcheon B, Chomchai C, Neamsomboon W.

Division of Ambulatory Pediatric, Department of Pediatrics, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand. siwkr@yahoo.com

Le infermieri hanno avuto tutte dei miglioramenti nel post test. Le infermieri con più di 5 anni di lavoro hanno presentato maggiori miglioramenti nei loro punteggi del post test rispetto al pre test (percent of improvement from pre-test: Group 1 mean = 8.56%, Group 2 = 34.69%, p-value = 0.005).

L'esperienza di lavoro è stata un importante fattore nella conoscenza e nella performance delle infermieri non pediatriche durante il training in triage pediatrico.



UN PO' DI STORIA ITALIANA:

Il Gruppo di lavoro sul Triage, dell'allora MUP, nasce nel 1998, sulla spinta dell'esigenza, di identificare un modello di valutazione infermieristica in Pronto Soccorso specifico per la fascia di età pediatrica in considerazione, soprattutto, di alcuni aspetti:

1. gli accessi pediatrici ai servizi di emergenza-urgenza in continuo aumento (circa 5 milioni /anno; incremento del 400% dal 1996).
2. la disomogeneità delle strutture preposte alla accoglienza delle urgenze pediatriche.
3. le peculiarità fisiopatologiche del bambino
- 4.. nuovi aspetti culturali dell'organizzazione del lavoro in PS con una maggiore interazione ed integrazione operativa tra gli operatori sanitari



UN PO' DI STORIA ITALIANA:

Il gruppo, a componente mista medico-infermieristica, si è avvalso della collaborazione del Gruppo di Formazione Triage (GFT) nazionale e ha lavorato per compendiare le indicazioni presenti in letteratura con l'esperienza maturata in tema di accoglienza e valutazione del bambino da parte dei centri pediatrici italiani a maggior numero di accessi (Ancona, Trieste, Genova, Padova, Milano).

Tali Centri hanno avuto un ruolo trainante nella formazione per il Triage Pediatrico.



UN PO' DI STORIA ITALIANA:

Il modello proposto in Italia per l'attribuzione della priorità alla visita medica (triage globale) ricalca sostanzialmente, negli obiettivi e nella valutazione pratica, quello più codificato e largamente sperimentato nei PS generali.

Contemporaneamente alla elaborazione del modello valutativo, sulla scorta dell'esperienza del GFT, è stato avviato un percorso formativo specifico che fosse in grado di supportare l'operatività del processo.



La formazione infatti costituisce lo strumento essenziale per lo sviluppo e la diffusione di processi organizzativi e modelli assistenziali, con l'intento di garantire aderenza a linee guida condivise, omogeneità di comportamento e attenzione alla qualità.



UN PO' DI STORIA ITALIANA:

A Bologna nel 1999 fu presentato il programma didattico per il triage pediatrico basato sui seguenti obiettivi:

- 1) promuovere in ambiente pediatrico una cultura della accoglienza e della organizzazione del lavoro nuova e più efficiente
- 2) rendere omogeneo il linguaggio tra operatori di area critica
- 3) far acquisire le competenze metodologiche per la attribuzione di un codice di priorità alla visita medica
- 4) diffondere conoscenze specifiche relative alle caratteristiche cliniche del paziente in età evolutiva
- 5) diffondere conoscenze specifiche di tipo relazionale



UN PO' DI STORIA ITALIANA:

l'anno successivo, in occasione del Convegno Nazionale MUP di Bologna (2000) fu tenuto il I° corso di Triage Pediatrico a carattere sperimentale articolato in 2 moduli (8 ore + 4 ore) rivolto a medici e infermieri di area critica che vide grossa partecipazione nazionale e un buon riscontro in termini di gradimento.



UN PO' DI STORIA ITALIANA:

Dal 2001 in poi la formazione in triage pediatrico è proseguita con un corso teorico-pratico della durata di 8 ore articolato in lezioni frontali ed esercitazioni pratiche con lavori di gruppo e discussione guidata.

Questa tipologia di corso, che i fruitori hanno ,per la maggior parte, dimostrato di gradire e di ritenere utile alla loro attività professionale, presenta una maggiore agilità e flessibilità e rispetta le indicazioni di semplificazione e necessità di aderenza alla realtà operativa.



UN PO' DI STORIA ITALIANA:

Nel 2004 in occasione del II° Congresso Nazionale SIMEUP, sono iniziati i lavori della Commissione Nazionale Triage Pediatrico che ha raccolto e proseguito l'attività precedente facendo tesoro della esperienza maturata.



UN PO' DI STORIA ITALIANA:

Gli interventi formativi sono stati richiesti, anche da realtà ospedaliere medio-piccole, dove la necessità di istituire il Triage pediatrico non è tanto legata al numero degli accessi quanto alla difficoltà di gestione del bambino se il pediatra non è immediatamente disponibile (sala parto, terapia intensiva neonatale, altro).

In questo tipo di contesto, peraltro grandemente rappresentato nella nostra realtà nazionale, il processo di triage, nei suoi aspetti di accoglienza e valutazione secondo uno schema preciso e concordato, contribuisce a garantire un buon percorso assistenziale del paziente.



UN PO' DI STORIA ITALIANA:

La Commissione triage pediatrico della SIMEUP fin dalla sua attivazione si è proposta, in ambito formativo, di raccogliere, rielaborare ed aggiornare il materiale didattico esistente, già discretamente sperimentato, con l'intento di fornire linee guida condivise per una più omogenea e capillare diffusione .



UN PO' DI STORIA ITALIANA:

Ritenendo inoltre che il compito della Commissione nell'ambito della società scientifica fosse soprattutto quello di fornire un supporto culturale specifico e di diffondere il più possibile il modello di triage globale pediatrico, è stato scelto di ampliare il numero dei formatori attraverso corsi mirati allo scopo, che si sono tenuti a Modena nel 2006, nel 2009 e nel 2010 .



UN PO' DI STORIA ITALIANA:

Il Corso Istruttori articolato su 2 giornate presenta una parte dedicata alle tecniche didattiche e una parte specifica con una valutazione della performance in itinere.

I partecipanti hanno espresso un elevato gradimento per l'iniziativa e al momento sono stati formati circa 70 istruttori di triage pediatrico accreditati SIMEUP e distribuiti su gran parte del territorio nazionale.



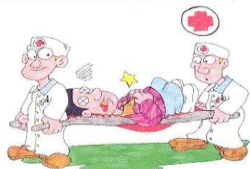
PRONTO SOCCORSO

I CODICI DI PRIORITÀ



● CODICE ROSSO

Viene assegnato ai pazienti più gravi con compromissione di almeno una funzione vitale (respiratoria, cardio-circolatoria, renosa) e/o alterazione di uno o più parametri vitali. Il Pronto Soccorso blocca la propria attività e riceve il paziente approntando l'ambulatorio a maggiore tecnologia disponibile.



● CODICE GIALLO

Viene assegnato ai pazienti con sintomi e/o lesioni gravi, per i quali può essere presente una alterazione ma non ancora una compromissione di una delle funzioni vitali; non c'è ancora alterazione dei parametri vitali. Il personale del PS, si appresta a ridurre al minimo il tempo di attesa. Rivalutazione: ogni 5 minuti.



● CODICE VERDE

Viene assegnato ai pazienti con funzioni e parametri vitali normali, ma con sintomatologia rilevante ad insorgenza acuta, che necessita di inquadramento. Rivalutazione: ogni 30 minuti.



● CODICE BIANCO

Viene assegnato ai pazienti con funzioni e parametri vitali normali, con sintomatologia non rilevante e ad insorgenza non acuta, che potrebbe essere valutata in percorsi alternativi.



Supplemento al Numero 3



IL TRIAGE

CODICI DI PRIORITÀ

Poche righe per spiegarvi
una cosa che ci sta davvero a cuore.
Ogni giorno lavoriamo
per soccorrere tanti bambini.
Il tempo per noi è molto importante:
dobbiamo utilizzarlo in modo razionale,
perché sappiamo che in molti casi
un ritardo di pochi minuti
può mettere in pericolo una vita.
Proprio perché i nostri tempi
di intervento dipendono
dall'effettiva gravità
del caso abbiamo stabilito
4 codici, che corrispondono
ad altrettanti livelli di urgenza.



A cura del Pronto Soccorso Pediatrico
Presidio Ospedaliero "G. Sales"
Ospedali Riuniti Ancona
Disegni di PAOLO DALLA VALLE



1- L'INTERVISTA



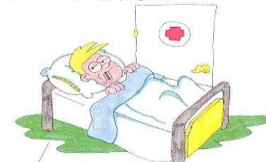
2- L'ASSEGNAZIONE
DEL CODICE



3- LA VISITA MEDICA



4- L'OSSERVAZIONE



...IO? NO, NON HO ANCORA NIENTE,
MA PER QUANDO SARÀ IL MIO TURNO
AVRÒ SICURAMENTE QUALCOSA...





DOLORE ADDOMINALE

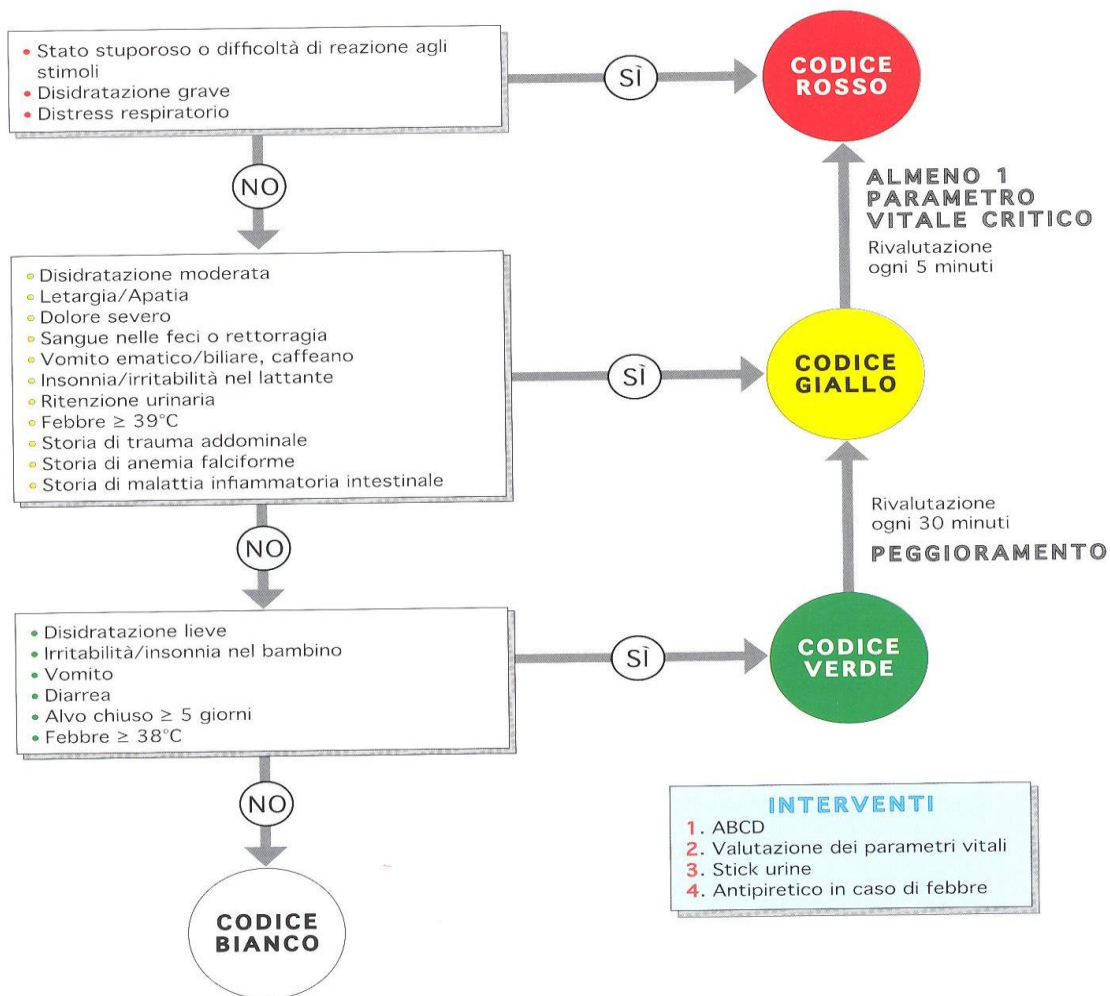


Figura 4 - Triage pediatrico: linee guida attribuzione codici di priorità nel dolore addominale (schema sintetico)

2008

TIZIANA ZANGARDI

LIVIANA DA DALT

IL TRIAGE PEDIATRICO

Presentazione del
Prof. FRANCO ZACHELLO
Direttore del Dipartimento di Pediatria
Azienda Ospedaliera - Università di Padova



PICCIN



**SIMEUP
Campania**

**a cura di:
dr. F. Quarantiello
dr. G. Vetrano
inf. A. Farese**

Ospedale Fatebenefratelli
"Sacro Cuore di Gesù"
Benevento



PARAMETRI VITALI e SEGNI di ALLARME in PEDIATRIA

Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza Pediatrica
Sezione Campania

Bibliografia

PALS (Pediatric Advanced Life Support) - Edizione Masson 2004
Il Pronto Soccorso Pediatrico e L'emergenza - Edizione Sea Firenze 2003
Il bambino e l'emergenza - Edizione Piramide 2003
Atti della commissione nazionale triage pediatrico SIMEUP anno 2007
Triage infermieristico - Seconda Edizione Mc Graw-Hill anno 2005
The IFC Handbook of Pediatrics - Tenth Edition - The Hospital for sick children
Manuale Clinico delle Urgenze Pediatriche - IV Edizione Piccin 2003

2009

MANUALE FORMATIVO di TRIAGE PEDIATRICO



NON URGENZA

URGENZA DIFFERIBILE

POTENZIALE PERICOLO DI VITA

IMMEDIATO PERICOLO DI VITA

METODOLOGIA
PRONTO SOCCORSO
EMERGENZA
URGENZA
SCELTA
VALUTAZIONE
RACCOLTA DATI
RIVALUTAZIONE
PERCORSI
EFFICIENZA
EFFICACIA





Indice

Prefazione Presentazione e scopi da parte della Commissione <i>E. Piccotti</i>	9
Presentazione a cura del Presidente SIP e del Presidente SIMEUP <i>P. Di Pietro, A. Vitale</i>	11
Presentazione a cura del Presidente FEPI <i>L. Sasso</i>	13
Il triage pediatrico in Pronto Soccorso <i>E. Piccotti, A. Palazzo, S. Bianchi, B. Cantoni</i>	15
Il triage di massa <i>G. Messi, A. Masetti</i>	23
Il bambino - il neonato: peculiarità <i>S. Bianchi, A. Palazzo</i>	27
I parametri vitali: valutazione e interpretazione <i>P. Bertolani, I. Guidotti</i>	33
Il paziente tossicologico <i>G. Messi</i>	49
Il paziente con sospetto maltrattamento <i>T. Zangardi</i>	53
Relazione e comunicazione <i>B. Guidi</i>	61
La normativa <i>B. Cantoni</i>	77



Il manuale per il triage pediatrico contiene sole schede per l'assegnazione dei codici colore rosso e giallo con lo scopo dichiarato che nell'attribuzione di questi codici (emergenza e urgenza vera o indifferibile) vi sia la maggior omogeneità possibile su tutto il territorio nazionale, per individuare in ogni contesto, nel modo più rapido possibile i bambini con situazioni di rischio che richiedono una immediata presa in carico da parte dei servizi di Pronto Soccorso.

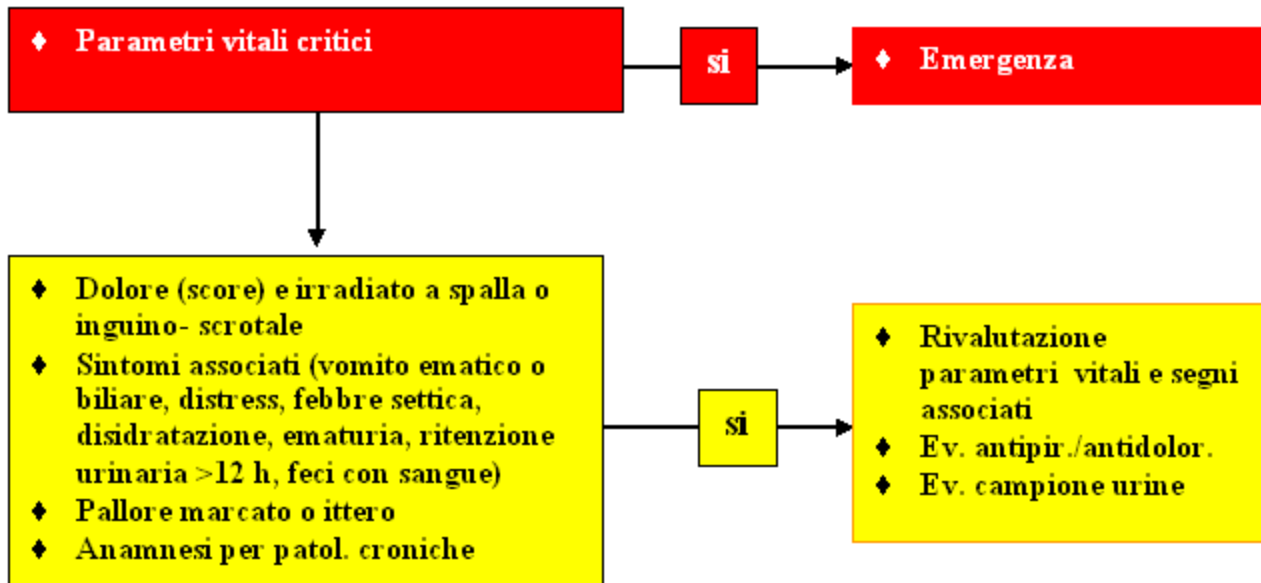


DOLORE ADDOMINALE

VALUTAZIONI

- ◆ Valutazione ABCD
- ◆ Segni e Sintomi : “ *Bb. abbattuto*”, febbre, diarrea, vomito, alteraz. diuresi, feci con sangue, stipsi, disidratazione, distress, ciclo mestruale, pallore, ittero
- ◆ Parametri vitali: FC, FR , PA , Temp., tempo di circ., e GCS se alter. stato coscienza)
- ◆ Dolore (score) e localizzazione (inguino -scrotale o irradiato anche all a spalla)
- ◆ Durata/ricorrenza
- ◆ Escludere trauma (vedi scheda)
- ◆ Anamnesi per Malattie Gastro -intestinali Croniche, Anemia Falciforme, Mal. Apparato Urinario

Interventi



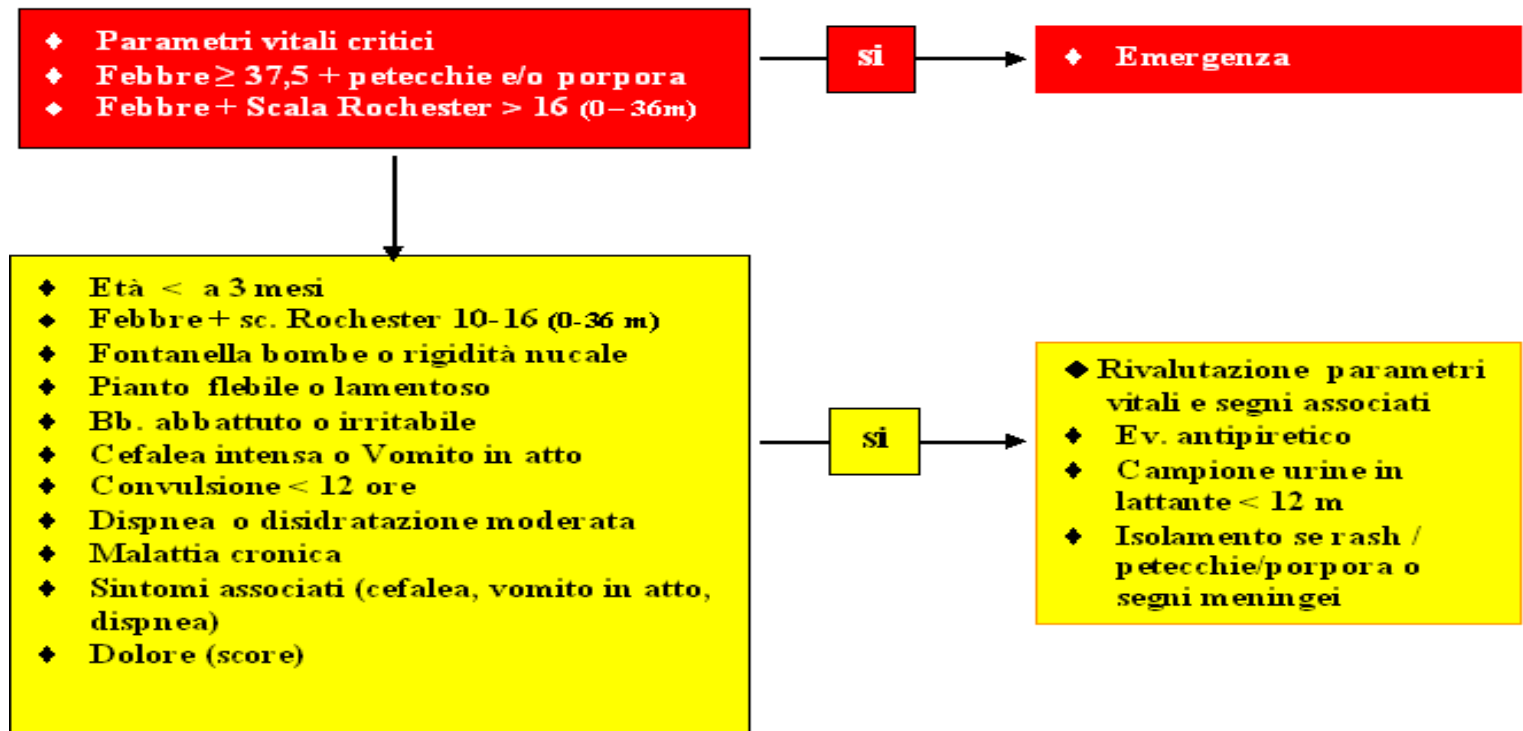


FEBBRE

VALUTAZIONI

- ◆ Valutazione ABCD
- ◆ Segni e Sintomi : “ *Bb. abbattuto* ”, tosse, diarrea, vomito, dispnea, cefalea convulsioni, petecchie, rash cutaneo, rigidità nucale, fontanella anteriore bombe, disidratazione.
- ◆ Parametri vitali: Temp., Rochester Score, tempodi circ., FC, FR e GCS (s e alteraz. stato di coscienza)
- ◆ Dolore (score) – Pianto flebile o lamentoso
- ◆ Età
- ◆ Anamnesi per malattie croniche: Coagulopatie, Immunodef., Malattie Emato - oncologiche, Portatori di catetere

Interventi





Commissione Nazionale Triage Pediatrico SIMEUP

Dott.ssa Susanna Falorni – Grosseto

Dott. Battista Guidi - Modena

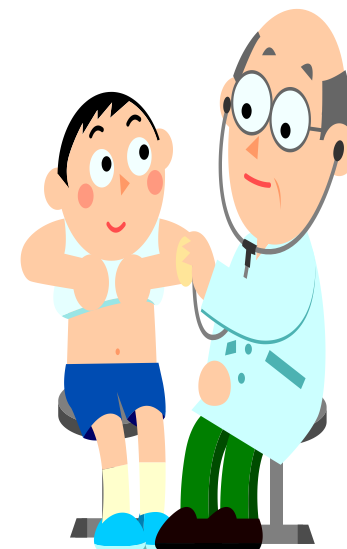
IL RICONOSCIMENTO DEI CODICI ROSSI E GIALLI

8° CONGRESSO NAZIONALE SIMEUP

GROSSETO 21 GENNAIO 2011

CORSI TRIAGE PEDIATRICO 2000-2010

Anno	Numero corsi	Totale allievi	Infermieri	Medici	Crediti Erogati
2000	1	20	16	4	0
2001	1	24	20	4	0
2002#	1	28	23	5	168
2003	1	24	20	4	144
2004	3	43	38	5	258
2005	3	52	46	6	312
2006	3	49	44	5	296
2007	2	35	31	4	210
2008	2	39	35	4	236
2009	2	27	21	6	162
2010	3	39	27	12	234
TOTALE	22	380	321	59	2020





A Dicembre 2010 sono state definitivamente approvate e pubblicate sul sito della SIMEUP le Linee Guida Didattiche ed Organizzative per il Triage Pediatrico.

Infine a Febbraio 2011 è stato prodotto il Carrello Base con tutto il materiale didattico necessario per effettuare un Corso di Triage Pediatrico Esecutori.

Questi strumenti hanno lo scopo di standardizzare ed omogeneizzare la formazione in Triage Pediatrico su tutto il territorio nazionale



SINTESI LINEE GUIDA 2010

Le linee guida didattiche, hanno lo scopo di formulare programmi di formazione uniformi, efficaci e realizzabili nell'ambito della rete ospedaliera nazionale e degli ambulatori della Pediatria di famiglia.

I corsi possono essere tenuti solo da istruttori regolarmente certificati SIMEUP e che abbiano completato il percorso di affiancamento previsto dalle Linee Guida per il Triage Pediatrico¹.



SINTESI LINEE GUIDA 2010

I corsi di triage pediatrico sono rivolti a medici e infermieri afferenti ai seguenti servizi:

- **Pronto Soccorso Generale**
- **Pronto Soccorso Pediatrico**
- **Accettazione Pediatrica**
- **UU.OO di Pediatria**
- **Ambulatorio del Pediatra di Libera Scelta²**
- **Pediatri di Libera Scelta¹**
- **Specializzandi in Pediatria e Medicina di urgenza**
- **Servizio 118 e Servizio di Continuità Assistenziale**
- **Masterizzandi Infermieristici in Area Critica, Pediatria, o laureandi magistrali ; studenti dei corsi di laurea in Scienza infermieristiche sia generale che pediatriche.**



SINTESI LINEE GUIDA 2010

Modalità organizzative del sistema formativo Triage Pediatrico SIMEUP

Affinché il Triage mantenga i necessari requisiti d'omogeneità e di qualità didattica, necessita di alcune "regole" in grado di fornire un percorso pratico che dia attuazione ai concetti specificati nelle linee guida didattiche.

Il sistema formativo prevede un'articolazione in Gruppi di Formazione Regionale, (in una prima fase della diffusione della rete formativa può avere carattere InterRegionale) e Gruppi di Formazione locale.



SINTESI LINEE GUIDA 2010

Modalità organizzative del sistema formativo Triage Pediatrico SIMEUP

I Gruppi Regionali (o interRegionali), hanno funzioni di "motore" scientifico e controllo didattico e della qualità formativa.

I Gruppi di Formazione Locale rappresentano l'elemento centrale di diffusione del Triage Pediatrico nella specifica realtà aziendale o interaziendale .



SINTESI LINEE GUIDA 2010

All'interno di ogni Gruppo Regionale viene individuato un coordinatore che ha il compito di mantenere i rapporti con la Commissione Nazionale per il triage pediatrico della SIMEUP.

I corsi di triage attivati devono corrispondere ai seguenti requisiti:

- **Il Corso può essere organizzato da un Centro di Formazione o di Riferimento PBLSD ed Emergenze Pediatriche della rete SIMEUP, accreditato per la formazione in Triage Pediatrico**

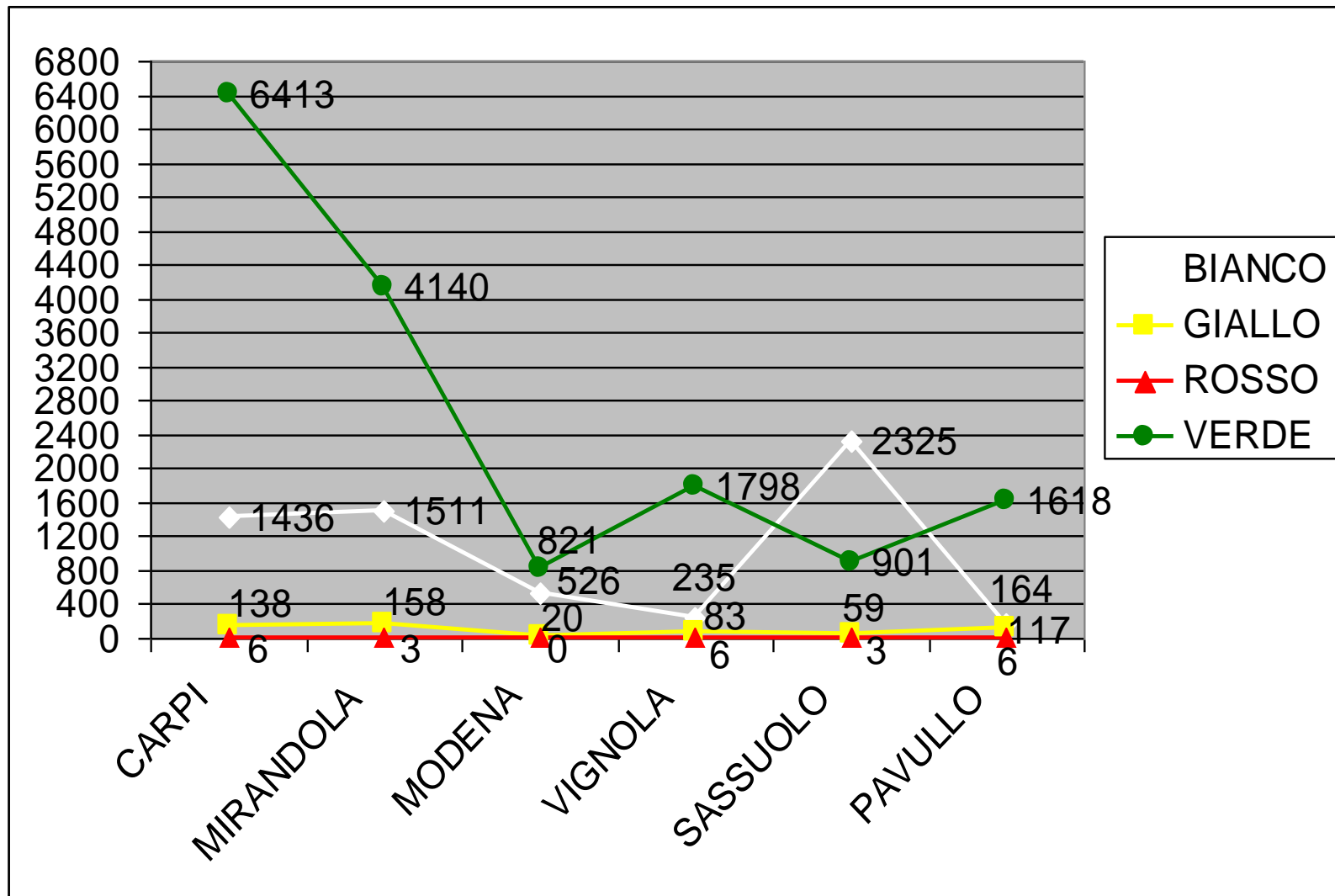
E' necessaria la presenza di un Direttore di corso scelto tra gli istruttori di Triage Pediatrico che ha già svolto in autonomia corsi di triage pediatrico in qualità di docente.



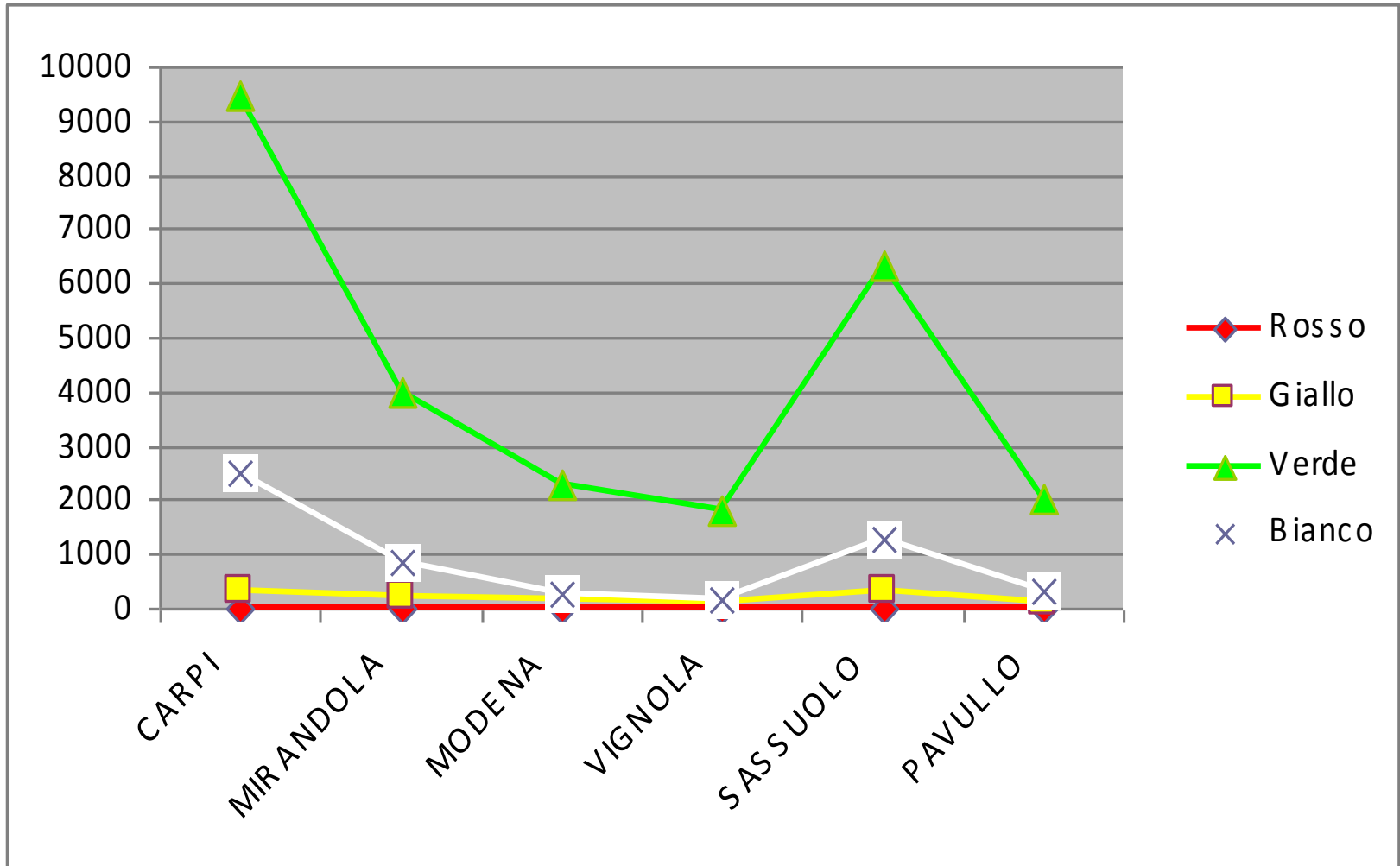
SINTESI LINEE GUIDA 2010

- I possibili Direttori di corso accreditati SIMEUP saranno segnalati, annualmente, dalla Commissione Nazionale.
- Se il Direttore di corso è un infermiere va individuato un Referente Medico Pediatra che supporta il Direttore di corso per quanto di sua competenza
- I corsi devono essere attivati ed autorizzati attraverso il database SIMEUP, anche se il corso rientra in una politica di Formazione Aziendale ed il provider è l'Ufficio Formazione Aziendale
- Fra i docenti del corso Triage Pediatrico Esecutori Sanitari devono esserci almeno un medico ed un infermiere

DISTRIBUZIONE CODICI COLORE IN ETA' PEDIATRICA ANNO 2002 – OSPEDALI GENERALI AZIENDA USL DI MODENA. ACCESSI = 22487



DISTRIBUZIONE CODICI COLORE IN ETA' PEDIATRICA ANNO 2010 – OSPEDALI GENERALI AZIENDA USL DI MODENA. ACCESSI = 32535



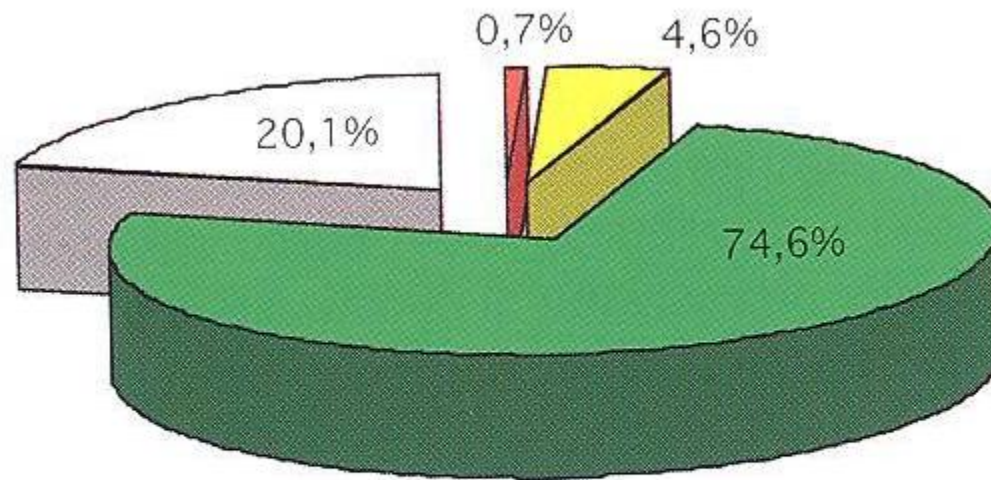


Figura 13a - Accessi (numero totale: 22.831) secondo codici di priorità nell'anno 2004 (Ospedale "G. Salesi", Ancona)

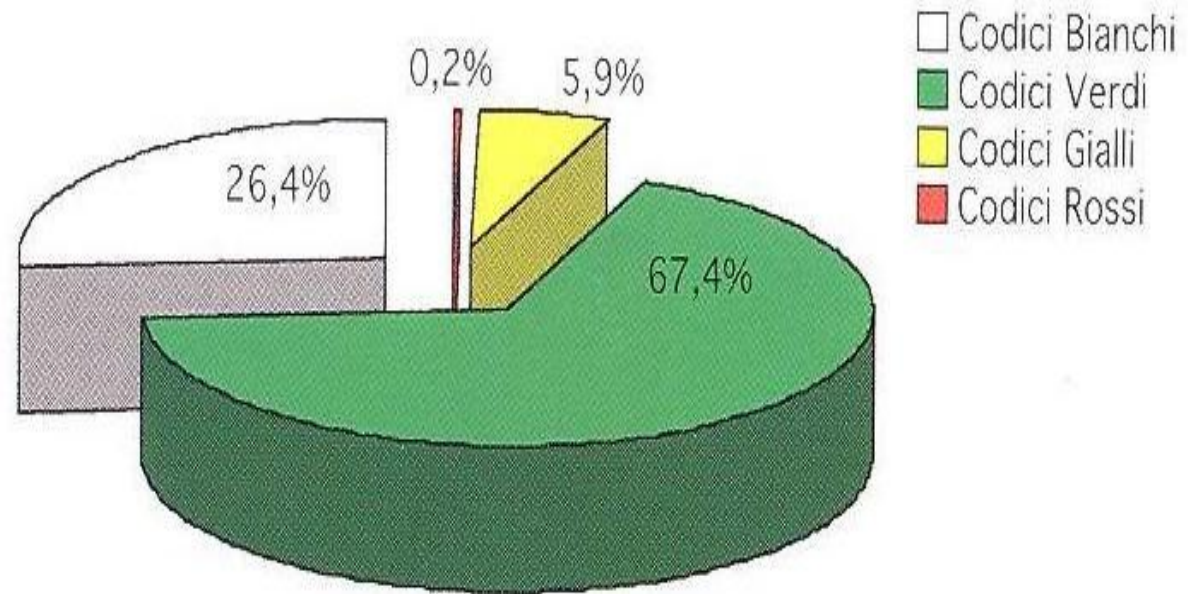


Figura 14 - Accessi (numero totale: 35.650) secondo codici di priorità nell'anno 2004 (Ospedale "G. Gaslini", Genova)



Esistono alcune criticità che vanno analizzate.

Nonostante l'impegno di questi anni la attività formativa non ha raggiunto uno sviluppo sufficiente ad assicurare una diffusione capillare.

Molte sono le aree nazionali, dove il processo di triage, non è ancora decollato o dove si esegue un triage molto semplificato.



Il personale infermieristico fatica a occupare uno spazio culturale e assistenziale che gli è stato “attribuito”.

Il personale medico non ha ancora raggiunto la completa consapevolezza dei ruoli in questo particolare processo , e non sempre facilita la crescita.

Non dappertutto le amministrazioni ospedaliere hanno compreso le potenzialità e l’importanza del processo di triage per cui la distribuzione delle risorse spesso non prevede il riconoscimento di questa nuova funzione infermieristica.



In realtà il Triage non è una tecnica da imparare ma un processo di organizzazione e di governo del lavoro che richiede tempo e sinergie positive per la sua implementazione.

In ambito pediatrico ha finora costituito una buona occasione di confronto e di crescita culturale.



Auspichiamo che nel maggior numero possibile di regioni italiane possa essere presente un gruppo di formazione in grado di costituire il punto di riferimento SIMEUP per il triage pediatrico localmente.

Auspichiamo inoltre la crescita della componente infermieristica, che soprattutto sotto il profilo della formazione e della diffusione, potrà dare un impulso nuovo al sistema.