



NARRATIVE REVIEW

Mental Health Triage in the Emergency Room: literature review and algorithm development

Gloria Carroni¹¹ Internal Medicine 2, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano, Italy

Findings:

This narrative review analyzes the different psychiatric triage models in the literature and the Italian situation, finally proposing a decision-making algorithm.

ABSTRACT

BACKGROUND: During the last decades there has been a considerable increase in the incidence of psychiatric disorders worldwide along with an increased need to improve both inpatient and community-based nursing care, given the significant negative impact that these conditions have on patients' quality of life. Very frequently people suffering from acute psychiatric disorders go to emergency rooms (ER) to receive immediate nursing care and support, so it's essential for the triage nurse to be able to evaluate the patients with appropriate and specific assessment tools.

AIM: The aim of this study was to examine the literature searching for specific assessment tools for the mental health triage (MHT), afterwards it's been developed an evidence-based assessment tool together with an algorithm, both suitable for the Italian healthcare system.

METHODS: The inclusion and exclusion criteria were established, after that was conducted a literature research in the databases of PubMed, CINAHL, Scopus, Embase, PsycInfo and Cochrane Library; 16 articles were selected for the qualitative review.

RESULTS: All the studies included in the narrative review emphasized the importance of the use of specific tools for the MHT, since they ensure an objective and standardized evaluation and the assignment of the correct level of priority to the patients; this allows patients to avoid long waiting times and overcrowding of the ER, thus limiting the patients' distress.

CONCLUSIONS: Since the study's results showed the benefits for both patients and nurse staff related to the use of specific assessment tools, it would seem recommendable their use in the healthcare facilities.

KEYWORDS: *Emergency; Emergency Room; Mental Health Triage; Psychiatric Patients; Assessment Tool; Nursing Triage*

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press



REVISIONE NARRATIVA

Il Triage Psichiatrico nell'emergenza-urgenza: revisione della letteratura e proposta di un algoritmo

Gloria Carroni¹¹ Medicina Generale 2, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano, Italy

Riscontri:

Questa revisione narrativa analizza i vari modelli di triage psichiatrico presenti in letteratura e la situazione italiana, proponendo, infine, un algoritmo decisionale.

ABSTRACT

BACKGROUND: Negli ultimi decenni è stato registrato un notevole aumento dell'incidenza dei disturbi psichiatrici a livello mondiale, accompagnato da un aumentato interesse nel potenziare l'assistenza erogata a livello territoriale e ospedaliero, visto l'impatto fortemente negativo che queste patologie hanno sulla qualità della vita dei pazienti. Sempre più spesso i pazienti con acuzie psichiatriche, si rivolgono ai vari pronto soccorso per ricevere assistenza e supporto immediati; perciò, è necessario che l'infermiere sia in grado di effettuare una valutazione di triage con strumenti adeguati, gestendoli in maniera appropriata.

OBIETTIVI: Vagliare la letteratura alla ricerca di strumenti di valutazione utilizzati per il triage psichiatrico e successivamente sviluppare una scala di valutazione e un algoritmo evidence-based adattabili al contesto sanitario italiano.

METODI: Dopo aver stabilito i criteri di inclusione ed esclusione è stata eseguita una ricerca bibliografia attraverso le banche dati PubMed, CINAHL, Scopus, Embase, PsycInfo e Cochrane Library, che ha portato all'inclusione di 16 articoli nella sintesi qualitativa.

RISULTATI: Gli studi analizzati sottolineano l'importanza dell'utilizzo di scale specifiche per il MHT (mental health triage), poiché garantiscono una valutazione oggettiva e standardizzata e l'assegnazione di un livello di priorità corretto, evitando così lunghi tempi di attesa e sovraffollamento che contribuirebbero ad aumentare il distress dei pazienti.

CONCLUSIONI: Sembrerebbe raccomandabile che le realtà ospedaliere si adoperassero per inserire tra i propri protocolli anche strumenti da utilizzare per eseguire il Mental Health Triage, in quanto, sia pazienti che il personale infermieristico sembrerebbero trarne beneficio.

KEYWORDS: *Emergenza; Pronto soccorso; Triage psichiatrico; Paziente psichiatrico; Strumento di valutazione; Triage Infermieristico*

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press



BACKGROUND

Fin dall'antichità l'uomo è stato a conoscenza dell'esistenza dei disturbi della sfera mentale, intesi, storicamente, come comportamenti bizzarri che si discostavano dagli standard e dalle norme della società (1); con il passare degli anni, tuttavia, è cambiata radicalmente sia l'eziologia attribuita dall'uomo a queste patologie sia l'approccio ed il trattamento verso le stesse.

In passato l'eziologia dei disturbi psichici veniva associata al sovrannaturale e al demoniaco (2) e sempre più frequentemente i pazienti che ne erano affetti venivano rinchiusi in strutture dette "asylums" contro la loro volontà in quanto considerati pericolosi, costretti in catene e senza alcun tipo di assistenza o supporto (3).

In Italia queste strutture vennero istituite a seguito della L.36/1904, con lo scopo di segregare i pazienti psichiatrici in modo da separarli completamente dal resto della popolazione, poiché ritenuti pericolosi e incurabili (4).

Questa situazione cambiò a partire dal 1968 con la Riforma Mariotti (L. 431) che sancì il passaggio dai manicomi agli "ospedali psichiatrici", la possibilità del ricovero volontario e l'istituzione dei Centri di Igiene Mentale, ovvero una rete di servizi territoriali che si proponeva di offrire supporto al paziente in alternativa al manicomio (5); successivamente l'approvazione della Legge 180 nel 1978 sancì la chiusura delle strutture manicomiali, la progressiva eliminazione dei metodi contenitivi e delle violenze, la necessità di diversificare il trattamento del paziente in base alla sua patologia, l'istituzione di SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura) all'interno degli ospedali e dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) a livello territoriale, spostando così il principale fulcro dell'assistenza psichiatrica sul territorio (6).

I pazienti con disturbo psichiatrico acuto potrebbero rivolgersi ai DSM o recarsi presso i servizi di emergenza-urgenza del proprio ospedale di riferimento per ricevere assistenza immediata; da qui

l'importanza per il personale infermieristico del pronto soccorso, responsabile delle attività di triage secondo normativa G.U. n.114, 17/05/1996 e G.U. n.285, 7/12/2001 (9), di essere adeguatamente formato per quanto riguarda la gestione di questi pazienti e l'esecuzione del triage psichiatrico, la quale può essere adeguata ed oggettiva solo con l'utilizzo di strumenti di valutazione ideati specificatamente per questa categoria di pazienti.

Il "triage", nato nel Settecento e derivante dal francese "trier" (scegliere, selezionare, smistare) (7), viene attualmente definito come quel processo che permette di assegnare un livello di priorità che consentirà ai pazienti di venir rivalutati dal medico specialista più o meno rapidamente in base alla loro gravità clinica e al loro rischio evolutivo; il triage così inteso è nato negli USA durante il 1960 con l'obiettivo di ridurre il sovraffollamento presso i pronto soccorso; successivamente la generalizzazione della problematica del sovraffollamento dei pronto soccorso a livello dei vari Paesi industrializzati associata anche ad un'elevata incidenza di pazienti con sintomatologia non urgente, ha portato alla diffusione del triage in Italia, attorno al 1990, e a livello internazionale (8).

Secondo il World Mental Health Report della WHO (World Health Organization) l'incidenza dei disturbi psichiatrici a livello mondiale è in continuo aumento, soprattutto nei paesi più industrializzati; nel decennio 2007-2017 è stato rilevato un aumento del 13% e nel 2019 ben 970 milioni di persone ne soffrivano, ovvero il 13% della popolazione mondiale. Essendo disturbi che incidono negativamente nella qualità di vita di chi ne è affetto è necessario un maggiore investimento in termini di risorse economiche e ricerca in modo da migliorare assistenza e qualità di vita dei pazienti (10,11). Il continuo aumento dell'incidenza dei disturbi psichiatrici e la diffusione dell'assistenza psichiatrica presso i pronto soccorso hanno portato gradualmente alla necessità di introdurre degli strumenti di triage specifici per questa





categoria di pazienti; che ne consentissero una valutazione oggettiva e l'assegnazione rapida di un codice colore adeguato. Le scale di valutazione utilizzate per il MHT (mental health triage) possono essere definite come strumenti specifici per l'individuazione della sintomatologia psichiatrica acuta del paziente, in base alla quale forniscono delle raccomandazioni sul livello di priorità da assegnare e sulla gestione del paziente stesso (12). In letteratura è possibile riscontrare numerosi strumenti sviluppati per il MHT ma anche varie discrepanze riguardo quale sia più opportuno utilizzare, di conseguenza è stata eseguita una revisione della letteratura con l'obiettivo di analizzare i vari strumenti per il MHT presenti in letteratura, i benefici correlati al loro utilizzo e la loro eventuale diffusione nella realtà italiana.

SCOPO

L'obiettivo primario del presente studio è stato quello di mappare gli strumenti di mental health triage disponibili in letteratura ed i contesti dove vengano impiegati. Obiettivo secondario è quello di proporre un algoritmo decisionale ed una scala di valutazione, basati sulle informazioni reperite in letteratura, adattandoli al contesto italiano.

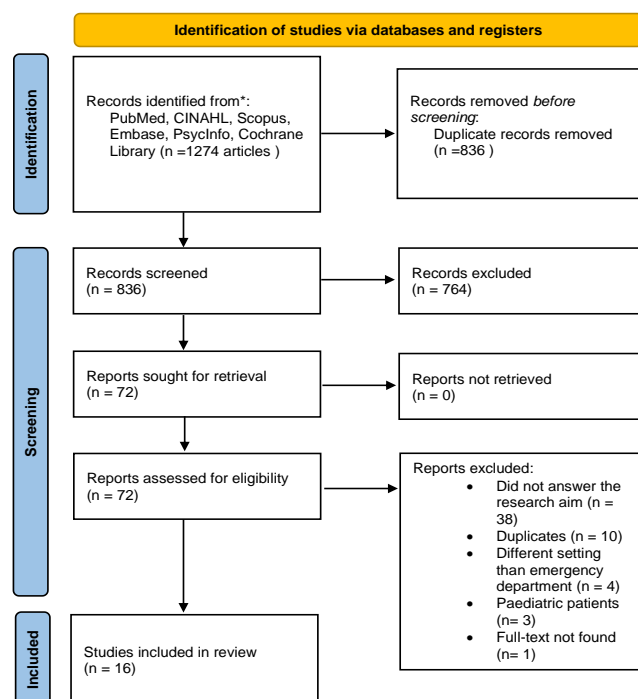
MATERIALI E METODI

È stata eseguita una revisione narrativa della letteratura attraverso le banche dati di PubMed, CINAHL, Scopus, Embase, PsycInfo e Cochrane Library, durante i mesi di marzo e aprile 2023. Per comporre le stringhe di ricerca stati utilizzati dei termini liberi, combinati con AND e OR, tra cui: "triage", "nursing triage", "emergency triage", "psychiatric triage", "psychiatry", "mental health", "mental illness", "mental disorder", "psychiatric disorder", "rating scale", "tool", "instrument",

"questionnaire", "algorithm". L'*Allegato 1* compendia le stringhe di ricerca utilizzate.

La ricerca bibliografica ha portato all'individuazione di 1274 articoli (235 da PubMed, 49 da Cochrane Library, 16 da CINAHL, 369 da Embase, 339 da Scopus e 266 da PsycInfo), i quali sono stati poi sottoposti ad uno screening iniziale che ha portato all'eliminazione di 438 articoli in quanto doppi. Successivamente dei restanti 836 sono stati valutati titolo e abstract, questa fase ha portato all'esclusione di 764 articoli in quanto non coerenti con il quesito di ricerca iniziale. E' stato dunque ricercato il full text di n. 72 articoli, rinvenendone 55; questi, sono stati valutati attraverso la lettura del full-text, includendone 16 nella sintesi qualitativa. Le fasi della ricerca bibliografica sono riportate nel PRISMA flow diagram in Figura 1.

Figura 1. PRISMA flow diagram



Prima della ricerca bibliografica sono stati definiti i criteri di inclusione:

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press



- Finestra temporale: 2012-2023, che garantisca di reperire solo le evidenze scientifiche più recenti in merito al triage psichiatrico;
- Studi riguardanti il triage psichiatrico e le scale di valutazione per esso utilizzate, in un setting di pronto soccorso;
- Età dei pazienti: pazienti adulti, maggiorenni.
- Studi di tipo qualitativo e quantitativo;
- Articoli in lingua italiana, francese, inglese;
- Articoli reperibili in full-text.

E i criteri di esclusione:

- Pazienti pediatrici;
- Pazienti con delirium, demenza, disabilità intellettive e donne in gravidanza o post-partum.

RISULTATI

Per la stesura dell'elaborato sono stati identificati come idonei 16 studi di letteratura primaria, 2 di questi erano studi qualitativi mentre i restanti 14 erano quantitativi.

Gli studi selezionati trattano di strumenti di valutazione e/o modalità di gestione del paziente psichiatrico che accede ai servizi di emergenza-urgenza in diverse realtà internazionali; 5 studi provengono dagli USA, 2 dall'Australia, 2 dal Canada, 2 dall'Inghilterra e uno studio rispettivamente dal Messico, dalla Corea del Sud, dalla Turchia, dalla Francia e dalla Danimarca.

In totale sono stati identificati 11 strumenti di valutazione ideati specificatamente per il MHT, contenenti le indicazioni riguardo i livelli di priorità da assegnare al paziente in base alla manifestazione patologica e in alcuni casi anche delle raccomandazioni riguardanti la gestione del paziente.

Il triage psichiatrico nella realtà internazionale

Nel 2012 Miller et al., per ovviare alla diffusa problematica dell'under-triage nei confronti dei pazienti psichiatrici, hanno condotto uno studio per testare la validità del TAPS (Triage Algorithm for Psychiatric Screening) (13), ovvero uno strumento articolato in 6 domande a risposta chiusa, che si pone come obiettivo di identificare coloro che, non essendo affetti da patologia medica acuta, possono essere direttamente indirizzati alle Emergency Behavioral Health units (EBH). Lo strumento si è rivelato valido nell'identificare i pazienti affetti unicamente da disturbo psichiatrico che si recano nei servizi di emergenza-urgenza e permette di indirizzare questi ultimi agli EBH andando a limitare il problema del sovraffollamento nei pronto soccorso, di ridurre i tempi di attesa per i pazienti psichiatrici e di evitare l'esecuzione di test di laboratorio inutili con un risparmio notevole in termini economici (13). Un ulteriore studio sul TAPS ne ha messo in luce il facile uso per l'infermiere di triage e la rilevante utilità clinica per distinguere i pazienti con disturbo esclusivamente psichiatrico da coloro che avevano in concomitanza anche una patologia medica acuta (14). Sempre negli USA Downey et al. hanno portato avanti due studi in cui si comparava lo strumento AEMHTS (Australasian Emergency Mental Health Triage Systems), specifico per il MHT, con l'ENAEST (Emergency Nurses Association Emergency Severity Triage) (15) e il CTAS (Canadian Triage Acuity Scale) (16), utilizzati per il triage generale. L'AEMHTS è uno strumento a 5 livelli di priorità, già dimostratosi valido per l'esecuzione del MHT (17-19); l'utilizzo dell'ENAEST invece è stato associato ad under-triage e aumento del LOS (length of stay) (20,21). Nello studio di Downey et al. nel 2014, si è notato che l'utilizzo di questo strumento determinava over-triage e non permetteva di assegnare in maniera adeguata i livelli di priorità ai pazienti, di conseguenza i tempi di attesa prestabiliti non sono stati rispettati (15).





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



La scala CTAS, organizzata anch'essa con 5 livelli di priorità, è stata sviluppata per patologie mediche acute, incidenti o traumi e, non essendo specifica per il triage psichiatrico (22,23), quando è stata utilizzata per eseguirlo non è risultata valida (21,24); nello studio eseguito da Downey et al. nel 2015, quando i pazienti sono stati triagati con lo strumento AEMHTS le raccomandazioni riguardo i tempi di attesa in pronto soccorso sono state rispettate, mentre quando veniva utilizzata la scala CTAS i tempi di attesa raccomandati non sempre sono stati rispettati.

In conclusione, l'utilizzo di una scala specifica per il triage psichiatrico, come l'AEMHTS, ha mostrato una diminuzione dei tempi di attesa in pronto soccorso e una diminuzione del numero di pazienti che lasciavano il pronto soccorso prima di essere valutati dallo specialista (25).

La validità della scala AEMHTS è stata anche testata nel contesto sanitario della Turchia in uno studio del 2022, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti psichiatrici (26). Questo strumento è già stato decretato come valido da precedenti studi che hanno dimostrato come permetta di ridurre i tempi di attesa dei pazienti e il loro LOS in pronto soccorso (27), con un conseguente aumento della soddisfazione dei pazienti per l'assistenza ricevuta (28). Lo studio turco ha mostrato come l'utilizzo dell'AMHTS garantisca sostanziale accordo tra infermieri ed esperti nella valutazione dei pazienti in fase di triage, cosa che non si verificava quando veniva utilizzata una scala di valutazione non specifica per il MHT. L'utilizzo dello strumento ha portato rispettivamente ad un aumento di tempi di attesa ($p < 0.05$) e del LOS ($p < 0.05$) presso il pronto soccorso; ciò può essere però dovuto al fatto che gli infermieri stessi sono più predisposti a passare del tempo con i pazienti psichiatrici essendo maggiormente capaci di individuare i loro bisogni assistenziali. Infine lo studio non ha mostrato una variazione statisticamente significativa per quanto riguarda i livelli di soddisfazione e gradimento dei

pazienti prima dell'AMHTS e durante il suo utilizzo (26).

Anche in Canada oramai il pronto soccorso è diventato un punto di riferimento anche per i pazienti che soffrono di disturbi psichiatrici, i quali comunemente vengono valutati con strumenti non specifici e spesso da personale non adeguatamente formato riguardo l'ambito psichiatrico (29), con conseguente aumento dei tempi di attesa e under/over-triage. Al netto di ciò, Brown and Clarke nel loro studio del 2014 mettono in evidenza l'importanza di una formazione adeguata in modo da implementare le skills e la sicurezza degli infermieri di triage quando si avvicinano al paziente psichiatrico e l'utilità di strumenti di triage standardizzati e specifici in grado di aumentare l'oggettività della valutazione del paziente e di guidare il ragionamento clinico e di decision making dell'infermiere (29).

Sempre nella realtà canadese Boucher et al. hanno sviluppato la scala RIFCAS Brief Triage Scale per pazienti dai 0 ai 99 anni affetti da disturbi psichiatrici, caratterizzata da 5 diversi livelli di priorità assegnabili. Questa scala ha mostrato una buona inter-rater reliability (> 0.78), ciò mostra uniformità ed oggettività nella valutazione dei pazienti e nell'assegnazione del livello di priorità; sono comunque necessari ulteriori studi riguardo la validità predittiva dello strumento (30).

Anche in Australia molte delle scale di valutazione utilizzate per il MHT, come ad esempio l'ATS (Australasian Triage Scale), non risultano valide né specifiche per il paziente psichiatrico, di conseguenza Sands et al. hanno portato avanti uno studio con l'obiettivo di testare la validità dello strumento VEDMHTT (Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool) per la valutazione del paziente psichiatrico (31). Si tratta di una scala con 5 codici numerici e codici colore dal rosso al bianco. L'obiettivo dello studio di Sands et al. è stato quello di valutare la capacità dello strumento di predire il grado di urgenza da assegnare ai pazienti. Lo strumento si è





mostrato utile nella classificazione delle urgenze psichiatriche e di facile utilizzo da parte del personale infermieristico, bisogna comunque considerare che si tratta di risultati preliminari ottenuti tramite uno studio di tipo retrospettivo, di conseguenza ulteriori ricerche saranno necessarie (31).

Nel 2016 Sands et al. hanno poi condotto uno studio sullo strumento UK MHTS (UK Mental Health Triage Scale) con lo scopo di valutarne l'inter-rater reliability. La UK MHTS, una scala a 7 livelli di priorità, è stata sviluppata a partire dalla VMHTS (Victorian Mental Health Triage Scale) ed è uno strumento di valutazione telefonica utile per determinare la presenza o meno di un disturbo di tipo psichiatrico, l'eventuale livello di priorità e il servizio più adatto per il paziente (32). Lo studio eseguito ha mostrato un'elevata inter-rater reliability ($w=0.88$) nonostante la formazione sull'utilizzo della scala sia stata breve e nel gruppo ci fossero sia professionisti poco esperti che professionisti con prolungata esperienza nell'ambito del triage e nell'utilizzo di strumenti simili, ciò a conferma del fatto che la UK MHTS può essere utilizzata in sicurezza e correttamente anche da personale poco esperto. È necessario comunque portare avanti ulteriori studi per valutare in un reale setting clinico l'affidabilità, la sicurezza e la validità della scala (32).

Vista la carenza di strumenti completi ed affidabili per il MHT, Molina-Lopez et al. nel 2016 hanno deciso di sviluppare e validare il CRPT (Color Risk Psychiatric Triage), con l'obiettivo di classificare le presentazioni psichiatriche in maniera rapida, precisa ed affidabile (33). Il CRPT utilizza sia codici colore, assegnati in base al rischio attuale o potenziale in cui il paziente si trova, sia codici numerici, ciascuno dei quali è identificativo di una determinata condizione psichiatrica. Lo studio ha confermato la buona validità predittiva della scala e solo il 5% dei pazienti è stato soggetto ad under/over-triage. Nello studio lo strumento è stato utilizzato dallo psichiatra ma, essendo il triage una funzione appannaggio del

personale infermieristico, sarebbe necessario eseguire nuovi studi in cui la CRPT venga utilizzata anche dall'infermiere di triage in modo da valutare eventuali differenze rispetto ai risultati dello studio sopracitato (33).

In Danimarca nel 2015 è stato introdotto in varie Psychiatric Emergency Units un metodo di MHT ispirato all'ATS (Australasian Triage System). Lo strumento in questione viene utilizzato da infermieri di triage specializzati e si basa sull'assegnazione di 5 differenti codici colore in base all'urgenza della presentazione del paziente (34). Lo strumento, utilizzato nello studio di Saebye et al., ha mostrato una buona validità predittiva e un ridotto over-triage, a conferma di ciò il fatto che il 100% dei pazienti a cui è stato assegnato il codice rosso sono stati poi ricoverati.

Questo strumento si mostra perciò utile nel facilitare la classificazione delle urgenze e l'assegnazione di un livello di priorità, aumentando la sicurezza dei pazienti e supportando le decisioni cliniche dello staff infermieristico (34).

Nella revisione narrativa di Newman et al. vengono elencati alcuni tra i più comuni strumenti utilizzati per eseguire il triage, tutti non specifici per il MHT e di conseguenza poco affidabili per classificare le urgenze psichiatriche; viene poi descritto uno strumento specifico ovvero il MHTS (Mental Health Triage Scale) (35), che consente di assegnare 4 differenti codici numerici in base al livello di urgenza del paziente. Questa scala, secondo precedenti studi, pare essere efficace nel ridurre i tempi di attesa dei pazienti in pronto soccorso (24). Durante i tempi di attesa è importante la rivalutazione del paziente, il controllo dei parametri vitali e la somministrazione di eventuali farmaci di cui il paziente faccia uso in cronico per determinate patologie. Anche in questo studio viene ribadito quanto è importante che la valutazione e l'approccio al paziente psichiatrico vengano eseguiti da personale esperto in materia di triage e

**Corresponding author:**

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press



adeguatamente formato sull'ambito della salute mentale (35).

Un'altra revisione narrativa sul MHT è stata eseguita nel 2018 da Carrillo et al., in questo studio viene sottolineato come, i pazienti psichiatrici che si presentano presso i servizi di emergenza-urgenza, richiedano una gestione differente da quella messa in atto per i pazienti con patologie mediche acute e una valutazione specifica e rapida in sede di triage. La valutazione di questi pazienti dev'essere standardizzata e oggettivata attraverso l'utilizzo di strumenti ad hoc, in modo da garantire la sicurezza del paziente e facilitare il processo di decision making del personale infermieristico addetto al triage (36). Uno di questi strumenti è la RHMHTS (Royal Hobart Mental Health Triage Scale), caratterizzata da 5 livelli di priorità e raccomandazioni e interventi che dovrebbero essere messi in atto in base al codice che è stato assegnato al paziente (36).

In vari studi riguardanti il MHT e gli strumenti specifici da utilizzare per eseguirlo non sono state descritte né le fasi né la formale metodologia utilizzata per lo sviluppo dello strumento, l'obiettivo dello studio di Mackway-Jones et al. del 2019 è invece proprio quello di esplorare il campo del MHT in maniera formale e metodologica. Lo studio è stato eseguito con il metodo Delphi, un approccio formale utilizzato con l'obiettivo di ridurre eventuali bias (37) e ha portato allo sviluppo di uno strumento per il MHT, organizzato in 4 livelli differenti di priorità, a partire dalle opinioni fornite da esperti. Lo strumento dovrà però essere perfezionato in futuro e ne andrà testata la validità prima del suo utilizzo sul campo (37).

Anche in Corea del Sud, uno dei continenti con il maggior tasso di suicidi al mondo, vista la mancanza di strumenti per il MHT, Ha et al. hanno sviluppato e validato il Korea Psychiatric Triage Algorithm; si tratta di uno strumento che classifica le patologie psichiatriche in 4 diversi codici colore (38). Lo studio ha mostrato che l'algoritmo è stato giudicato utile ed

adeguato dagli infermieri che ne hanno fatto uso; dovranno però essere eseguite ulteriori ricerche con lo scopo di validare clinicamente lo strumento prima di utilizzarlo in setting reali (38).

Recentemente Watson et al., raggruppando 57 articoli, hanno eseguito una revisione narrativa che descrivesse le varie scale per il MHT. Questo studio mette in luce l'ETEK ATS (Emergency Triage Educational Kit) come lo strumento più valido per il MHT, infatti alcuni studi hanno dimostrato non solo la sua maggiore affidabilità e oggettività nel categorizzare le varie manifestazioni psichiatriche rispetto ad altre scale, ma anche un miglioramento degli outcome dei pazienti sui quali è stato utilizzato (15,16). Sono necessari comunque ulteriori studi che confermino la validità dello strumento (12).

Il triage psichiatrico nella realtà italiana

In Italia, nel 2019, la CSR (Conferenza-Stato-Regioni) ha presentato le disposizioni ministeriali in materia di "Linee di indirizzo nazionali per il triage intraospedaliero". Tuttavia, non sono stati rilevati studi italiani in questo frangente attraverso la revisione della letteratura effettuata. Pertanto, è stata eseguita una ricerca della letteratura grigia sui siti governativi ufficiali delle regioni italiane ed una ricerca generica attraverso termini liberi inseriti nel motore di ricerca Google.

Attraverso questa ricerca, è stato riscontrato come solo un numero limitato di regioni italiane abbiano introdotto degli strumenti di valutazione finalizzati all'esecuzione del triage psichiatrico; in particolare queste regioni sono la Lombardia (39), il Lazio (40) e il Friuli-Venezia Giulia (41); per quanto riguarda le restanti regioni, alcune non hanno sviluppato alcun algoritmo, altre (al momento della ricerca) non avevano recepito le linee di indirizzo nazionali o non avevano pubblicato documentazione ufficiale in merito. La maggior parte delle regioni ha rimandato la





responsabilità di dotarsi di strumenti o protocolli specifici per il triage del paziente psichiatrico ai singoli presidi ospedalieri.

Proposta di una scala e di un algoritmo decisionale

I risultati ottenuti nella revisione della letteratura ed il confronto fra gli strumenti rinvenuti (Allegato 3 - 4) sono stati utilizzati come evidenze per lo sviluppo di una scala di valutazione ed algoritmo decisionale che potesse essere utilizzati per l'esecuzione del MHT.

Sono stati confrontati gli studi inclusi e sono stati messi in evidenza i punti salienti e gli elementi comuni dei vari strumenti di valutazione trovati in letteratura; infine, è stata messa a punto una scala di valutazione. La scala, sviluppata rispettando le linee guida nazionali in materia di triage intraospedaliero promulgate dal Ministero della Salute successivamente alla CSR (Conferenza-Stato-Regioni) del 1° agosto 2019 (Ministero della Salute, 2019), è caratterizzata da 5 livelli di priorità (Tabella 1).

Tabella 1. Proposta di scala di valutazione

Codice	Livello di priorità	Definizione	Tempo massimo di attesa
Rosso	Emergenza	Il paziente rappresenta un pericolo reale per sé e/o per gli altri (comportamenti violenti, tentato suicidio, possesso di armi, agitazione estrema, overdose). È necessario allertare il personale della possibile necessità di misure contenitive fisiche e/o farmacologiche, allertare il personale della sicurezza, sorvegliare il paziente, garantire un ambiente sicuro ed eseguire una rivalutazione periodica.	Valutazione specialistica immediata.
Arancione	Urgenza indifferibile	Il paziente rappresenta un probabile pericolo per sé e/o per gli altri (aggressività, minacce di agiti eterolesivi, agitazione severa, ideazione suicidaria e autolesionismo). È necessario sorvegliare il paziente, garantire un ambiente sicuro ed eseguire una rivalutazione periodica.	Entro 15 minuti.
Azzurro	Urgenza differibile	Il paziente rappresenta un possibile pericolo per sé e/o per gli altri (agitazione moderata, irritabilità, sintomatologia ansiogena o depressiva severa, sintomatologia psicotica con deliri, allucinazioni, bizzarrie, pensiero paranoide in pazienti disposti ad attendere nei locali del pronto soccorso la valutazione specialistica). È necessario sorvegliare il paziente, garantire un ambiente sicuro ed eseguire una rivalutazione periodica.	Entro 60 minuti.
Verde	Urgenza minore	Il paziente risulta collaborante, irritabile ma non violento né aggressivo, con agitazione lieve o in assenza di agitazione, con ansia o depressione moderate senza ideazione autolesiva/suicidaria, e disposto ad attendere nei locali del pronto soccorso la valutazione specialistica; è necessario rivalutare periodicamente il paziente.	Entro 120 minuti.
Bianco	Non urgente	Il paziente risulta critico di malattia e collaborante nell'assunzione della terapia. Il paziente potrebbe lamentare problemi legati all'ambito sociale, relazionale, economico o lavorativo per cui necessita di supporto psico-educativo. Assenza di sintomatologia psichiatrica acuta e/o urgenze psichiatriche.	Entro 240 minuti.

Dopo la creazione della scala si è proceduto allo sviluppo di un algoritmo decisionale basato sulla stessa, rappresentato graficamente sotto forma di flow chart (Figura 2), con l'obiettivo di esplicitare le varie fasi di cui si caratterizza il processo di triage

psichiatrico in maniera chiara e di essere di facile consultazione e utilizzo da parte del personale infermieristico.

Corresponding author:

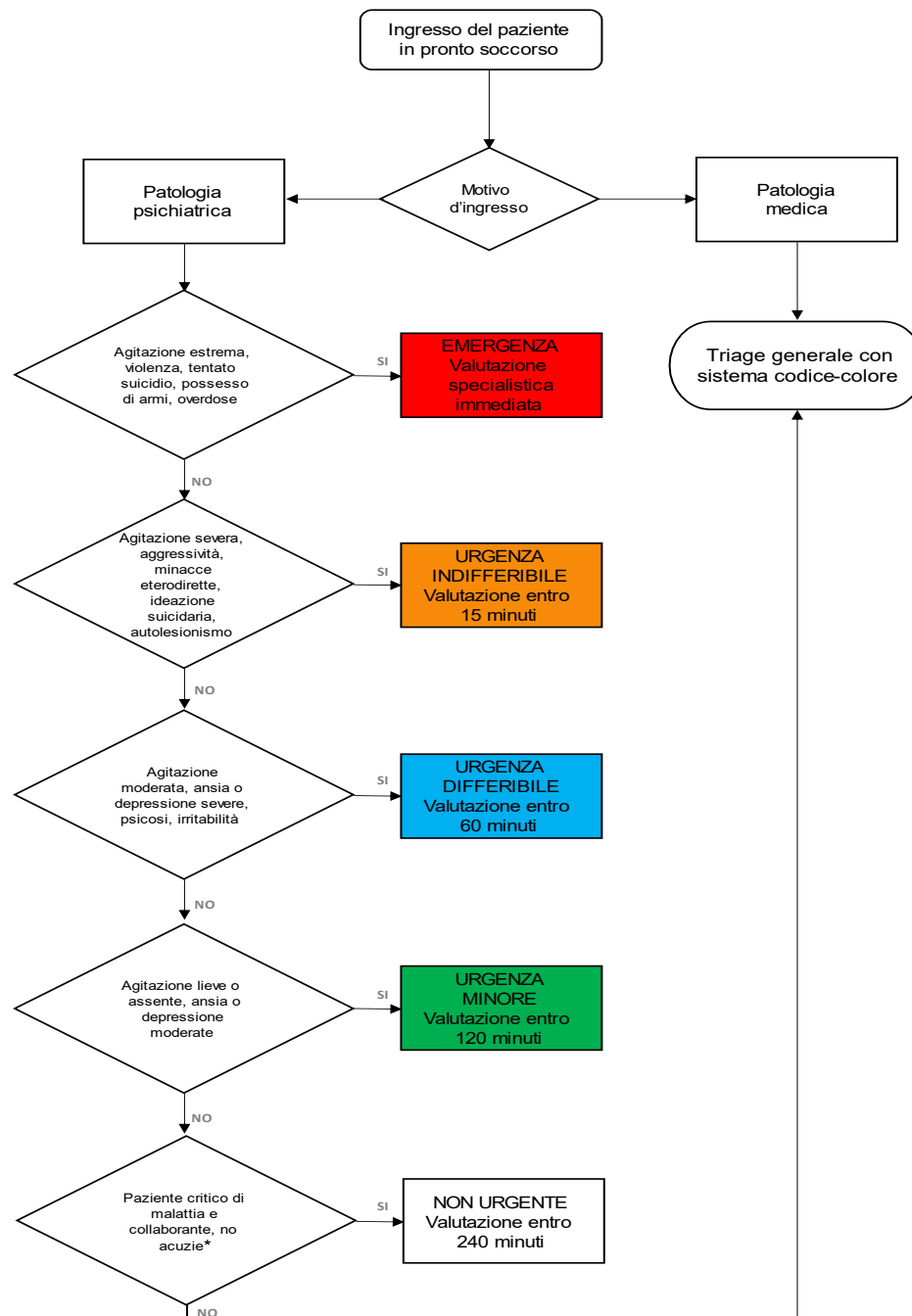
Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press



Figura 2. Proposta di algoritmo decisionale



* Assegnare codice bianco ai pazienti che lamentano problemi legati all'ambito sociale, lavorativo, relazionale o economico.

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press



DISCUSSIONE

Tutti gli studi rinvenuti nella revisione della letteratura hanno sottolineato l'importanza rivestita da strumenti specifici per il triage psichiatrico, poiché solo con questi si può garantire al paziente una valutazione oggettiva, l'assegnazione del corretto livello di priorità e il rispetto di tempi di attesa previsti e basati su raccomandazioni e linee guida. Secondo Broadbent et al. (42) il mancato utilizzo di strumenti ad hoc determina under-triage in più del 95% dei pazienti mentre al 70% di questi viene assegnato un livello di priorità non adeguato alla manifestazione psichiatrica in atto. Il rischio è perciò che, per i casi di over-triage, i pazienti vengano rivalutati dallo specialista nell'immediato nonostante non ve ne sia la necessità, a discapito invece di pazienti che potrebbero trovarsi in una condizione di maggiore urgenza. Al contrario pazienti ai quali viene assegnato un livello di priorità più basso rispetto a quelle che sono le loro reali condizioni potrebbero essere soggetti ad un peggioramento delle loro condizioni psichiche e, se agitati o aggressivi, è più probabile che il personale si trovi a dover ricorrere a sedazione o restrizioni fisiche in attesa della rivalutazione specialistica; ciò ovviamente nuocerebbe al paziente e allo staff stesso (43). Un altro problema è rappresentato da quei pazienti che, visti i lunghi tempi di attesa, lasciano i locali del pronto soccorso prima di essere valutati dallo specialista, non ricevendo così alcun tipo di assistenza o supporto.

Per quanto riguarda il contesto italiano, i report periodici del Ministero della Salute riguardo l'ambito della salute mentale mostrano un aumento del numero di pazienti che annualmente si reca presso il pronto soccorso per acuzie psichiatriche. Di conseguenza sempre più frequentemente in Italia gli infermieri di triage si trovano ad entrare in contatto con questa categoria di utenti e perciò devono essere adeguatamente formati in ambito psichiatrico e capaci di valutare oggettivamente il paziente in sede di triage con l'utilizzo di strumenti adeguati.

Solo migliorando le loro competenze in quest'ambito gli infermieri potranno garantire a questa categoria di pazienti degli standard assistenziali elevati con conseguente miglioramento degli out-come e del livello di soddisfazione degli utenti.

Attualmente l'utilizzo di strumenti per il MHT non è diffuso uniformemente a livello internazionale ma se ne riscontra la presenza solo nei setting di Australia, Canada, USA e Regno Unito (12), di conseguenza molti degli strumenti presenti in letteratura sono stati sviluppati in modo da adattarsi specificamente all'organizzazione e alla struttura dei servizi sanitari presenti in questi paesi; detto ciò pare chiaro come alcuni di questi non possano essere utilizzati in contesti come quello italiano senza prelieve modifiche.

È importante che ove possibile gli strumenti già in uso vengano modificati e adattati alle varie realtà ospedaliere internazionali; inoltre, essendo molti degli studi inclusi nella revisione di tipo preliminare, sarà necessaria l'esecuzione di ulteriori ricerche che confermino la validità clinica, l'affidabilità, l'accuratezza, gli out-come e l'impatto economico correlati all'utilizzo dei vari strumenti per il MHT e che permettano di sviluppare dei criteri metodologici che possano fare da guida per lo sviluppo di ulteriori scale per il MHT.

L'analisi eseguita in merito alla situazione delle regioni italiane riguardo l'avvenuta introduzione o meno di strumenti specifici per il triage psichiatrico, ha mostrato quanto la realtà italiana sia frammentata e quanto, le discrepanze in merito al MHT, possano portare ad importanti divari territoriali nell'erogazione di un'assistenza sanitaria di qualità non solo tra regioni diverse ma anche tra diversi presidi ospedalieri di una stessa regione. Questo dato è spiegabile in parte con la struttura, prettamente regionale del SSN italiano, che conferisce alle regioni l'autonomia decisionale in ambito sanitario.

L'utilizzo di strumenti di valutazione specifici per il MHT, quali per esempio la scala e l'algoritmo proposti (Tabella 1, Figura 2), invece garantirebbe:





- un supporto all'attività dell'infermiere di triage, poiché ne facilita e oggettiva l'assegnazione del corretto codice di priorità;
- un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata con un conseguente aumento del grado di soddisfazione del paziente e della sua esperienza in pronto soccorso;
- un beneficio per il paziente stesso, che verrebbe valutato in maniera standardizzata e oggettiva e rivalutato dallo specialista entro i tempi previsti;
- una riduzione dei tempi di attesa e di conseguenza del sovraffollamento presso il pronto soccorso;
- una riduzione dei casi di over/under-triage e di conseguenza un minor rischio di complicanze o out-come negativi per i pazienti;
- un miglioramento delle competenze infermieristiche in ambito psichiatrico, soprattutto per quanto riguarda l'approccio e la gestione del paziente nell'ambito dell'emergenza-urgenza.

La scala di valutazione (Tabella 1) e l'algoritmo decisionale (Figura 2), presentano anche dei limiti quali la necessità che studi futuri ne valutino la validità clinica e la reale applicabilità in Italia e nei vari contesti regionali.

Si tratta comunque di strumenti basati sulle più recenti evidenze scientifiche ed essendo stati adattati alle attuali linee di indirizzo italiane in materia di triage possono comunque rappresentare un'alternativa utile ed evidence based per tutte le regioni che ancora non hanno definito delle linee di indirizzo specifiche per quanto riguarda il triage psichiatrico e, per le regioni che hanno dato ai singoli presidi ospedalieri il compito di sviluppare protocolli ad hoc, potrebbero risultare facilmente adottabili; ciò permetterebbe di oggettivare e standardizzare il processo del MHT.

Infine, l'utilizzo di questi strumenti rappresenterebbe un grande beneficio anche per l'infermiere, ovvero la figura che da normativa (G.U. n.285, 7/12/2001) è

responsabile dell'esecuzione del triage; la gestione del paziente risulterebbe facilitata e la fase di triage verrebbe oggettivata, il rischio di aggressività e violenza da parte dei pazienti correlato all'assegnazione di un codice scorretto o ai lunghi tempi di attesa sarebbe notevolmente ridotto e inoltre, l'uso di strumenti specifici per il MHT, renderebbe il triage psichiatrico un processo in linea con l'EBN (evidence based nursing) garantendo quindi un notevole miglioramento riguardo la qualità dell'assistenza erogata.

Studi futuri potrebbero incentrarsi sulla scala di valutazione & algoritmo decisionale proposti, andando a valutare più nello specifico gli elementi inseriti e l'attuabilità della proposta, attraverso uno studio Delphi su larga scala, coinvolgendo sia gli infermieri operanti in pronto soccorso che gli infermieri operanti nell'ambito della salute mentale.



CONCLUSIONE

Gli strumenti specifici per il MHT permettono all'infermiere di eseguire una valutazione oggettiva e standardizzata del paziente psichiatrico durante la fase di triage. L'utilizzo di questi strumenti dovrebbe essere diffuso a livello internazionale e l'infermiere di triage dovrebbe ricevere un'adeguata formazione in merito alla valutazione e gestione delle acuzie psichiatriche in pronto soccorso.

BIBLIOGRAFIA

1. Mardon. The Ancient Origins of Psychiatry: An Analysis by Dr. Austin Mardon, Hafsa Alamagan, Margaret Choi, Mehvish Masood, Madeline Langier, Maryam Oloriegbe, Maria Fatima Proano Gallegos, Hafsa Saleem, Maha Saleem, Madeleine Landell, and Maria Belen Gallegos Espinel. 2021.
2. Kenneth. Psychiatry's Ancient Origins November 29, 2018 Kenneth J. Weiss, MD Group for the Advancement of Psychiatry. 2018;Psychiatric

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press



Times Psychiatric Times Vol 35, Issue 11 Volume 35 Issue 11.

3. Farreras. Farreras, I. G. (2023). History of mental illness. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), Noba textbook series: Psychology. Champaign, IL: DEF publishers. Disponibile da: <http://noba.to/65w3s7ex>. 2023;

4. Liberati. Breve storia della psichiatria-I primordi, estratto dal "Trattato di Psicologia" di Francesco Liberati. In 2016.

5. Pierotti. La riforma Mariotti nell'assistenza psichiatrica: disamina dell'iter legislativo(online). Disponibile da: europacentrostudi.org. 2022.

6. Armocida. BASAGLIA, Franco di Giuseppe Armocida - Bruno Zanobio - Dizionario Biografico degli Italiani - Volume 34 (1988) Disponibile da: treccani.it. In 1988.

7. Accademia della Crusca. Accademia della Crusca, Triage - Consulenza Linguistica, Miriam di Carlo, 23 giugno 2020 (online). Disponibile da: <https://accademiadellacrusca.it/>. 2020.

8. Gruppo Formazione Triage. Gruppo Formazione Triage, Cenni Storici, 31 gennaio 2015 (online). Disponibile da: <https://trriage.it/>. 2015.

9. Ministero della Salute. Accordo 25 ottobre 2001, Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: «Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria». (Gazzetta Ufficiale n.285, 7/12/2001). 2001.

10. WHO. World Mental Health Report, transforming mental health for all, WHO 2022 (online) Disponibile da: who.int. 2022.

11. WHO. Mental Health, overview and burden, World Health Organization (online) Disponibile da: who.int. 2023.

12. Watson T, Tindall R, Patrick A, Moylan S. Mental health triage tools: A narrative review. International Journal of Mental Health Nursing. 2023;32(2):352–64.

13. Miller AC, Frei SP, Rupp VA, Joho BS, Miller KM, Bond WF. Validation of a Triage Algorithm for Psychiatric Screening (TAPS) for Patients With Psychiatric Chief Complaints. JAOA J AM OSTEOPATH ASSOC. agosto 2012;112(8):502–8.

14. Schieferle Uhlenbrock J, Hudson J, Prewitt J, Thompson JA, Pereira K. Retrospective Chart Review of the Triage Algorithm for Psychiatric Screening (TAPS) for Patients Who Present to Emergency Departments With Psychiatric Chief Complaints. J EMERG NURS. settembre 2018;44(5):459–65.

15. Downey LVA, Zun LS, Burke T. Comparison of emergency nurses association emergency severity triage and australian emergency mental health triage systems for the evaluation of psychiatric patients. Journal of Ambulatory Care Management. 2014;37(1):11–9.

16. Downey LVA, Zun LS, Burke T. Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients. INT EMERG NURS. aprile 2015;23(2):138–43.

17. ACEM. Australasian College for Emergency Medicine. (2002). The Australasian triage scale (ATS). Retrieved May 17, 2013, from: www.acem.org.au/open/document/triage.htm. 2002.

18. Broadbent M, Jarman H, Berk M. Emergency department mental health triage scales improve





outcomes. *Evaluation Clinical Practice*. febbraio 2004;10(1):57–62.

19. Broadbent M, Moxham L, Dwyer T. The development and use of mental health triage scales in Australia. *Int J Mental Health Nurs*. dicembre 2007;16(6):413–21.

20. Wuerz RC, Milne LW, Eitel DR, Travers D, Gilboy N. Reliability and Validity of a New Five-level Triage Instrument. *Acad Emergency Med*. marzo 2000;7(3):236–42.

21. FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdtz MF. Republished paper: Emergency department triage revisited. *Postgraduate Medical Journal*. 1 agosto 2010;86(1018):502–8.

22. Heslop L, Elsom S, Parker N. Improving continuity of care across psychiatric and emergency services: combining patient data within a participatory action research framework. *J Adv Nurs*. gennaio 2000;31(1):135–43.

23. ACEP. American College of Emergency Physicians ACEP, 2004. Emergency departments see dramatic increase in people with mental illness. <http://www.acep.org/webportal/Newsroom/NR/general2004/emergencydepartmentsSeeDramaticIncreaseinPeoplewithMentalIllnessEmergencyPhysiciansCiteHealthCa.html> (accessed 14.02.). 2004.

24. Fernandes CMB, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, Rosenau AM, et al. Five-Level Triage: A Report from the ACEP/ENA Five-Level Triage Task Force. *Journal of Emergency Nursing*. gennaio 2005;31(1):39–50.

25. McDonough S, Wynaden D, Finn M, McGowan S, Chapman R, Hood S. Emergency department mental health triage consultancy service: an evaluation of the first year of the service. *Accident and Emergency Nursing*. gennaio 2004;12(1):31–8.

26. Büyükbayram Arslan A, Engin E, Kıyan S. Evaluation of the effectiveness of the Australian Mental Health Triage Scale in the emergency department: The case of Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022;58(4):2697–706.

27. Broadbent M, Moxham L, Dwyer T. Understanding nurses perspectives of acuity in the process of emergency mental health triage: a qualitative study. *CONTEMP NURSE*. giugno 2020;56(3):280–95.

28. Broadbent M, Creaton A, Moxham L, Dwyer T. Review of triage reform: the case for national consensus on a single triage scale for clients with a mental illness in Australian emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*. marzo 2010;19(5–6):712–5.

29. Brown AM, Clarke DE. Reducing uncertainty in triaging mental health presentations: Examining triage decision-making. *International Emergency Nursing*. 2014;22(1):47–51.

30. Boucher L. A triage scale for mental health, an emerging practice, a value-add for measuring demand for mental health services. *Sante Mentale au Quebec*. 2016;41(1):313–26.

31. Sands N, Elsom S, Berk M, Hosking J, Prematunga R, Gerdtz M. Investigating the predictive validity of an emergency department mental health triage tool. *Nursing and Health Sciences*. 2014;16(1):11–8.

32. Sands N, Elsom S, Keppich-Arnold S, Henderson K, Thomas PA. Perceptions of crisis care in populations who self-referred to a telephone-based mental health triage service. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2016;25(2):136–43.

33. Molina-López A, Cruz-Islas JB, Palma-Cortés M, Guizar-Sánchez DP, Garfias-Rau CY, Ontiveros-Urbe MP, et al. Validity and reliability of a novel





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department. *BMC Psychiatry*. 10 febbraio 2016;16:30.

34. Saebye D, Hoegh EB, Knop J. Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: Results from a descriptive 1-year evaluation study. Boyer L Dassa, D, Belzeaux, R, Henry, JM, Samuelian, JC, Baumstarck Barrau, K, et al, Boyer, L, Henry, JM, Samuelian, JC, Belzeaux, R, Auquier, P, Lancon, C, et al, Broadbent, M, Creaton, A, Moxham, L, Dwyer, T, Broadbent, M, Jarman, H, Berk, M, Creaton, A, Liew, D, Knott, J, Wright, M, Downey, LV, Zun, LS, Burke, T, Happell, B, Summers, M, Pinikahana, J, Henry, JM, Boyer, L, Belzeaux, R, Baumstarck Barrau, K, Samuelian, JC, Knop, J, Sogaard, U, Sorensen, AS, Schultz, V, Hasselbalck, E, Thusholdt, F, et al, Lai, KYC, Molina Lopez, A, Cruz Islas, J, Palma Cortes, M, Guizar Sanchez, D, Garfias Rau, C, Ontiveros Uribe, M, et al, Moll, HA, Moltke, K, Hoegh, EB, Saebye, D, Larsen, PL, Reff, KT, Knop, J, Morrison, A, Hull, A, Shepherd, B, Nordstrom, K, Zun, LS, Wilson, MP, Stiebel, V, Ng, AT, Bregman, B, et al, Sands, N, Elsom, E, Berk, M, Hosing, J, Prematunga, R, Gerdtz, M, Smart, D, Pollard, C, Walpole, B, Sogaard, U, Naylor, AS, Knop, J, Thusholt, FJ, Holm Jensen, EO, Thusholdt, F, Jensen, E, Knop, J, Naylor, AS, Sogaard, U, curatore. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2017;71(7):536–42.

35. Newman M, Judd M, Ravindranath D. Triage of psychiatric patients in the emergency department. *Australasian College for Emergency Medicine B C*, Ricketts, T, Bennett, S, Lemme, F, Bullard, MJ, Unger, B, Spence, J, Grafstein, E, Carlson, RJ, Nayar, N, Sur, M, Clarke, DE, Brown, AM, Hughes, L, Moduk, L, D'Orio, BM, Purselle, D, Stevens, D, Garlow, SJ, Downey, LA, Zun, LS, Fernandes, C, Bouthillette, F, Raboud, J, et al, Fernandes, CMB, Tanabe, P, Gilboy, N, et al, Folse, VN, Hahn, RL, Gilboy, N, Tanabe, P, Travers, DA, Rosenau, AM,

Eitel, DR, Happell, B, Summers, M, Pinikahana, J, Hooten, WM, Lyketsos, CG, Mollerihauer, M, Macy, D, Johnston, M, Norton, JW, Corbett, JJ, Olshaker, JS, Browne, B, Jerrard, DA, et al, Philibert, I, Phillips, A, Schumacher, JA, Gleason, SH, Holloman, GH, McLeod, WT, Shah, SJ, Fiorito, M, McNamara, RM, Slade, M, Taber, D, Clarke, MM, et al, Smart, D, Pollard, C, Walpole, B, Swift, RH, Harrigan, EP, Cappelleri, JC, Kramer, D, Chandler, LP, Yudofsky, SC, Kopecky, HJ, Kunik, M, Silver, JM, Endicott, J, Yudofsky, SC, Silver, JM, Jackson, W, Endicott, J, Williams, D, curatore. *Behavioral emergencies for the emergency physician*. 2013;(Australasian College for Emergency Medicine. (2005). *G24-Guidelines for the Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments*. 2005. Available at: http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_ImplementationATS.pdf):313–9.

36. Carrillo P, Fovet T, Poulet E. Psychiatric assessment at the emergency reception service: Semiological characteristics. *Annales Medico-Psychologiques*. 2018;176(8):803–9.

37. MacKway-Jones AJ, MacKway-Jones KC. An Expert Delphi study to derive a tool for mental health triage in emergency departments. *Emergency Medicine Journal*. 2019; 37(12):738–43.

38. Ha J, Jang K, An M. Development and validity of the Korea psychiatric triage algorithm. *BMC NURS*. 27 ottobre 2021;20(1):1–9.

39. Regione Lombardia. Novembre 2022. *Manuale di triage intraospedaliero Regione Lombardia*. 2022.

40. Regione Lazio. Revisione 3 ottobre 2019, *Manuale regionale triage intraospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici-colore)*. 2019.

41. Regione Friuli-Venezia Giulia. Versione 22 dicembre 2020, n. 01. *Triage in pronto soccorso per l'adulto: manuale operativo*. 2020.





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



42. Broadbent M. Improving competence in emergency mental health triage. Broadbent, M., Jarman, H. & Berk, M. (2002). Accident and Emergency Nursing, 10, 155–162. 2002;

43. Zun & Downey. Level of agitation of patients presenting to an emergency department, Zun, L. S., & Downey, L. A. (2008). Journal of Clinical Psychiatry, 10(1), 108–113. 2008;108–13.



Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press

Submission received: 14/10/2024
End of Peer Review process: 11/01/2025
Accepted: 21/01/2025





ALLEGATI:

Allegato 1. Stringhe di ricerca utilizzate.

#	Banca dati	Data di ricerca	Stringa di ricerca	N. risultati trovati	Totale dopo l'eliminazione dei doppi	Selezione	Inclusi
1	PubMed	14/03/2023	((triage[Title/Abstract]) AND (psychiatric[Title/Abstract] OR psychiatry[Title/Abstract] OR (mental health[Title/Abstract]) OR (mental illness[Title/Abstract]) OR (mental illnesses[Title/Abstract]) OR (mental disorder[Title/Abstract]) OR (mental disorders[Title/Abstract]) OR (psychiatric illness[Title/Abstract]) OR (psychiatric illnesses[Title/Abstract]) AND (rating scale[Title/Abstract]) OR (algoritym[Title/Abstract]) OR (questionnaire[Title/Abstract]))	235			
2	Cochrane Library	1/4/2023	triage OR nursing triage OR emergency triage in Title Abstract Keyword AND psychiatric OR psychiatric illness OR psychiatric disorder OR mental illness OR mental disorder in Title Abstract Keyword AND scale OR instrument OR tool OR questionnaire OR algorithm in Title Abstract Keyword - in Cochrane Reviews, Trials (Word variations have been searched)	49			
3	Cinahl	1/4/2023	(triage in the emergency department or triage or triage system) AND (psychiatric nursing or mental health nursing) AND (emergency department or emergency room or accident and emergency or accident & emergency or a&e or a & e) AND (scale or test or questionnaire or assessment or measure or inventory or instrument)	7			
3	Cinahl	1/4/2023	psychiatric triage AND (emergency department or emergency room or accident and emergency or accident & emergency or a&e or a & e) AND (scale or test or questionnaire or assessment or measure or inventory or instrument)	9			
4	Embase	1/4/2023	('triage'/exp OR triage OR (('triage'/exp OR triage) AND psychiatric) OR (('nursing'/exp OR nursing) AND ('triage'/exp OR triage)) OR (('emergency'/exp OR emergency) AND ('triage'/exp OR triage))) AND (psychiatric AND ('illness'/exp OR illness) OR (psychiatric AND ('disorder'/exp OR disorder)) OR (mental AND ('health'/exp OR health) AND ('disorder'/exp OR disorder))) AND ('scale'/exp OR scale OR 'tool'/exp OR tool OR 'algorithm'/exp OR algorithm OR 'instrument'/exp OR instrument)	369			
5	Scopus	17/04/2023	TITLE-ABS-KEY (triage OR "psychiatric triage" OR "emergency triage" OR "nursing triage") AND TITLE-ABS-KEY ("mental illness" OR "mental illnesses" OR "mental disorder" OR "mental health" OR psychiatry OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric illness") AND TITLE-ABS-KEY (scale OR tool OR questionnaire OR algoritym OR algorithm OR survey OR instrument)	339			
6	PsycInfo	3/4/2023	((psychiatric or mental-illness or mental-illnesses or mental-disorder or psychiatric-disorder) and (triage or emergency-triage or nursing-triage) and (scale or tool or instrument or measurement or evaluation or rating-scale)).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	118			

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
 ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
 20142, Milano, Italy



Milano University Press



DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



6	PsycInfo	3/4/2023	(psychiatric and triage and (scale or tool or instrument or algorithm or method))	91			
6	PsycInfo	3/4/2023	exp Emergency Services/ and exp Psychiatric Patients/ and (scale or tool or instrument or measurement or evaluation or algorithm or method)	57			
Totali:				1274	836	72	16

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press

46

Submission received: 14/10/2024

End of Peer Review process: 11/01/2025

Accepted: 21/01/2025



DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



Allegato 2. Tabella sinottica degli studi inclusi nella revisione.

#	Autore, anno	Luogo	Tipo di studio	Campione:	Risultati principali
1	Miller et al., 2012	USA	Quantitativo descrittivo retrospettivo	Campione iniziale di 1179 pazienti, presentatisi in ED (emergency department) nell'arco di 18 mesi, con disturbo psichiatrico. Di questi 825 avevano un TAPS negativo e potevano essere direttamente inviati presso l'EBH(emergency behavioural health). Tra questi è stato poi estratto un sample randomizzato di 100 pazienti, la cui documentazione è stata riesaminata per valutare l'utilità del TAPS.	Lo studio ha dimostrato l'utilità clinica dello strumento TAPS per identificare i pazienti psichiatrici senza "acute medical illness", che potevano essere indirizzati direttamente all'EBH senza l'esecuzione di test di laboratorio o esami strumentali; ciò riduce l'affollamento nell'ED e i tempi di attesa dei pazienti con patologia psichiatrica, che vengono rivalutati direttamente nel pronto soccorso a loro dedicato.
2	Ravindranath et al., 2013	USA	Revisione narrativa	/	I pazienti psichiatrici devono essere valutati al loro ingresso in pronto soccorso, e rivalutati periodicamente, con degli strumenti ad hoc, che permettono di ridurre i tempi d'attesa e migliorare gli outcome clinici dei pazienti.
3	Brown et al., 2014	Canada	Revisione narrativa	/	Lo sviluppo di strumenti ad hoc per il triage al paziente psichiatrico aumenta l'obiettività della valutazione, nonostante ciò bisogna sempre tenere in considerazione il fatto che la soggettività del personale possa alterare il processo di decision making.
4	Sands et al., 2014	Australia	Quantitativo descrittivo retrospettivo	N= 1718 pazienti recatisi in un anno presso l'ED con manifestazioni psichiatriche.	La VEDMHTT è uno strumento utile ed efficace per l'infermiere di triage, permette di identificare con accuratezza le presentazioni psichiatriche e il loro grado di urgenza. Necessari ulteriori studi per confermare la validità della scala.
5	Downey et al., 2014	USA	Quantitativo osservazionale trasversale	Campionamento di convenienza di 100 pazienti, >18 aa e con patologia psichiatrica.	Strumento ENA caratterizzato da indicatori di tipo medico e perciò poco adatto, inoltre non permette di individuare i vari livelli di urgenza tra i pazienti psichiatrici; la scala AEMHTS invece risulta migliore nel determinare la gravità della patologia psichiatrica del paziente e con il suo ausilio si è notato che i tempi di attesa per i singoli pazienti rientrano in quelli raccomandati dai protocolli in uso.

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press

47

Submission received: 14/10/2024

End of Peer Review process: 11/01/2025

Accepted: 21/01/2025





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



6	Downey et al., 2015	USA	Quantitativo osservazionale trasversale	Campione di convenienza di 105 pazienti presentatisi presso l'ED con disturbo psichiatrico.	La CTAS presenta limitazioni riguardo l'applicazione al paziente psichiatrico ed è meno adatta nell'eseguire una classificazione delle urgenze psichiatriche; l' AEMHTS garantisce il rispetto delle raccomandazioni riguardo i tempi di attesa, fornisce delle indicazioni specifiche e obiettive e garantisce un miglioramento degli outcome.
7	Sands et al., 2016	England	Quantitativo con cross-sectional survey	Campione di convenienza di 66 esperti nell'ambito del triage psichiatrico in emergenza-urgenza presso due centri specialistici in Wales e England.	Dimostrata "substantial interrater reliability" tra i vari esperti; la scala è semplice da usare dopo un breve periodo di training. Necessario indagare ulteriormente la sicurezza della scala, la sua accuratezza e gli outcome clinici dei pazienti sui quali è stata utilizzata la scala.
8	Boucher et al., 2016	Canada	Quantitativo descrittivo	Campione di 214 pazienti.	La versione finale della RIFCAS per il triage psichiatrico consente di valutare in maniera oggettiva la priorità da assegnare al paziente in triage, facilita le procedure all'infermiere di triage e garantisce una maggiore sicurezza al paziente.
9	Molina-Lopez et al., 2016	Mexico	Quantitativo osservazionale trasversale	Campione iniziale di 7719 pazienti presentatisi nell'arco di un anno presso un ED in Città del Messico per patologie psichiatriche, di questi 20 hanno rifiutato di venir valutati con lo strumento CRPT, 8 hanno abbandonato l'ED prima della visita medica e 84 pazienti non sono stati valutati con CRPT; di conseguenza il sample size finale è stato di 7631 pazienti. Per quanto riguarda la "content validity e reliability" il campione estratto dal sample size è stato di 158 pazienti.	Lo studio sostiene l'utilità della CRPT come strumento per valutare il paziente psichiatrico nell'ambito dell'emergenza-urgenza, in particolare per identificare non tanto la gravità della patologia ma più che altro il rischio evolutivo attuale o potenziale del paziente. L'introduzione di approcci standardizzati al paziente psichiatrico può ridurre lo stigma nei confronti di questa categoria di pazienti e migliorare l'assistenza sanitaria a loro fornita.
10	Saebye et al., 2017	Denmark	Quantitativo descrittivo trasversale	Campione iniziale di 1126 pazienti durante 36 giornate di ricerca. Nella documentazione del triage di 197 pazienti non è stato inserito il codice colore perciò solo i restanti 929 pazienti di cui si aveva documentazione completa sono stati inseriti nello studio.	Il sistema di triage con codice colore introdotto in Danimarca ha ottimizzato la categorizzazione delle urgenze, diminuito i tempi di attesa, facilitato le decisioni cliniche e aumentato la sicurezza sia dei pazienti che dello staff; inoltre ci si aspetta un miglioramento degli outcome dei pazienti.

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press



DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



11	Carrillo et al., 2018	France	Revisione narrativa	/	Fondamentale la standardizzazione delle procedure di triage con l'utilizzo di strumenti ad hoc per il paziente psichiatrico, come la RHMHTS; è molto importante che questi strumenti e il triage al paziente psichiatrico vengano eseguiti da personale specificatamente addestrato.
12	Uhlenbrock et al., 2018	USA	Quantitativo descrittivo retrospettivo	Campione iniziale di 154 pazienti, di questi ne sono stati esclusi: 20 perché pazienti con anche diagnosi di tipo internistico, 12 poiché visitati presso un altro presidio ospedaliero, 9 duplicati, 6 non rientravano nel periodo considerato per eseguire lo studio, 5 erano donne gravide e 1 era stato registrato per errore. Lo studio ha perciò un sample finale di 101 pazienti dei quali sono state esaminate le cartelle cliniche relative alla loro permanenza presso l'ED.	Lo strumento TAPS risulta appropriato nell'identificare l'assenza o meno di "acute medical illness" in pazienti con disturbo psichiatrico e utile soprattutto per strutture ospedaliere che sono fornite anche di un servizio di emergenza-urgenza apposito per il paziente psichiatrico, che verrebbe così indirizzato al suddetto servizio bypassando l'ED generale. Ciò consentirebbe di potenziare l'assistenza incentrata sulla patologia psichiatrica e ridurrebbe l'utilizzo di test di laboratorio e di diagnostica per immagini non necessari in condizioni di assenza di patologie internistiche acute.
13	Mackway-Jones et al., 2019	England	Qualitativo con metodo Delphi	Panel di 36 esperti, dei quali 34 hanno deciso di partecipare. Hanno poi effettivamente contribuito allo studio solo 28 esperti.	Lo strumento potrebbe portare a dei benefici sul paziente psichiatrico che viene triagiato con la suddetta metodologia; è necessario considerare possibili bias correlati al disegno di studio utilizzato inoltre è fondamentale revisionare lo strumento per ridefinire alcuni item che potrebbero essere soggetti a libera interpretazione da parte dell'infermiere che si trova ad utilizzarlo, e successivamente validarlo con adeguati studi.
14	Ha et al., 2021	South Korea	Qualitativo etnografico	L'algoritmo dello studio in questione è stato elaborato dopo l'esecuzione di una revisione della letteratura. Successivamente è stato eseguito il "content validity" da parte di un panel di 10 esperti. Il panel di esperti che invece è stato scelto per eseguire il "clinical validity" dell'algoritmo modificato è composto da 37 infermieri/e, esperti in triage presso due ED(emergency department) di Seoul. I partecipanti allo studio hanno analizzato la	L'algoritmo finale è stato confermato dopo che il panel di 37 esperti ne ha verificato applicabilità, utilità ed adeguatezza. Ci si aspetta che l'utilizzo dell'algoritmo per il triage del paziente psichiatrico porti non solo ad un miglioramento nella qualità dell'assistenza ma anche degli outcome e dell'esperienza del paziente.

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press





				validità clinica dell'algoritmo oggetto di studio basandosi sulla propria esperienza nel triagiare i pazienti psichiatrici presentatisi presso gli ED.	
15	Büyükbayram Arslan et al., 2022	Turkey	Interventistico quasi-sperimentale	Campione di 30 infermieri/e con almeno un anno di esperienza nell'ED(emergency department)e che lavorino attivamente in triage; questi sono stati adeguatamente formati prima dell'inizio dello studio. Sono stati poi raccolti i dati di 378 pazienti, 210 triagiati precedentemente, senza l'utilizzo dello strumento, e 168 con l'utilizzo dell' AMHTS.	Lo strumento AMHTS è valido nel migliorare l'abilità degli infermieri nell'assegnare la priorità assistenziale. Per verificare la validità dello strumento sono comunque necessari ulteriori studi a lungo termine e con sample-size maggiori, in modo da poter definire se lo strumento sia realmente adatto per la realtà della Turchia e per Stati con condizioni e caratteristiche simili.
16	Watson et al., 2023	Australia	Revisione narrativa	57 studi sia qualitativi che quantitativi che descrivono strumenti per MHT(mental health triage).	L'ETEK ATS è valido per il MHT nel setting dell'emergenza-urgenza; necessari ulteriori studi con lo scopo di sviluppare e validare nuovi strumenti per MHT. Da quanto si evince dalla letteratura esistente i tools per il MHT sembrano migliorare l'assistenza clinica fornita al paziente e ridurre gli outcome negativi.

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
 ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
 20142, Milano, Italy



Milano University Press



DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



Allegato 4. Algoritmi regionali a confronto.

Regione	Codice 1 Emergenza Valutazione spec. immediata	Codice 2 Urgenza indifferibile Tempo di attesa max.: 15 min.	Codice 3 Urgenza differibile Tempo di attesa max.: 60 min.	Codice 4 Urgenza minore Tempo di attesa max.: 120 min.	Codice 5 Non urgente Tempo di attesa max.: 240 min.
Lombardia	Paziente violento, GCS<9/15.	Paziente con agitazione psicomotoria, allucinazioni, auto/eterolesionismo, 10<GCS<14. <u>Cosa fare:</u> sorveglianza diretta del paziente, garantire al paziente un ambiente sicuro.	Paziente con patologia cronica che richiede consulenza psichiatrica, disturbi alimentari cronici, depressione maggiore. <u>Cosa fare:</u> sorveglianza diretta del paziente, garantire al paziente un ambiente sicuro.	Nessuno dei precedenti criteri.	Nessuno dei precedenti criteri.
Lazio	Paziente con agitazione estrema, aggressività, tentato suicidio, autolesionismo, ideazione suicidaria, TSO. <u>Cosa fare:</u> sorveglianza visiva, garantire ambiente sicuro, allertare il personale della sicurezza e lo psichiatra.	Paziente con agitazione estrema, irrequietezza, sintomi psicotici(allucinazioni e bizzarrie), etilismo acuto con comportamento non controllabile, disorientamento spazio/temporale, confusione mentale. <u>Cosa fare:</u> osservazione ogni 15 minuti, garantire ambiente sicuro, contattare il personale della sicurezza se necessario.	Paziente con agitazione moderata, alterazione dell'umore in senso euforico, depressione in assenza di autolesionismo/ideazione suicidaria, etilismo cronico senza disturbi comportamentali. <u>Cosa fare:</u> osservazione ogni 30 minuti, garantire ambiente sicuro, contattare il personale della sicurezza se necessario.	Paziente irritabile, riferito attacco di panico, richiesta di farmaci, problemi sociali di tipo economico o relazionale. <u>Cosa fare:</u> controllo di routine in sala d'attesa ad intervalli di massimo un'ora.	Non criteri di priorità. (Definire protocolli locali per i pazienti che richiedono un colloquio con lo psichiatra).
Friuli-Venezia Giulia	Paziente violento, agitazione psicomotoria, allucinazioni, stato confusionale con grave compromissione della capacità di giudizio o ideazione.	Paziente agitato, autolesionismo in atto o riferito, episodio di intossicazione volontaria o accidentale riferita o dubbia.	Storia pregressa di patologia psichiatrica, assenza di acuzie.	Nessuno dei precedenti criteri.	Nessuno dei precedenti criteri.

Corresponding author:

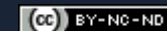
Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy



Milano University Press



DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTP://WWW.DISSERTATIONNURSING.COM](http://www.dissertationnursing.com)

Allegato 3. Scale di valutazione rinvenute in letteratura.

Scala di valutazione	N° criteri di valutazione	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Criterio 6	Criterio 7	Criterio 8
TAPS (Triage Algorithm for Psychiatric Screening)	6 domande con risposta "SI" o "NO"	<p>1.II paziente ha età > 65 aa?</p> <p>2.II paziente presenta un'alterazione dei parametri vitali? (TC>37,8°C; 100bpm <FC<60bpm; 180mmHg<PAS<100mmHg; 100mmHg<PAD<60mmHg; 24atti/min<FR<10atti/min).</p> <p>3.II paziente lamenta come disturbo principale una sintomatologia riconducibile a patologia medica?</p> <p>4.II paziente lamenta allucinazioni o deliri di nuova insorgenza?</p> <p>5.II paziente ha storia pregressa di schizofrenia o ritardo mentale?</p> <p>6.II paziente appare visibilmente intossicato dall'uso di sostanze oppure ammette l'utilizzo di alcool o droghe nelle ultime 8 ore?</p>							
AEMHTS (Australasian Emergency Mental Health Triage Systems)	5 codici numerici	<p>Codice 1 Pazienti che rappresentano un pericolo per sé o per gli altri (violenti o in possesso di armi). <u>Tempo di attesa max.:</u> valutazione specialistica immediata</p>	<p>Codice 2 Pazienti che rappresentano un probabile pericolo per sé o per gli altri (aggressività, agitazione severa, pazienti non collaboranti), atteggiamenti auto-lesivi, minaccia di violenze etero-dirette. <u>Tempo di attesa max.:</u> 10 minuti</p>	<p>Codice 3-Urgenza Pazienti che rappresentano un possibile pericolo per sé o per gli altri (agitazione, comportamento bizzarro/disorganizzato, confusione, ideazione suicidaria, allucinazioni, pensiero paranoide, irritabilità, sintomatologia ansiosa o depressiva severa). <u>Tempo di attesa max.:</u> 30 minuti</p>	<p>Codice 4-Semi-urgenza Pazienti in condizione di moderato distress, irritabili ma non aggressivi o agitati, collaboranti e coerenti nel descrivere storia clinica/sintomatologia, pazienti con sintomatologia ansiosa o depressiva ma senza ideazione suicidaria. <u>Tempo di attesa max.:</u> 60 minuti</p>	<p>Codice 5-Non urgenza Pazienti che non rappresentano un pericolo per sé o per gli altri, collaboranti, comunicativi (pazienti con patologie croniche, pazienti che lamentano lievi effetti avversi da farmaci, pazienti con problemi in ambito relazionale, sociale, lavorativo...). <u>Tempo di attesa max.:</u> 120 minuti</p>			

Corresponding author:

Gloria Carroni; gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy

52

Submission received: 14/10/2024

End of Peer Review process: 11/01/2025

Accepted: 21/01/2025





DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTP://WWW.DISSERTATIONNURSING.COM](http://www.dissertationnursing.com)

RIFCAS Brief Triage Scale	5 livelli di priorità	Non è stato possibile risalire allo strumento di valutazione completo perché non inserito dagli autori nell'articolo di riferimento.				
VEDMHTT (Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool)	5 codici numerici e colore	<p>Codice 1-Rosso Pazienti che rappresentano un rischio per sé o per gli altri (violenti, disorientati, in possesso di armi, agitazione estrema, allucinazioni o deliri che spingano il paziente ad agiti eterodiretti).</p> <p><u>Tempo di attesa max.:</u> valutazione specialistica immediata.</p> <p><u>Raccomandazioni:</u> rivalutazione continua, ambiente sicuro, disponibilità di personale in caso di necessità di restrizioni fisiche, allertare la sicurezza se necessario.</p>	<p>Codice 2-Giallo-Emergenza Pazienti che rappresentano un probabile rischio per sé o per gli altri (estrema agitazione, aggressività, non collaboranti, confusi, allucinati o deliranti, necessità di misure contenitive, agiti autolesivi o minacce di agiti eterolesivi), pazienti contenuti presso il pronto soccorso, pazienti che potrebbero lasciare il pronto soccorso prima di venir valutati dallo specialista.</p> <p><u>Tempo di attesa max.:</u> 10 minuti.</p> <p><u>Raccomandazioni:</u> rivalutazione continua, ambiente sicuro, tecniche di de-escalation, garantire la presenza della sicurezza se necessario.</p>	<p>Codice 3-Verde-Urgenza Pazienti che rappresentano un possibile rischio per sé o per gli altri (agitazione, confusione, poco propensi ad attendere la rivalutazione specialistica e il trattamento, ideazione suicidaria, presenza di sintomi psicotici quali allucinazioni, deliri, paranoie, comportamento bizzarro, severa depressione, ansia, irritabilità).</p> <p><u>Tempo di attesa max.:</u> 30 minuti.</p> <p><u>Raccomandazioni:</u> assicurarsi della presenza di una persona di supporto al paziente in sala d'attesa, ambiente sicuro, rivalutazione in caso di cambiamenti nel comportamento, allertare la sicurezza.</p>	<p>Codice 4-Blu-Semi urgenza Pazienti in distress moderato (non agitati, non violenti, irritabili, collaboranti e coerenti nel descrivere la propria storia e sintomatologia), pazienti con storia pregressa di patologia psichiatrica, pazienti con ansia o depressione ma senza ideazione suicidaria, pazienti disposti ad attendere in pronto soccorso la rivalutazione specialistica.</p> <p><u>Tempo di attesa max.:</u> 60 minuti.</p> <p><u>Raccomandazioni:</u> sorveglianza periodica, rivalutazione in caso di cambiamenti nel comportamento del paziente (agitazione, aggressività, aumento del distress...).</p>	<p>Codice 5-Bianco-Non urgente Pazienti che non rappresentano un pericolo per sé o per gli altri, (no distress acuto, collaboranti durante il colloquio, critici di malattia, complianti verso il piano di cure), pazienti noti per psicosi, pazienti con patologia psichiatrica nota in anamnesi, problemi di tipo sociale, finanziario o relazionale...</p> <p><u>Tempo di attesa max.:</u> 120 minuti.</p>

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy

53

Submission received: 14/10/2024

End of Peer Review process: 11/01/2025

Accepted: 21/01/2025





DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTP://WWW.DISSERTATIONNURSING.COM](http://www.dissertationnursing.com)



UK MHTS (UK Mental Health Triage Scale)	7 codici alfabetici e colore							
		<p>A-Emergenza-Codice rosso Paziente violento, tentato suicidio, overdose, possesso di un'arma. <u>Tempo di attesa:</u> recarsi immediatamente presso il pronto soccorso. <u>Cosa fare:</u> contattare le forze dell'ordine e/o i servizi di primo soccorso per trasportare il paziente in pronto soccorso, supporto telefonico prima dell'arrivo dei soccorsi.</p>	<p>B-Molto urgente-Codice arancione Il paziente rappresenta un elevato ed imminente pericolo per sé o per gli altri (ideazione suicidaria in atto, delirium, demenza, manzanza del controllo degli impulsi). <u>Tempo di attesa max.:</u> 4 ore. <u>Cosa fare:</u> assistenza da parte del crisis team, consigliare al paziente di recarsi in pronto soccorso per una rivalutazione, supporto telefonico.</p>	<p>C-Urgente-Codice giallo Il paziente rappresenta un rischio per sé o per gli altri, è in una condizione di elevato distress e vi è assenza di un adeguato supporto; può presentarsi con ideazione suicidaria, peggioramento della sintomatologia psicotica, delirium, demenza, alterato controllo degli impulsi. <u>Tempo di attesa max.:</u> 24 ore. <u>Cosa fare:</u> assistenza al paziente da parte del crisis team o dei servizi di salute mentale a livello territoriale, supporto telefonico.</p>	<p>D-Semi urgenza-Codice verde Il paziente rappresenta un rischio moderato per sé o per gli altri ed è in una condizione di distress, paziente acritico, sintomatologia riconducibile a psicosi, fenomeno del "wandering" presso l'ospedale o in comunità. <u>Tempo di attesa max.:</u> 72 ore. <u>Cosa fare:</u> il paziente potrà rivolgersi ai servizi di salute mentale presenti a livello territoriale, nel frattempo riceverà supporto telefonico e verrà rivalutata la sua situazione in modo da individuare precocemente eventuali cambiamenti.</p>	<p>E-Non urgente-Codice blu Il paziente è stabile e rappresenta un basso rischio per sé o per gli altri, ha a disposizione un supposto adeguato da parte di altri servizi in attesa della rivalutazione psichiatrica. <u>Tempo di attesa max.:</u> 4 settimane. <u>Cosa fare:</u> il paziente potrà rivolgersi ai servizi di salute mentale presenti a livello territoriale, nel frattempo riceverà supporto telefonico e il personale si terrà in contatto in modo da individuare eventuali variazioni riguardo la condizione del paziente.</p>	<p>F-Codice bianco Il paziente non ha necessità di una valutazione specialistica di tipo psichiatrico. <u>Cosa fare:</u> invitare il paziente a rivolgersi ad altre tipologie di servizi più adatti ai suoi bisogni, assistere e supportare il paziente nella scelta del servizio e nel mettersi in contatto con esso.</p>	<p>G-Codice bianco Il paziente necessita solo di consigli o informazioni da parte del personale. <u>Cosa fare:</u> le informazioni possono essere fornite dal personale adibito al triage, può essere offerta al paziente la possibilità di supporto per via telefonica.</p>





DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTP://WWW.DISSERTATIONNURSING.COM](http://www.dissertationnursing.com)

CRPT (Color Risk Psychiatric Triage)	5 codici colore associati a 32 codici numerici	Codice 1-Marrone = Paziente con emergenza medica o delirium; Codici 01-02 = Pazienti che necessitano ALS (Advanced Life Support). Codici 03-06 = Pazienti con patologie mediche acute e complicate	Codice 2-Rosso = Paziente con PEP (Psychiatric Emergency Presentation) ad alto rischio, assunzione di sostanze stupefacenti, paziente che rappresenta un rischio potenziale per gli altri con comportamenti aggressivi. <u>Tempo di attesa max.:</u> rivalutazione specialistica immediata. <u>Raccomandazioni:</u> contenzioni fisiche e/o farmacologiche. Codici 07-09 = Pazienti con intossicazione da sostanze o astinenza. Codici 10-14 = Pazienti con comportamenti violenti eterodiretti.			Codice 3-Giallo =Paziente con PEP a rischio moderato, che rappresenta un pericolo per sé (ideazione suicidaria) o pazienti con severa agitazione. <u>Tempo di attesa max.:</u> 15-30 minuti. <u>Raccomandazioni:</u> sorveglianza, ambiente sicuro e protetto, tranquillizzare il paziente. Codici 15-18 = Pazienti con ideazione suicidaria. Codici 19-22 = Pazienti con agitazione severa.		Codice 4-Verde Pazienti con PEP a rischio lieve, che lamentano distress o agitazione lieve/moderata. <u>Tempo di attesa max.:</u> 30.60 minuti. <u>Raccomandazioni:</u> permanenza in sala d'attesa, eventuale somministrazione di terapia farmacologica. Codici 23-25 Pazienti con distress Codici 26-27 Pazienti che necessitano di attenzione speciale.		Codice 5-Bianco-Non urgente = Pazienti senza PEP a rischio. <u>Tempo di attesa max.:</u> 60-120 minuti. <u>Raccomandazioni:</u> permanenza in sala d'attesa, intervento psico-educativo. Codici 28-29 = Pazienti con PEP soggettiva Codici 30-32 = Pazienti che richiedono supporto per problematiche di tipo sociale, relazionale, economico...	
Scala per il MHT sviluppata in Danimarca	5 codici colore		Codice rosso Pazienti che rappresentano un rischio per sé e per gli altri, con comportamenti violenti, severe e acute condizioni mediche o delirio. <u>Tempo di attesa max.:</u> rivalutazione specialistica immediata.	Codice arancione Pazienti che rappresentano un probabile rischio per sé o per gli altri, con agitazione severa o aggressività. <u>Tempo di attesa max.:</u> 15 minuti.	Codice giallo = Pazienti irritabili, con sintomatologia psicotica, ansia o stati di grave stress, <u>Tempo di attesa max.:</u> 60 minuti.	Codice verde Pazienti con distress lieve o moderato, pazienti noti per patologie psichiatriche, pazienti senza sintomatologia medica acuta. <u>Tempo di attesa max.:</u> 180 minuti.	Codice blu Pazienti senza sintomatologia medica acuta né sintomatologia psichiatrica. <u>Tempo di attesa max.:</u> 240 minuti.				

Corresponding author:

Gloria Carroni; gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy

55

Submission received: 14/10/2024

End of Peer Review process: 11/01/2025

Accepted: 21/01/2025





DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTP://WWW.DISSERTATIONNURSING.COM](http://www.dissertationnursing.com)

RHMHTS (Royal Hobart Mental Health Triage Scale)	5 codici numerici	<p>Codice 1= Paziente che necessita di manovre rianimatorie.</p> <p><u>Tempo di attesa max.:</u> rivalutazione specialistica immediata,</p> <p><u>Raccomandazioni:</u> monitoraggio continuo, possibile necessità di contenzione fisica, ambiente sicuro.</p>	<p>Codice 2-Molto urgente Paziente violento, aggressivo, con ideazione suicidaria o che necessita di essere scortato dalle forze dell'ordine.</p> <p><u>Tempo di attesa max.:</u> 10 minuti.</p> <p><u>Raccomandazioni:</u> monitoraggio visivo continuo, allertare l'equipe medica, ambiente sicuro, tecniche di de-escalation, proposta di trattamento farmacologico orale, rivalutazione in caso di variazioni nella sintomatologia.</p>	<p>Codice 3-Urgente = Paziente con ansia severa, delirante, potenziale rischio di comportamenti aggressivi verso sé o gli altri. <u>Tempo di attesa max.:</u> 30 minuti. <u>Raccomandazioni:</u> ambiente sicuro e rivalutazione periodica del paziente.</p>	<p>Codice 4-Semi-urgente Paziente con patologia psichiatrica semi-urgente, accompagnato da personale infermieristico specializzato (infermiere psichiatrico).</p> <p><u>Tempo di attesa max.:</u> 60 minuti.</p> <p><u>Raccomandazioni:</u> rivalutazione periodica del paziente.</p>	<p>Codice 5</p> <p>Paziente con disturbo psichiatrico cronico, assenza di urgenze/acuzie e assenza di personale di accompagnamento.</p> <p><u>Tempo di attesa max.:</u> 120 minuti.</p> <p><u>Raccomandazioni:</u> rivalutazione periodica del paziente.</p>
KPTA (Korean Psychiatric Triage Algorithm)	4 codici colore	<p>Codice rosso-Emergenza</p> <p>Pazienti aggressivi e violenti.</p> <p><u>Tempo di attesa max.:</u> 30 minuti.</p>	<p>Codice giallo-Urgenza = Pazienti che hanno tentato il suicidio o pazienti con agitazione severa.</p> <p>Per valutare la presenza di agitazione severa si devono osservare: scarso controllo degli impulsi, tensione, ostilità, paziente non collaborante e agitazione(ad ognuno di questi item viene assegnato un punteggio crescente da 1 a 7 in base alla gravità di questi sintomi, se almeno uno dei 5 item ha raggiunto uno score di 4 allora si può affermare che il paziente è affetto da agitazione severa).<u>Tempo di attesa max.:</u> 60 minuti.</p>	<p>Codice verde-Semi urgenza Pazienti con agitazione lieve (quando nessuno dei 5 item ha uno score di 4 o maggiore). <u>Tempo di attesa max.:</u> 90 minuti.</p>	<p>Codice grigio-Non urgenza</p> <p><u>Tempo di attesa max.:</u> 120 minuti.</p>	

Corresponding author:

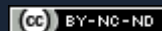
Gloria Carroni; gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
20142, Milano, Italy

56

Submission received: 14/10/2024

End of Peer Review process: 11/01/2025

Accepted: 21/01/2025





DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTP://WWW.DISSERTATIONNURSING.COM](http://www.dissertationnursing.com)



Scala per il MHT sviluppata in Inghilterra	4 codici		Emergenza Pazienti con estrema agitazione o aggressivi tanto che necessitano di contenzioni, pazienti che rappresentano un rischio per sé o per gli altri. <u>Tempo di attesa max.:</u> rivalutazione specialistica immediata.	Molto urgente Pazienti con aggressività o agitazione severa, pazienti che mettono in atto agiti autolesivi, rischio di violenze eterodirette, pazienti con allucinazioni o nuova insorgenza di psicosi. <u>Tempo di attesa max.:</u> 10 minuti.	Urgenza Pazienti con aggressività moderata, a rischio moderato di agiti autolesivi, pazienti in condizione di marcato distress, donne con storia recente di gravidanza e parto. <u>Tempo di attesa max.:</u> 60 minuti.	Non urgente Pazienti con nuova insorgenza di sintomi riconducibili a patologia psichiatrica, pazienti dimessi negli ultimi 15gg dai servizi di salute mentale. <u>Tempo di attesa max.:</u> 120 minuti.
MHTS (Mental Health Triage Scale) adattata dall'ATS(Australasian Triage Scale)	4 codici numerici		Codice 2-Emergenza Paziente che rappresenta un pericolo per sé o per gli altri (violento, aggressivo, ideazione suicidaria, scortato dalle forze dell'ordine). <u>Tempo di attesa max.:</u> 10 minuti.	Codice 3-Urgenza Paziente che rappresenta un potenziale rischio per sé o per gli altri, in elevato distress, psicotico e a rischio di comportamenti aggressivi. <u>Tempo di attesa max.:</u> 30 minuti.	Codice 4-Semi urgenza Paziente con patologia psichiatrica sub-acuta, accompagnato da personale di supporto. <u>Tempo di attesa max.:</u> 60 minuti.	Codice 5-Non urgente Paziente con patologia psichiatrica cronica in assenza di acuzie e senza la presenza di personale di supporto. <u>Tempo di attesa max.:</u> 120 minuti.

Corresponding author:

Gloria Carroni: gloria.carroni@asst-santipaolocarlo.it
 ASST Santi Paolo e Carlo, via di Rudini 8,
 20142, Milano, Italy

57

Submission received: 14/10/2024

End of Peer Review process: 11/01/2025

Accepted: 21/01/2025

