



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE
SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA

tel + 39 0403775551
fax + 39 0403775523

salute@regione.fvg.it
salute@certregione.fvg.it
I - 34124 Trieste, Riva Nazario Sauro 8

Decreto n° 366/SPS del 20/02/2018

IL TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO PER L'ADULTO - MANUALE OPERATIVO 2018

Il Direttore dell'Area servizi assistenza ospedaliera

Considerato il D.P.R. 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di sanitari di emergenza" che definisce le attività d'urgenza ed emergenza sanitaria garantite dal sistema sanitario in ambito territoriale ed ospedaliero;

Alla luce dell'Atto di intesa tra Stato e Regioni del 17 maggio 1996 "Approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992" che fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza e definisce che all'interno del D.E.A. deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione delle persone in base a criteri definiti che consentono di stabilire le priorità di intervento, e che tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio;

Tenuto conto dell'Accordo del 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome che fornisce gli indirizzi ed i criteri generali contenuti nelle linee guida: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso)" e "chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria";

Considerato l'Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento: «Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza» che fornisce indicazioni per la definizione degli obiettivi formativi che le varie figure professionali coinvolte devono conseguire al fine di garantire contestualmente l'uniformità dei percorsi formativi previsti dalle varie realtà regionali;

Tenuto conto della L.R. 16 ottobre 2014, n. 17 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria", che definisce l'organizzazione e le funzioni della rete ospedaliera regionale;

Considerata la DGR n. 2039 del 16 ottobre 2015 "LR 17/2014, Art. 37 – Piano dell'emergenza urgenza della regione Friuli Venezia Giulia: approvazione definitiva" che specifica le prestazioni sanitarie che i servizi di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri regionali sono deputati a garantire;

Tenuto conto di quanto stabilito nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Accordo 23/11/2017 "Percorso per le donne che subiscono violenza" che definisce il percorso per la tempestiva ed adeguata presa in carico a partire dal Triage delle donne che hanno subito violenza;

Preso atto della specificità del Pronto Soccorso ospedaliero all'interno della rete dell'emergenza urgenza tale da richiedere specifici approfondimenti ed elaborazioni finalizzate al miglioramento dello stesso, in particolare in riferimento ai temi del triage, dell'accoglienza, dell'organizzazione dei percorsi interni e che per le sue caratteristiche di apertura h24 e disponibilità di risorse e competenze rappresenta uno snodo cruciale che contribuisce, in stretta collaborazione con le altre strutture del SSR, a garantire qualità, appropriatezza, uniformità, equità e sicurezza delle cure;

Considerato che nel corso del 2010, in regione è stato attivato un gruppo di lavoro multiprofessionale rappresentativo delle diverse realtà regionali che, sulla base delle esperienze locali e dei riferimenti di letteratura internazionale, ha elaborato nel 2012 il documento "Triage Regionale FVG", diffuso a partire dal 2014 ed operativo in tutti i PS della regione dal 2016;

Tenuto conto del lavoro di analisi e di verifica dei risultati derivanti dall'applicazione del sistema di Triage regionale condotto nel corso del 2017 da un gruppo di lavoro multiprofessionale rappresentativo delle diverse strutture regionali di PS ed il documento sul nuovo modello di Triage regionale elaborato dal gruppo stesso "Il Triage di Pronto Soccorso per l'adulto – manuale operativo 2018";

Rilevato che il suddetto documento risulta attuale, è stato elaborato in riferimento alle indicazioni nazionali e fornisce indicazioni operative condivise sulla attuazione del Triage nelle strutture di PS;

Preso atto che il suddetto documento è stato approvato dai Direttori delle strutture di PS della regione nella riunione del 14 novembre 2017 e dal CREU nella seduta del 30 gennaio 2018;

Ritenuto di approvare Il documento "Triage di Pronto Soccorso per l'adulto – manuale operativo 2018" allegato al presente decreto di cui costituisce parte integrante.

Tutto ciò premesso

Decreta

1. Di adottare a livello regionale il documento "Il Triage di Pronto Soccorso per l'adulto – manuale operativo 2018" allegato al presente decreto di cui costituisce parte integrante.
2. Di trasmettere copia del presente provvedimento alle Aziende sanitarie della Regione per gli adempimenti di competenza.
3. Di dare mandato ad INSIEL di implementare il nuovo sistema di Triage nel programma informatico "SEI" di gestione del Pronto Soccorso.

Il Direttore di Area
dott. Giuseppe Tonutti
(firmato digitalmente)



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

IL TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO PER L'ADULTO

Manuale Operativo 2018



Gruppo Regionale Triage

Regione Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria,
politiche sociali e famiglia - DCSISSPSF
Area servizi assistenza ospedaliera
Direttore: Giuseppe Tonutti

Redazione del documento

Andrian Manila	AAS2	Esposito Walter	AAS3	Radu Florena	AAS5
Arban Marilena	AAS5	Fagotto Sara	AAS5	Riosa Serena	ASUIITS
Armini Lorenzo	AAS2	Fratta Massimiliano	AAS3	Rossi Paola	ASUIUD
Balestreri Elisabetta	ASUIITS	Giusto Lara	AAS5	Senia Andrea	AAS3
Bernardon Cristina	AAS5	Goriani Elisabetta	AAS2	Sfiligoi Sabina	AAS2
Bisortole Maria Cristina	AAS3	Guzzardi Elena	ASUIITS	Sut Alfredo	AAS5
Borlini Alessandro	AAS2	Martin Nadia	AAS2	Tavano Catia	ASUIUD
Bramuzzo Caterina	AAS2	Mattieligh Rosetta	ASUIUD	Torossi Ivan	AAS3
Calci Mario	DCSISSPSF	Palmano Luciana	AAS3	Ukmar Michela	ASUIUD
Carandoni Sonia	AAS3	Paolillo Ciro	ASUIUD	Unida Franca	AAS2
Cecchin Elena	AAS2	Piccini Paolo	AAS2	Urbani Romina	AAS3
Copetti Laura	ASUIUD	Pin Nadia	AAS5	Valeri Natascia	AAS2
Cristiani Daniele	AAS2	Pistan Valentina	ASUIITS	Venier Emilia	AAS5
Devetak Valentina	AAS2	Prelli Paola	AAS2	Vicenzotto Christian	AAS5
Ermacora Debora	AAS2	Qualli Barbara	AAS2	Zuppel Luca	AAS2

Coordinamento del gruppo di lavoro

Calci Mario - Area Servizi Assistenza Ospedaliera - DCSISSPSF

Verifica e Approvazione del documento

Direttori delle Strutture/Servizi di Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza Enti Sanitari FVG nella riunione del 14/11/2017
Comitato regionale Emergenza Urgenza (CREU) nella seduta del 30/01/2018
Tonutti Giuseppe – Direttore Area Servizi Assistenza Ospedaliera - DCSISSPSF

Pubblicazione

La presente edizione è stata chiusa in redazione nel mese di febbraio 2018
Il documento è pubblicata sul sito della regione Friuli Venezia Giulia, sezione "sistema sanitario e sociale" ed è scaricabile al seguente link:
<http://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA135/>

INDICE

<u>1. INTRODUZIONE</u>	pag. 5
<u>1.1 Metodo di lavoro per la revisione del Triage regionale</u>	5
<u>2. IL TRIAGE REGIONALE</u>	6
<u>2.1 Definizione di Triage</u>	6
<u>2.2 Rivalutazione del codice di priorità</u>	7
<u>2.3 L'organizzazione delle schede di Triage</u>	8
<u>2.4 Il processo decisionale</u>	10
<u>2.5 Documentazione clinica</u>	11
<u>3. LE SCHEDE DI TRIAGE</u>	12
<u>3.1 PRIMO LIVELLO</u>	12
<u>3.1.1 COMPROMISSIONE DELLA COSCIENZA</u>	13
<u>3.1.2 COMPROMISSIONE EMODINAMICA</u>	14
<u>3.1.3 COMPROMISSIONE RESPIRATORIA</u>	15
<u>3.2 SECONDO LIVELLO - SINTOMO PRIORITARIO</u>	16
<u>3.2.1. TRAUMA</u>	18
<u>3.2.1.1 TRAUMA: FATTORI DI RISCHIO SITUAZIONALI</u>	19
<u>3.2.1.2 TRAUMA: TESTA / COLLO</u>	20
<u>3.2.1.3 TRAUMA RACHIDE</u>	22
<u>3.2.1.4 TRAUMA: TORACE</u>	23
<u>3.2.1.5 TRAUMA: ADDOME / BACINO / PELVI</u>	24
<u>3.2.1.6 TRAUMA: ARTI</u>	25
<u>3.2.1.7 TRAUMA: USTIONE / FOLGORAZIONE</u>	26
<u>3.2.2 DOLORE TORACICO</u>	28
<u>3.2.3 SOSPETTA SEPSI E ALTERAZIONI DELLA TEMPERATURA</u>	29
<u>3.2.4 DISPNEA</u>	30
<u>3.2.5 CARDIOPALMO</u>	32
<u>3.2.6 SINCOPE / PRE – SINCOPE</u>	34
<u>3.2.7 CEFALEA</u>	35
<u>3.2.8 DISTURBI NEUROLOGICI</u>	36
<u>3.2.9 DISTURBI DEL COMPORTAMENTO</u>	38
<u>3.2.10 DOLORE ADDOMINALE</u>	39
<u>3.2.11 ALLERGIA</u>	40
<u>3.2.12 EMORRAGIE NON TRAUMATICHE</u>	41
<u>3.2.13 INTOSSICAZIONI</u>	42
<u>3.2.14 GRAVIDANZA</u>	44
<u>3.3 TERZO LIVELLO - PROBLEMA SPECIFICO</u>	45
<u>3.3.1 PROBLEMA SPECIFICO - MEDICINA GENERALE</u>	46
<u>3.3.2 PROBLEMA SPECIFICO - CUTE E TESSUTI MOLLI</u>	48
<u>3.3.3 PROBLEMA SPECIFICO - OCULISTICO</u>	49
<u>3.3.4 PROBLEMA SPECIFICO - OTOIATRICO</u>	50
<u>3.3.5 PROBLEMA SPECIFICO - ODONTOIATRICO</u>	51
<u>3.3.6 PROBLEMA SPECIFICO - GINECOLOGICO</u>	52

<u>3.2.7 PROBLEMA SPECIFICO - UROLOGICO</u>	53
<u>3.2.8 PROBLEMA SPECIFICO - CHIRURGICO / GASTROINTESTINALE</u>	54
<u>3.2.9 PROBLEMA SPECIFICO - MUSCOLO – SCHELETRICO</u>	55
<u>3.2.10 PROBLEMA SPECIFICO - CONTATTO CON ANIMALI</u>	56
<u>4. STANDARD ORGANIZZATIVI</u>	57
<u>4.1 Requisiti strutturali</u>	57
<u>4.2 Risorse tecnologiche</u>	58
<u>4.3 Risorse umane</u>	58
<u>5. FORMAZIONE</u>	59
<u>5.1 Formazione di accesso al Triage</u>	59
<u>5.1.1 Corso teorico</u>	59
<u>5.1.2 Periodo di affiancamento</u>	60
<u>5.2 Formazione permanente in Triage</u>	60
<u>6. MONITORAGGIO CONTINUO DELLA QUALITÀ</u>	61
<u>6.1 Indicatori</u>	62
<u>7. RIFERIMENTI NORMATIVI</u>	63
<u>8. BIBLIOGRAFIA PRINCIPALE</u>	64

1. INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso (PS) è uno degli snodi principali del rapporto tra cittadino e Ospedale, ed è spesso il luogo nel quale si rendono più evidenti le complessità e le criticità strutturali del nostro Sistema Sanitario.

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in PS, assume una particolare valenza nel determinare il corretto avvio del percorso clinico-assistenziale.

Il concetto di Triage è stato oggetto negli ultimi anni di un processo di evoluzione e definizione a livello internazionale e nazionale. In Italia, pur nelle diverse specificità che ogni regione ha sviluppato, è stato avviato un processo di confronto teso a definire i criteri fondamentali e comuni caratterizzanti la funzione di Triage; tale processo ha portato alla definizione di un documento di consenso del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso, attualmente in attesa di essere recepito a livello istituzionale Nazionale (Triage Intraospedaliero Aggiornamento Linee Guida). Da tale documento sono stati ripresi i punti salienti relativi a definizione, obiettivi, tempi del Triage e rivalutazione.

In Friuli Venezia Giulia è attivo, dal 2000, un sistema di Triage unico regionale che, strutturato inizialmente come Triage di bancone, è poi stato sottoposto a successive fasi di revisione che hanno portato nel 2012 allo sviluppo di un modello di Triage globale monofasico.

In particolare, nel 2010, l'esigenza di mantenere lo strumento del Triage in linea con l'evoluzione scientifica e con i cambiamenti epidemiologici della popolazione, è coincisa con la scelta organizzativa di realizzare un nuovo programma regionale di gestione del PS. Si sono quindi create le condizioni per riflettere nuovamente e rielaborare il modello di Triage regionale.

È stato dunque attivato un gruppo di lavoro rappresentativo delle diverse realtà regionali, il quale, sulla base delle esperienze regionali e della letteratura internazionale ha elaborato la versione 2012 del Triage Regionale FVG. Tale versione è stata introdotta sul territorio regionale a partire dal 2014 e dal 2016 è operativa in tutti i PS regionali.

Nel 2017, a 3 anni dell'introduzione del nuovo modello di Triage, si è deciso di attivare un processo di verifica e validazione dello stesso, attraverso l'analisi sistematica e condivisa degli esiti.

1.1 Metodo di lavoro per la revisione del Triage regionale

Nel 2017 su indicazione della DCS è stato istituito un gruppo di lavoro composto da infermieri e medici esperti di Triage. Gli operatori hanno partecipato al progetto di revisione che è stato accreditato come Formazione sul Campo e che si è svolto in due fasi: la prima tra febbraio e giugno 2017 e la seconda tra settembre e novembre 2017 per un totale di 36 ore. Nella prima fase, dopo aver proceduto a definire i criteri fondamentali relativi al Triage regionale, il pannello di professionisti si è diviso in gruppi di lavoro che hanno analizzato i dati relativi a tutte le rilevazioni di Triage effettuate dai PS regionali nell'anno 2016 per le singole schede pari a più di 400.000 schede. Per ogni scheda e per ogni voce sintomatologica sono stati esaminati la frequenza di utilizzo e l'esito (Dimessi, Ricoverati, Trasferiti, Deceduti). Nei casi in cui si siano osservate discrepanze tra i dati attesi e quelli rilevati è stata effettuata un'analisi approfondita sulle singole schede di Triage, valutando la correttezza di attribuzione e i possibili fattori di errore. Sulla base dei dati rilevati ogni gruppo di lavoro ha elaborato una proposta di modifiche del sistema di Triage regionale presentata e discussa in seduta plenaria. Alla fine della prima fase è stato quindi elaborata una bozza di Triage regionale la quale è stata assemblata e sottoposta ad ulteriore valutazione analitica in seduta plenaria nella seconda fase di FSC.

I dati di analisi e i verbali delle riunioni del gruppo di lavoro sono riportati nel documento "Sistema di Triage Regionale di Pronto Soccorso per l'adulto - Analisi sistematica e proposte di modifica (anno 2017)".

2. IL TRIAGE REGIONALE

2.1 Definizione di Triage

Il gruppo di lavoro ha condiviso e ritenuto di recepire, per quanto riguarda gli aspetti fondamentali relativi al Triage (definizione, divisione in codici, tempi di attesa e rivalutazione) ed agli standard organizzativi, le indicazioni contenute nella bozza di documento in fase avanzata di discussione presso il Ministero della Salute, e di cui è attesa a breve l'approvazione.

Il Triage è una funzione infermieristica volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento. Generalmente la funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d'interventi da erogare in emergenza e urgenza.

Gli obiettivi fondamentali del Triage in PS sono:

- a. Identificare rapidamente le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento.
- b. Attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di visita che regoli l'accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo.
- c. Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita all'interno del PS anche attraverso l'attivazione e l'inserimento del paziente nel percorso di valutazione e trattamento.
- d. Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni.
- e. Garantire l'adeguata e costante presa in carico delle persone in attesa e degli accompagnatori, fornendo, in collaborazione con il team di cura, assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili così da ridurre anche il loro stato d'ansia.

I presupposti di questo modello di Triage sono identificabili nelle seguenti attività:

- realizzare l'effettiva presa in carico della persona e degli accompagnatori dal momento in cui si rivolgono al pronto soccorso;
- assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere specificamente formato;
- garantire l'assegnazione del codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute;
- utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- disporre di un sistema documentale adeguato e informatizzato.

Dal punto di vista metodologico il processo di Triage si articola in quattro fasi, di seguito riportate.

- 1) Fase della **Valutazione immediata** (c.d. sulla porta) - consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
- 2) Fase della **Valutazione soggettiva e oggettiva**:
 - a. valutazione soggettiva - effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata);
 - b. valutazione oggettiva - effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.
- 3) Fase della **Decisione di Triage** - consiste nell'assegnazione del codice di priorità, nell'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e nell'eventuale attivazione di percorsi diagnostico - terapeutici.
- 4) Fase della **Rivalutazione** - si intende la conferma o, nel caso di variazioni delle condizioni cliniche o dei parametri vitali del paziente, l'eventuale modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa.

L'inizio del Triage, ovvero la valutazione immediata (sulla porta), deve essere garantito entro 5 minuti a tutti coloro che accedono al Pronto soccorso S.

Con l'attività di Triage si configura la presa in carico del paziente. Nell'ambito di questa funzione, oltre alle azioni necessarie alla valutazione di Triage, devono essere effettuati i provvedimenti assistenziali utili a migliorare le condizioni psicofisiche

degli assistiti durante l'attesa (adeguata sistemazione, attività di primo soccorso, gestione del dolore, *counseling*, informazione, ...).

Il codice attribuito evidenzia una priorità di accesso all'assistenza e alle cure mediche, e non ha quindi altri fini (diagnostico, epidemiologico, amministrativo). L'uso di una metodica operativa standardizzata a livello regionale permette di limitare l'errore umano dovuto alla soggettività dell'atto di Triage, e di garantire, a parità di evidenza di segni e sintomi, una uniforme tempistica di intervento su tutto il territorio regionale.

I codici utilizzati per il Triage sono cinque e sono identificati da numeri progressivi caratterizzati da profili diversi come riportato in tabella 1.

Tabella 1: **TRIAGE - denominazione e definizione dei codici**

Codice	Denominazione	Definizione	Tempo massimo raccomandato di attesa
1	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

Ai codici 1 e 2, che identificano i pazienti con presenza o elevato rischio di compromissione delle funzioni vitali, sono stati associati dei colori: rosso per il codice 1 e giallo per il codice 2, ciò al fine di facilitare la visualizzazione, da parte degli operatori, dei pazienti più gravi nella schermata del computer.

2.2 Rivalutazione del codice di priorità

L'inizio del Triage, ovvero la valutazione immediata (sulla porta), deve essere garantito di norma entro 5 minuti a tutti coloro che accedono al Pronto Soccorso.

La rivalutazione, quale imprescindibile fase del processo di Triage, si definisce come l'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio clinico dei pazienti in attesa, mediante il rilievo periodico dei parametri soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute.

Tabella 2: **TRIAGE - modalità e tempi di rivalutazione**

Codice	Denominazione	Tempo massimo raccomandato di attesa	Modalità di Rivalutazione
1	EMERGENZA	Accesso immediato alle aree di trattamento:	Nessuna rivalutazione
2	URGENZA	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI	Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3	URGENZA DIFFERIBILE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI	ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione: - a giudizio dell'infermiere di triage - a richiesta del paziente - una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato
4	URGENZAMINORE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI	
5	NON URGENZA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI	

2.3 L'organizzazione delle schede di Triage

Le schede sono state pensate come una guida operativa che, tramite un percorso logico sequenziale, permetta l'individuazione immediata del profilo di rischio del paziente e quindi la codifica del codice di triage.

Il codice attribuito evidenzia una priorità di accesso all'assistenza e alle cure mediche, e non ha quindi altri fini (diagnostico, epidemiologico, amministrativo). L'uso di una metodica operativa standardizzata a livello regionale permette di limitare l'errore umano dovuto alla soggettività dell'atto di Triage e di garantire, a parità di evidenza di segni e sintomi, una uniforme tempistica di intervento su tutto il territorio regionale.

Il protocollo di Triage per l'utente adulto (età > 16 anni) è costituito complessivamente da 33 schede organizzate su 3 livelli; questa struttura permette di rendere immediatamente accessibili le schede correlate a condizioni di rischio elevato con un'alterazione delle funzioni vitali in atto o potenziale, rispetto alle schede relative a situazioni caratterizzate da minor gravità o potenzialità evolutiva.

1° livello – comprende:

- 3 campi che attivano le schede operative:
 - COMPROMISSIONE DELLA COSCIENZA
 - COMPROMISSIONE EMODINAMICA
 - COMPROMISSIONE RESPIRATORIA
- 1 campo che rimanda al 2° livello: "SINTOMO PRIORITARIO"
- 1 campo "GIUNTO CADAVERE" che chiude il percorso

2° livello – comprende:

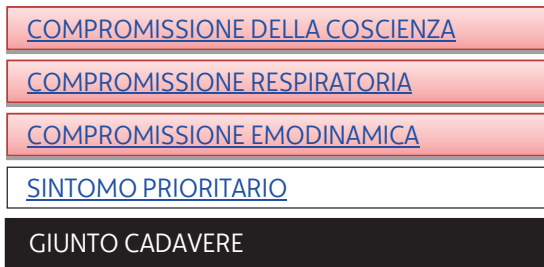
- 13 campi che attivano schede operative per singolo sintomo (13 schede)
- il campo TRAUMA che attiva il sottogruppo di schede operative correlate (7 schede)
- 1 campo che rimanda al 3° livello "PROBLEMA SPECIFICO"

3° livello – comprende:

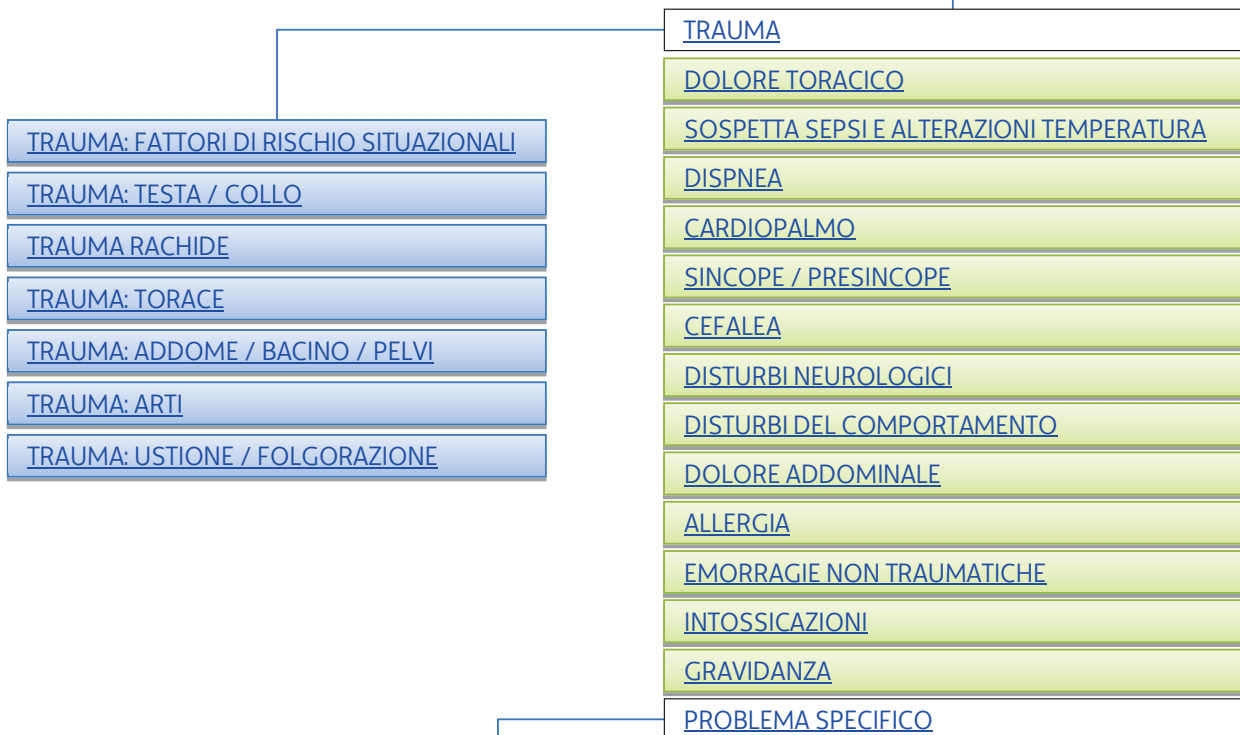
- 10 campi che attivano le schede operative correlate (10 schede)

Nella pagina successiva è riportato lo schema organizzativo del protocollo di Triage strutturato nei tre livelli di cui sopra.

1° LIVELLO



2° LIVELLO



3° LIVELLO



2.4 Il processo decisionale

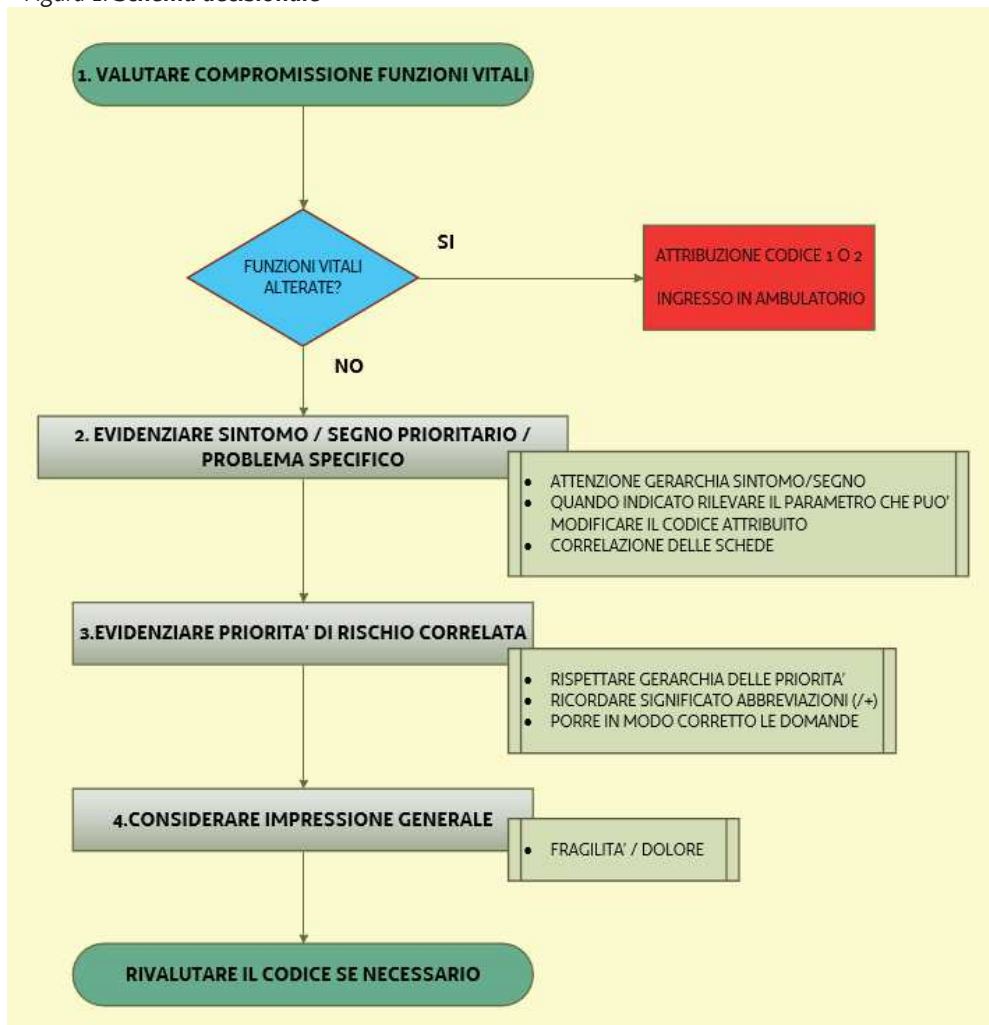
Le finalità del Triage infermieristico di PS sono:

1. accogliere, identificare e registrare tutte le persone che accedono al PS;
2. definire la priorità dell'intervento sanitario rispetto agli altri utenti;
3. individuare il percorso clinico appropriato sulla base dei protocolli locali (percorsi brevi);
4. individuare modalità e luogo appropriati per la gestione assistenziale della persona;
5. rivalutare il paziente nei tempi previsti.

La priorità viene identificata tramite una valutazione obiettiva (ispettiva nel trauma), un interrogatorio anamnestico/sintomatologico mirato alla ricerca di specifiche priorità di rischio, e la rilevazione dei parametri vitali quando indicato in base alla singola scheda:

- NRS (*Numeral Rating Scale*) per la rilevazione/misurazione del dolore - valutare tutti i pazienti tranne quelli con codice 1;
- GCS (*Glasgow Coma Scale*) – AVPU (*Alert Verbal Pain Unresponsive*) - FC (Frequenza Cardiaca) - FR (Frequenza Respiratoria) - PA (Pressione Arteriosa) - SpO₂ (saturazione arteriosa di ossigeno) – TC (temperatura corporea) – Glicemia.

Figura 1: **Schema decisionale**



La procedura operativa obbliga l'operatore a confermare/escludere alcuni passaggi in una sequenza standardizzata. L'infermiere di Triage deve escludere come primo passaggio la compromissione di una funzione vitale, come secondo passaggio evidenziare il sintomo prioritario, come terzo passaggio evidenziare il problema specifico.

L'eventuale considerazione di un unico passaggio secondario (es. sintomo prioritario o problema specifico) indica che l'infermiere di Triage ha volutamente escluso schede e priorità di rischio maggiori.

Ogni scheda è costituita da priorità di rischio di tipo generali o specifiche della sintomatologia. Queste devono essere confermate/escluse nella sequenza stabilita tramite la formulazione di semplici domande. La conferma di una priorità di rischio blocca il processo decisionale con la codifica di un codice di Triage in tutte le schede escluso il trauma nel quale devono essere considerate tutte le sotto-schede coinvolte.

Nella scelta del sintomo prioritario, in caso di concomitanza di più sintomi, l'IT deve saper discriminare scegliendo la scheda con la priorità più evolutiva. Inoltre deve considerare prioritariamente l'esistenza di una gerarchia sintomatologica (sospetta sepsi e alterazioni della temperatura, disturbi neurologici, intossicazioni, traumi, gravidanza, disturbi comportamentali vanno escluse per prime) e secondariamente la specificità di alcune schede (trauma, gravidanza, emorragie non traumatiche sono costituite da priorità molto specifiche per cui ad esempio, in caso di trauma avvenuto a seguito di una sincope, vanno valutate entrambe e va considerato al fine del codice la priorità più alta).

Nella scelta delle schede "problema specifico" l'IT deve conoscere la specificità delle priorità di rischio che comunque sono sempre legate a problematiche minori.

Dove sia codificato un codice 5 – 4 – 3, l'infermiere di Triage può innalzare manualmente il codice considerando l'impressione generale (situazioni di gravi comorbilità, fragilità dell'utente legate a età estreme, deficit cognitivi, qualità del dolore, etc.); in questi casi va notificato nell'apposito campo il motivo della scelta.

Si ricorda che per l'utente adulto l'attribuzione di un valore anche elevato del parametro soggettivo NRS (che è obbligatorio) non determina automaticamente il codice, infatti tale decisione viene presa dall'infermiere di Triage sulla base di una valutazione più globale.

Per la valutazione del dolore si propone lo schema mnemonico P-Q-R-S-T

- P = progressione: cosa lo provoca o allevia
- Q = qualità: (che tipo di dolore, a cosa assomiglia)
- R = regione: irradiazione corporea
- S = severità: score percepito
- T = tempo: da quanto dura, continuo, intermittente.

Il processo decisionale di Triage si conclude con l'attribuzione di un codice colore di gravità, che non deve essere considerato come valore statico, ma va nel tempo adeguato al possibile peggioramento del quadro sintomatologico manifestato dall'utente durante l'attesa.

2.5 Documentazione clinica

La documentazione clinica di Triage e la tracciabilità del processo sono elementi fondamentali per la gestione del Rischio Clinico. La scheda di Triage è elemento imprescindibile del sistema e deve documentare il processo decisionale che ha portato alla attribuzione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del PS. È realizzata su supporto informatico ed è parte integrante della Cartella Clinica di Pronto Soccorso.

3. LE SCHEDE DI TRIAGE

3.1 PRIMO LIVELLO

COMPROMISSIONE DELLA COSCIENZA
COMPROMISSIONE EMODINAMICA
COMPROMISSIONE RESPIRATORIA
SINTOMO PRIORITARIO
GIUNTO CADAVERE

3.1.1 Compromissione della coscienza

CODICE	SINTOMO
1	COSCIENZA ASSENTE
2	ALTERAZIONI ACUTE DELLA COSCIENZA

Note

COSCIENZA ASSENTE: GCS 3 – 12 o AVPU P o U. Incapacità a proteggere le vie aeree, risposta assente o non finalizzata a stimolo doloroso o verbale, convulsioni in atto, deterioramento del livello di coscienza. Se sospetto di infezione (febbre, sintomi suggestivi per infezione localizzata come tosse, bruciore alla minzione, dolore addominale o in altre sedi, paziente ospite in comunità) considera anche la scheda “Sospetta sepsi e alterazione temperatura”.

ALTERAZIONI ACUTE DELLA COSCIENZA: GCS 13 – 15 o AVPU V. Risposta inappropriata allo stimolo verbale, disorientamento nel tempo e nello spazio. Se sospetto di infezione (febbre, sintomi suggestivi per infezione localizzata come tosse, bruciore alla minzione, dolore addominale o in altre sedi, paziente ospite in comunità) considera anche la scheda “Sospetta sepsi e alterazione temperatura”.

3.1.2 Compromissione Emodinamica

CODICE	SINTOMO
1	SHOCK, CON IPOPERFUSIONE SEVERA
2	CON INIZIALE IPOPERFUSIONE

Note

SHOCK, CON IPOPERFUSIONE SEVERA: pallore marcato, cute fredda, sudorazione algida, polso periferico filiforme o assente, ipotensione, sincope posturale, marcata bradi o tachicardia, ventilazione o ossigenazione inefficaci, alterazione del livello di coscienza. Se sospetto di infezione (febbre, sintomi suggestivi per infezione localizzata come tosse, bruciore alla minzione, dolore addominale o in altre sedi, paziente ospite in comunità) considera anche la scheda "Sospetta sepsi e alterazione temperatura".

ALTERAZIONE EMODINAMICA, CON INIZIALE IPOPERFUSIONE: pallore, riferito episodio di sudorazione, tachicardia senza causa apparente, riferita ipotensione posturale, sensazione di debolezza in posizione eretta o seduta, PAS inferiore a quanto atteso per il paziente. Se sospetto di infezione (febbre, sintomi suggestivi per infezione localizzata come tosse, bruciore alla minzione, dolore addominale o in altre sedi, paziente ospite in comunità) considera anche la scheda "Sospetta sepsi e alterazione temperatura".

3.1.3 Compromissione Respiratoria

CODICE	SINTOMO
1	SEVERA
2	MODERATA

Note

SEVERA: Arresto respiratorio, marcata bradipnea o tachipnea, importante fatica respiratoria, cianosi, incapacità di parlare, segni di ostruzione delle vie aeree superiori, saturazione O₂ < 90%.

Se sospetto di infezione (febbre, sintomi suggestivi per infezione localizzata come tosse, bruciore alla minzione, dolore addominale o in altre sedi, paziente ospite in comunità) considera anche la scheda "Sospetta sepsi e alterazione temperatura".

MODERATA: aumento del lavoro respiratorio, incapacità a completare le frasi, rumori respiratori udibili, saturazione O₂ tra 90 e 92%.

Se sospetto di infezione (febbre, sintomi suggestivi per infezione localizzata come tosse, bruciore alla minzione, dolore addominale o in altre sedi, paziente ospite in comunità) considera anche la scheda "Sospetta sepsi e alterazione temperatura".

3.2 SECONDO LIVELLO – SINTOMO PRIORITARIO

TRAUMA
DOLORE TORACICO
SOSPETTA SEPSI E ALTERAZIONI TEMPERATURA
DISPNEA
CARDIOPALMO
SINCOPE / PRESINCOPE
CEFALEA
DISTURBI NEUROLOGICI
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
DOLORE ADDOMINALE
ALLERGIA
EMORRAGIE NON TRAUMATICHE
INTOSSICAZIONI
GRAVIDANZA
PROBLEMA SPECIFICO

Note relative alle modalità di accesso alle singole schede

TRAUMA: usa la scheda in tutti i casi di riferito evento traumatico entro i 30 giorni. La scheda Trauma prevede una raccolta di informazioni anamnestica ed una valutazione ispettiva sulla persona, con alcune manovre semplici e rapide. La sistematicità della raccolta della dinamica e dei sintomi è fondamentale. Se il trauma è secondario ad una sincope/presincope usare entrambe le schede.

DOLORE TORACICO: usa la scheda in tutti i casi di dolore toracico inteso come qualsiasi dolore localizzato tra il mento e l'ombelico, sia anteriore che posteriore, non motivato da altre cause immediatamente evidenti. Se al paziente viene attribuito il codice 2 un ECG deve essere eseguito e refertato entro 10 minuti.

SOSPETTA SEPSI E ALTERAZIONI DELLA TEMPERATURA: usa la scheda in caso di alterazioni della temperatura associate o meno al sospetto di sepsi. La sepsi è definita come una disfunzione d'organo con rischio per la vita, causato dalla risposta inappropriata dell'ospite ad una infezione. Lo shock settico è una condizione di shock causato dalla risposta dell'ospite all'infezione ed è riconoscibile per la presenza di ipotensione refrattaria ai liquidi ed aumento dei lattati.

I criteri qSOFA (*quick SOFA – Sequential Organ Failure Assessment*) sono indicati per il riconoscimento rapido del paziente con sospetta sepsi:

- FR \geq 22 atti/min
- GCS \leq 13 o VPU (nuova insorgenza)
- PAS \leq 100 mmHg

La presenza di 2 fattori positivi determina l'attivazione del protocollo sepsi. In caso di negatività dei criteri qSOFA, ma elevato indice di sospetto da parte dell'operatore, è comunque corretto attivare il protocollo sepsi.

DISPNEA: usa la scheda in caso di dispnea riferita: percezione fastidiosa del proprio respiro ovvero respirazione difficoltosa o affannosa. È un sintomo quindi non sempre obiettivabile. Qualora la dispnea sia sostanzialmente stazionaria da molte ore non rappresenta un'emergenza ma un'urgenza anche in presenza di importanti malattie cardiache, polmonari, metaboliche.

CARDIOPALMO: usa la scheda in caso di irregolarità del battito cardiaco avvertita dal paziente, rilevata alla palpazione del polso da parte dello stesso o di un medico o registrata con esame ECG od Holter ed in caso di riferita scarica di ICD (defibrillatore cardiaco).

SINCOPE/PRESINCOPE: usa la scheda quando la sintomatologia è già risolta. La scheda comprende anche gli episodi di presincope e le convulsioni. In assenza di priorità, la perdita di coscienza è da ritenersi un'urgenza solo nei casi di recente insorgenza (entro le 24 ore), e viene in tal caso identificata come codice 3.

SINCOPE: sospensione temporanea della coscienza con ripresa spontanea e completo recupero una volta superata la crisi.

PRESINCOPE: senso di svenimento, sensazione d'imminente perdita di coscienza che si accompagna in genere a sudorazione, pallore, possibile difficoltà a mantenere la posizione eretta.

CONVULSIONE: violenta contrazione o serie di contrazioni dei muscoli volontari associate a perdita di coscienza. Se alla sincope/presincope segue un trauma, usare entrambe le schede.

CEFALEA: la cefalea è un sintomo frequente ed è spesso ragione di sofferenza molto grave. L'intensità algica dichiarata non può essere correlata con la gravità della causa. La stessa localizzazione e diffusione non risulta indice sicuro di maggiore o minore gravità. La scheda viene usata per tutti i dolori della testa senza storia di trauma, esclusi dolore all'orecchio, dolore sotto - orbitario (es. sinusite), mal di denti, i quali vanno riferiti alla relativa scheda dei problemi specifici.

DISTURBI NEUROLOGICI: usa la scheda quando la persona che accede al PS presenta:

- *paresi:* deficit di forza esteso a parti più o meno diffuse del corpo;
- *disturbi della parola:* afasia, disartria;
- *diplopia:* visione sdoppiata delle cose;
- *disturbi del visus:* alterazioni acute (campi neri, emianopsia, amaurosi) non associate a disturbi locali dell'occhio;
- *parestesie/insensibilità:* alterazioni della sensibilità tattile, percettiva, dolorifica che assumono significato soprattutto se distrettuali;
- *tremori:* movimenti incontrollati degli arti/volto;
- *disturbi acuti della memoria.*

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: usa la scheda quando il disturbo riguarda la sfera relazionale. Si identificano tre principali problemi: agitazione psico-motoria con risposta comportamentale aggressiva / violenta; stato confusionale con incapacità di relazionarsi in modo finalistico con gli altri; disorientamento spazio-temporale.

DOLORE ADDOMINALE: usa la scheda per il dolore addominale e lombare. Se il dolore è epigastrico usa la scheda "DOLORE TORACICO".

ALLERGIA: usa la scheda quando la persona segnala disturbi cutanei, orofaringei o respiratori conseguenti a contatto (cutaneo o mucoso, inalazione o ingestione) con sostanza potenzialmente allergogena (alimenti, farmaci, veleno di insetto, sostanze chimiche).

EMORRAGIE NON TRAUMATICHE: usa la scheda quando il motivo di ricorso al PS è una manifestazione emorragica non sostenuta da cause traumatiche.

INTOSSICAZIONE: usa la scheda in caso di contatto per qualsiasi via (parenterale, enterale, inalatoria o cutanea) con sostanze tossiche / caustiche o riferita assunzione di farmaci a dosi superiori a quelle terapeutiche.

GRAVIDANZA: usa la scheda per problemi specifici correlati alla gravidanza o in caso di malessere aspecifico non inquadrabile in altri ambiti sintomatologici.

3.2.1. Trauma

TRAUMA: FATTORI DI RISCHIO SITUAZIONALI
TRAUMA: TESTA / COLLO
TRAUMA RACHIDE
TRAUMA: TORACE
TRAUMA: ADDOME / BACINO / PELVI
TRAUMA: ARTI
TRAUMA: USTIONE / FOLGORAZIONE

Trauma: fattori di rischio situazionali

CODICE	SINTOMO
2	INCASTRATO / PROIETTATO
2	PEDONE / CICLISTA / MOTOCICLISTA INVESTITO
2	DECEDUTO NELLO STESSO VEICOLO
2	CADUTA DALL'ALTO > 2 METRI
2	GRAVE DANNO ALL'ABITACOLO
2	CADUTA DI CICLISTA O MOTOCICLISTA A VELOCITÀ > 30KM/ORE / SEPARAZIONE DEL CONDUCENTE DAL MEZZO
2	AUTOVEICOLO CAPOTTATO
2	VIOLENZA SESSUALE
2	GRAVIDANZA
3	CADUTA DA PIÙ DI CINQUE GRADINI
3	COAGULOPATIE / ANTICOAGULANTI
3	SITUAZIONI DI FRAGILITÀ / ETÀ ESTREME (< 5 ANNI / > 75 ANNI)
5	NON FATTORI DI RISCHIO SITUAZIONALI

Note

Usa la scheda in tutti i casi di riferito evento traumatico entro i 30 giorni. La scheda Trauma prevede una raccolta di informazioni anamnestica ed una valutazione ispettiva sulla persona, con alcune manovre semplici e rapide. La sistematicità della raccolta della dinamica e dei sintomi è fondamentale. Se il trauma è secondario ad una sincope/presincope usare entrambe le schede. La scheda "Fattori di rischio situazionali" deve essere compilata obbligatoriamente prima di accedere alle sotto-schede traumi.

VIOLENZA SESSUALE: la paziente deve essere prontamente sottoposta ad accertamenti utili alla definizione e ricerca di eventuali elementi biologici di prova.

GRAVIDANZA: considera le possibili ripercussioni sul feto e la situazione fisiologica modificata della paziente gravida. Non utilizzare in caso di traumi isolati ai distretti distali.

COAGULOPATIE E/O ANTICOAGULANTI: emofilia, piastrinopenia, leucemia, cirrosi epatica, neoplasia, terapia anticoagulante e, in relazione al trauma cranico, quella antiaggregante

SITUAZIONI DI FRAGILITÀ: deficit cognitivi e motori, demenza, psicosi, gravi co-patologie, età.

Trauma: Testa/Collo

CODICE	SINTOMO
1	ALTO RISCHIO OSTRUZIONE VIE AEREE
1	LESIONI OCULARI
2	DISTURBI NEUROLOGICI / ALTERAZIONI COMPORTAMENTO
2	FERITA VASTA / PROFONDA / PENETRANTE
2	SEGNI FRATTURA CRANIO
2	SINCOPE / AMNESIA
2	CEFALEA DIFFUSA / VOMITO
2	DISFAGIA / DISFONIA / DISPNEA RIFERITA / ODINOFAGIA
2	TRAUMA FACCIALE CON IMPORTANTE DEFORMITÀ
3	FRATTURA/AVULSIONE DENTI < 12 ORE
4	TRAUMA MINORE / FERITA MINORE < 12 ORE
5	TRAUMA MINORE / FERITA MINORE > 12 ORE

Note

ALTO RISCHIO DI OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE: va sospettata in tutti i traumi della faccia e del collo con lesioni importanti dei tessuti molli, evidenti fratture od instabilità del massiccio facciale.

LESIONI OCULARI: gravi ferite palpebrali e/o perdita di sostanza;

1. lesioni evidenti del bulbo (corpi estranei conficcati, ferite penetranti, espulsione del bulbo);
2. visione sdoppiata e/o diminuzione rilevante visus;
3. tumefazione periorbitaria che non consente l'esame del bulbo.

DEFICIT NEUROLOGICI / ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO

- Deficit neurologico: Paresi, alterazioni della sensibilità.
- Alterazioni del comportamento: agitazione psicomotoria, stato confusionale, disorientamento spazio-temporale riferiti.

FERITA VASTA / PROFONDA / PENETRANTE: comprende i corpi estranei conficcati, le ferite da arma da fuoco e da oggetti acuminati, il vasto distacco della cute e sottocute dalla teca cranica.

SEGNI DI FRATTURA CRANIO: ecchimosi periorbitaria, retromastoidea (segno di Battle), rino/otorragia, rino/otoliquorrea, segni di affondamento dello scalpo.

CEFALEA DIFFUSA / VOMITO: la cefalea è rilevante se diffusa ed intensa (non va considerata la cefalea limitata alla sede del trauma). Il vomito, di solito ripetuto ed "a getto", è possibile espressione di ipertensione endocranica.

DISFAGIA / DISFONIA / DISPNEA RIFERITA / ODINOFAGIA: possibili espressione di tumefazione ingravescente con rischio di compressione delle vie aeree

DISFAGIA: difficoltà ad inghiottire.

DISFONIA: modificazione del timbro della voce/assenza di voce.

DISPNEA RIFERITA: non obiettiva, segnalata dalla persona.

ODINOFAGIA: dolore alla deglutizione insorto dopo il trauma.

FRATTURA / AVULSIONE DENTI (meno di 12 ore): va ricordato che è possibile la riparazione e la sintesi del dente solo se si interviene entro le 12 ore. Va escluso il rischio di ostruzione delle vie aeree superiori.

TRAUMA MINORE / FERITA MINORE (evento entro le 12 ore): traumi e ferite trattate in un tempo limitato dall'evento riducono possibili complicanze. Per i traumi minori oculari (corpi estranei o abrasioni) fare riferimento alla specifica scheda oculistica.

TRAUMA MINORE / FERITA MINORE (evento > 12 ore): in generale considera la possibile correlazione tra sintomatologia e trauma entro un mese dall'evento traumatico. Per i traumi minori oculari (corpi estranei o abrasioni) fare riferimento alla specifica scheda oculistica.

Trauma: Rachide

CODICE	SINTOMO
1	DISTURBI NEUROLOGICI: PLEGIA / GLOBO VESCICALE / INSENSIBILITÀ / PRIAPISMO
1	TRAUMA PENETRANTE RACHIDE
2	TRAUMA RACHIDE PIÙ ALTRI DISTRETTI
3	TRAUMA RACHIDE CON PARESTESIE < 24 ORE
4	TRAUMA RACHIDE CON PARESTESIE > 24 ORE
5	TRAUMA MINORE

Note

DISTURBI NEUROLOGICI / PLEGIA / GLOBO VESCICALE / INSENSIBILITÀ / PRIAPISMO: attivare se paresi, o assenza di sensibilità con distribuzione metamERICA, priapismo, ipotensione, bradicardia, ipoventilazione, perdita del senso della posizione, presenza di globo vescicale, incontinenza fecale.

TRAUMA PENETRANTE RACHIDE: considerare penetranti tutte le ferite delle quali non è certa la profondità.

TRAUMA RACHIDE CON PARESTESIE < 24 ORE - TRAUMA RACHIDE CON PARESTESIE > 24 ORE: attivare quando il paziente giunge in PS con i propri mezzi e deambula. Il rischio di lesioni rilevanti è estremamente basso. In questi casi non è necessario applicare il collare al Triage.

TRAUMA MINORE: il paziente riferisce traumatismo al rachide (in genere da tamponamento) ma non lamenta dolore importante o parestesie.

Trauma: Torace

CODICE	SINTOMO
1	FERITA PENETRANTE
2	DISPNEA
3	DOLORE ASSOCIATO AL RESPIRO
4	TRAUMA MINORE/FERITA MINORE EVENTO <12 ORE
5	TRAUMA MINORE/FERITA MINORE EVENTO >12 ORE

Note

FERITA PENETRANTE: considera penetrante ogni ferita per la quale non sia possibile determinare in maniera certa la profondità.

DISPNEA: percezione fastidiosa del proprio respiro ovvero respirazione difficoltosa o affannosa. È un sintomo, quindi non sempre obiettivabile.

DOLORE ASSOCIATO A RESPIRO: dolore evocato dagli atti respiratori: valutare la frequenza respiratoria.

Trauma: Addome / Bacino / Pelvi

CODICE	SINTOMO
1	FERITA PENETRANTE
1	GRAVIDANZA > 23 SETTIMANE
1	INSTABILITÀ BACINO
2	DOLORE DIFFUSO
2	MACROEMATURIA
3	TRAUMA ISOLATO AL BACINO
3	TRAUMA GENITALI ESTERNI
4	TRAUMA MINORE / FERITA MINORE EVENTO < 12 ORE
5	TRAUMA MINORE / FERITA MINORE EVENTO > 12 ORE

Note

FERITA PENETRANTE: considera penetrante ogni ferita per la quale non sia possibile determinare in maniera certa la profondità.

GRAVIDANZA > 23 SETTIMANE: l'utero si affaccia in addome; i traumi contusivi oltre a possibile sofferenza fetale, possono provocare fratture pelviche ed emorragie retroperitoneali.

Traumatismi materni gravi sono quasi sempre associati a gravi complicanze fetali; non sempre la minore gravità materna equivale a lieve gravità fetale.

INSTABILITÀ DEL BACINO: la frattura del bacino può comportare emorragia massiva.

DOLORE DIFFUSO: possibile espressione di sofferenza peritoneale o di danno parenchimale.

MACROEMATURIA: la macroematuria può essere espressione di un danno all'apparato urinario e / o dei genitali.

TRAUMA MINORE: in generale considera la possibile correlazione tra sintomatologia e trauma entro un mese dall'evento traumatico.

Trauma: Arti

CODICE	SINTOMO
1	AMPUTAZIONE ARTO
1	FERITA PENETRANTE INGUINE / COSCIA
2	DEFORMITÀ OSSA LUNGHE E GROSSE ARTICOLAZIONI
2	SCHIACCIAMENTO MASSE MUSCOLARI
2	AMPUTAZIONE DITA
2	ALTERAZIONE PERFUSIONE (CUTE FREDDA + PALLIDA)
2	FERITA COMPLESSA / PENETRANTE
2	FRATTURA ESPOSTA
3	SCHIACCIAMENTO / LUSSAZIONE DITA
3	SOSPETTA FRATTURA
4	TRAUMA MINORE / FERITA MINORE EVENTO < 12 ORE
5	TRAUMA MINORE / FERITA MINORE EVENTO > 12 ORE

Note

DEFORMITÀ OSSA LUNGHE E GROSSE ARTICOLAZIONI: lesione a carico di omero e femore con deformazione evidente. Sospetta lussazione a carico di spalla, gomito, polso, anca, ginocchio, caviglia.

SCHIACCIAMENTO MASSE MUSCOLARI: trattamento precoce della "Crush Syndrome" correlata allo schiacciamento di masse muscolari.

FERITA COMPLESSA / PENETRANTE: ferita con interessamento della cute, del sottocute e delle strutture sottostanti (fasce, muscoli, tendini, nervi, vasi).

FRATTURA ESPOSTA: presenza di soluzione di continuità della cute in prossimità della frattura: presenza di rischio infettivo e quindi importanza della precoce terapia antibiotica.

SCHIACCIAMENTO / LUSSAZIONE DITA: deformità articolare, impossibilità al movimento dell'articolazione, dolore localizzato, riduzione o perdita della sensibilità, instabilità dell'articolazione (possibile lesione legamentosa).

TRAUMA MINORE: in generale considera la possibile correlazione tra sintomatologia e trauma entro un mese dall'evento traumatico.

Trauma: Ustione / Folgorazione

CODICE	SINTOMO
1	USTIONE VOLTO COLLO CON POSSIBILE DANNO VIE AEREE
1	USTIONE 3° GRADO > 5% SUPERFICIE CORPOREA
1	GRAVE USTIONE CHIMICA NON DECONTAMINATA VOLTO / OCCHI
1	GRAVE USTIONE CHIMICA DA CONTATTO AL CORPO CON SUPERFICIE > 25%
2	USTIONE 2° E 3° GRADO MANI / PIEDI / GENITALI O CIRCONFERENZIALE
2	GRAVE USTIONE CHIMICA DA CONTATTO AL CORPO NON DECONTAMINATA CON SUPERFICIE < 25%
2	USTIONE 3° GRADO < 5% SUPERFICIE CORPOREA
2	USTIONE 2° GRADO > 18% SUPERFICIE CORPOREA
2	VEROSIMILE FOLGORAZIONE
3	USTIONE 2° GRADO < 18% SUPERFICIE CORPOREA
4	USTIONE 1° GRADO > 18% SUPERFICIE CORPOREA
4	USTIONE INFETTA
5	USTIONE 1° < 18% SUPERFICIE CORPOREA
5	USTIONE NON RECENTE

Note

USTIONE AL VOLTO / COLLO CON POSSIBILE DANNO ALLE VIE AEREE: sospetto danno da inalazione con rischio di ostruzione delle vie aeree:

- fuliggine / particelle di carbone nell'escreato;
- ustioni del cavo orale;
- ustioni intorno alla bocca e alle narici;
- difficoltà a deglutire, mal di testa, raucedine insorti acutamente dopo il trauma;
- rumori respiratori, tosse stizzosa.

USTIONE 3° GRADO > 5% SUPERFICIE CORPOREA: cute bianca perlacea, carbonizzata, traslucida simile a pergamena, secca con vasi sanguigni trombizzati; assenza di dolore; conseguente ad esposizione a sostanze chimiche, fiamma, metalli roventi, elettrocuzione.

GRAVE USTIONE CHIMICA DA CONTATTO NON DECONTAMINATA VOLTO / OCCHI: il processo di decontaminazione deve essere eseguito quanto prima, soprattutto in sedi delicate come volto e occhi per il possibile coinvolgimento delle vie aeree o per la possibilità di lesioni oculari permanenti.

GRAVE USTIONE CHIMICA DA CONTATTO AL CORPO CON SUPERFICIE > 25%: il processo di decontaminazione deve essere eseguito quanto prima, per ridurre il danno locale e sistemico.

USTIONE 2° E 3° GRADO MANI / PIEDI / GENITALI O CIRCONFERENZIALE: possibili esiti gravemente invalidanti.

- **Secondo grado:** eritema a chiazze con comparsa di flittene con trasudato, presenza di dolore; conseguente ad esposizione a sostanze chimiche, fiamma, metalli, liquidi, elettrocuzione.
- **Terzo grado:** Cute bianca perlacea, carbonizzata, traslucida simile a pergamena, secca con vasi sanguigni trombizzati, assenza di dolore; conseguente ad esposizione a sostanze chimiche, fiamma, metalli roventi, elettrocuzione.

GRAVE USTIONE CHIMICA DA CONTATTO CORPO NON DECONTAMINATA CON SUPERFICIE < 25%: il processo di decontaminazione deve essere eseguito quanto prima, per ridurre il danno locale e sistemico.

USTIONE 2° > 18% SUPERFICIE CORPOREA: eritema a chiazze con comparsa di flittene con trasudato, presenza di dolore; conseguente a contatto con liquidi bollenti, vampata o fiamma.

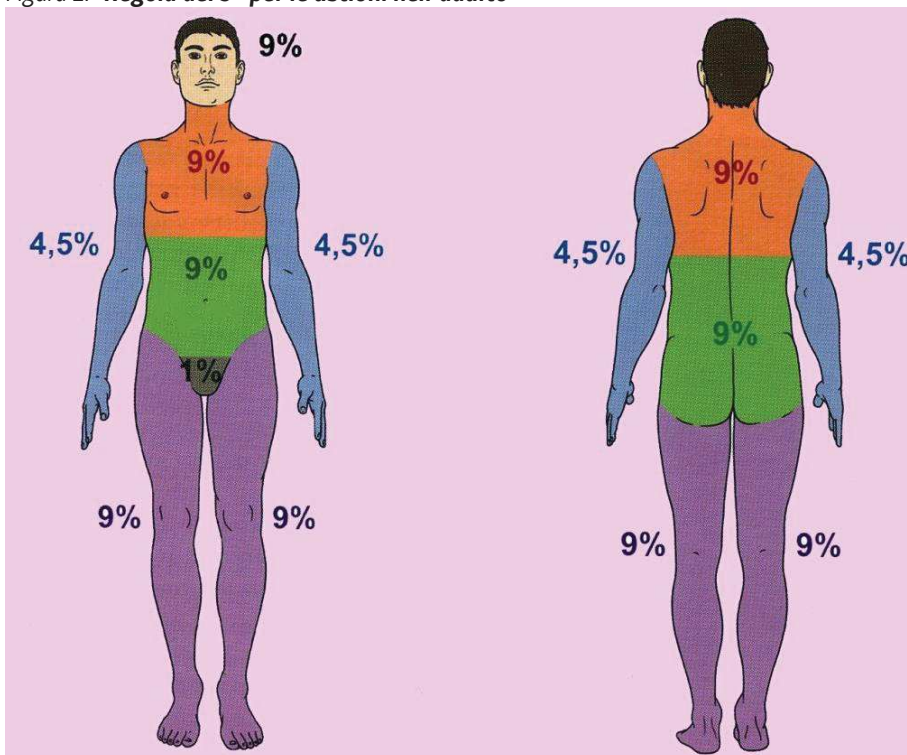
VEROSIMILE FOLGORAZIONE: verificare la presenza di ustione nel punto d'ingresso e nel punto d'uscita della corrente. Considera possibili contratture muscolari.

USTIONE 2° GRADO < 18% SUPERFICIE CORPOREA: eritema a chiazze con comparsa di flittene con trasudato, presenza di dolore; conseguente a contatto con liquidi bollenti, vampata o fiamma.

USTIONE 1°: eritema con cute secca, senza flittene, presenza di dolore; conseguente ad esposizione al sole o a vampata di calore modesta.

USTIONE INFETTA: valutare segni d'infezione: secrezioni e pus, presenza di puntini bianchi sulla superficie, arrossamento importante, odore sgradevole.

Figura 2: "Regola del 9" per le ustioni nell'adulto



3.2.2 Dolore Toracico

CODICE	SINTOMO
2	DOLORE TORACICO IN ATTO
2	DOLORE TORACICO REGREDITO MA INSORTO ENTRO 24 ORE
3	DOLORE BREVE PUNTORIO CHE SI MODIFICA CON I MOVIMENTI DEL TORACE / BRACCIA
3	DOLORE TORACICO NON PRESENTE DA ALMENO 24 ORE

Note

Considera "dolore toracico" qualsiasi dolore localizzato tra il mento e l'ombelico, sia anteriore che posteriore, non motivato da altre cause immediatamente evidenti. **Se al paziente viene attribuito il codice 2 un ECG deve essere eseguito e refertato entro 10 minuti.**

DOLORE TORACICO IN ATTO: per dolore toracico in atto si definisce qualsiasi dolore di durata superiore o uguale a 5 minuti localizzato dal mento all'ombelico non motivato da altre cause immediatamente evidenti. Sono comprese nella definizione le possibili irradiazioni (collo, mandibola, spalle, braccia, zona interscapolare).

DOLORE TORACICO REGREDITO MA INSORTO ENTRO 24 ORE: la priorità riconosce il dolore toracico insorto nelle ultime 24 ore, ma non presente al momento della valutazione.

DOLORE BREVE PUNTORIO CHE SI MODIFICA CON I MOVIMENTI DEL TORACE E/O BRACCIA: per dolore breve si definisce dolore che dura pochi secondi e comunque < di 5 minuti. Viene descritto come puntorio (dolore acuto localizzato analogo a quello provocato da una puntura), che compare o si modifica SOLO con i movimenti delle braccia o del torace.

DOLORE TORACICO NON PRESENTE DA ALMENO 24 ORE: dolore toracico regredito da almeno 24 ore. Considera con attenzione la presenza di eventuali sintomi di accompagnamento suggestivi per aritmia o scompenso cardiaco (sincope, dispnea, cardiopalmo)

3.2.3 Sospetta Sepsis e Alterazioni della Temperatura

CODICE	SINTOMO
TEMPERATURA ELEVATA	
1	SOSPETTO DI SHOCK SETTICO
2	SOSPETTO DI SEPSI
3	NESSUN CRITERIO SEPSI
5	ALTERAZIONE DELLA TEMPERATURA < 38°C
TEMPERATURA BASSA (< 35°C)	
1	IPOTERMIA SINTOMATICA
2	IPOTERMIA NON COMPLICATA

Note

Usa la scheda in caso di alterazioni della temperatura associate o meno al sospetto di sepsi. La sepsi è definita come una disfunzione d'organo con rischio per la vita causato dalla risposta inappropriata dell'ospite ad una infezione. Lo shock settico è una condizione di shock causato dalla risposta dell'ospite all'infezione ed è riconoscibile per la presenza di ipotensione refrattaria ai liquidi e aumento dei lattati.

I criteri qSOFA (*quick SOFA – Sequential Organ Failure Assessment*) sono indicati per il riconoscimento rapido del paziente con sospetta sepsi:

- FR \geq 22 atti/min
- GCS \leq 13 o VPU (nuova insorgenza)
- PAS \leq 100 mmHg

La presenza di 2 fattori positivi determina l'attivazione del protocollo sepsi. In caso di negatività dei criteri qSOFA, ma presenza di criteri di sospetto (FC \geq 120 bpm, SatO₂ < 92%, oligo/anuria nelle ultime 18 ore, aspetto sofferente, segni cutanei di ipoperfusione), è comunque corretto attivare la scheda sospetto di sepsi.

SOSPETTO DI SHOCK SETTICO: quadro di shock (pallore marcato, cute fredda, sudorazione algida, polso periferico filiforme o assente, ipotensione, sincope posturale, marcata bradi o tachicardia, ventilazione o ossigenazione inefficaci, alterazione del livello di coscienza) associato ad elementi di sospetto per infezione nel periodo immediatamente precedente: febbre o sintomi suggestivi per infezione localizzata (tosse, bruciore alla minzione, dolore addominale o in altre sedi).

SOSPETTO DI SEPSI: sospetto di infezione (febbre o sintomi suggestivi per infezione localizzata come tosse, bruciore alla minzione, dolore addominale o in altre sedi) + 2 criteri qSOFA; in assenza di criteri qSOFA ma presenza di criteri di sospetto (FC \geq 120 bpm, SatO₂ < 92%, oligo/anuria nelle ultime 18 ore, aspetto sofferente, segni cutanei di ipoperfusione) è corretto attivare la scheda

NESSUN CRITERIO SEPSI: la temperatura elevata (> 38° C) riferita è l'unico parametro alterato.

ALTERAZIONE DELLA TEMPERATURA < 38° C: unico sintomo presente o riferito è la temperatura < 38° C.

IPOTERMIA SINTOMATICA: TC < 35° C. Coscienza assente o alterata, allucinazioni, agitazione, progressiva perdita dei riflessi, tachi o bradipnea, ipotensione, tachi o bradicardia.

IPOTERMIA NON COMPLICATA: TC < 35°C. La temperatura bassa è l'unico parametro alterato.

3.2.4 Dispnea

CODICE	SINTOMO
2	CARDIOPALMO
2	COMPROMISSIONE RESPIRATORIA MODERATA
2	DOLORE TORACICO IN ATTO
2	SINCOPE / PRESINCOPE
2	DISFONIA / MANIFESTAZIONI ALLERGICHE
2	DIABETE MELLITO
2	FATTORI DI RISCHIO PER EMBOLIA POLMONARE
3	COMPROMISSIONE RESPIRATORIA MINORE
3	TOSSE + FEBBRE
3	TOSSE PROTRATTA / SINTOMI DI SOSPETTA TBC
4	DISPNEA RIFERITA SENZA CRITERI DI PRIORITA'

Note

Usa la scheda in caso di dispnea riferita: percezione fastidiosa del proprio respiro ovvero respirazione difficoltosa o affannosa. È un sintomo quindi non sempre obiettivabile. Qualora la dispnea sia sostanzialmente stazionaria da molte ore non rappresenta un'emergenza ma un'urgenza anche in presenza di malattie importanti cardiache, polmonare, metaboliche.

CARDIOPALMO: percezione del proprio battito cardiaco (irregolare, accelerato, rallentato). Anche in assenza di cardiopalmo una frequenza minore di 40 batt/min o maggiore di 150 batt/min in concomitanza alla dispnea può essere segno di instabilità emodinamica.

COMPROMISSIONE RESPIRATORIA MODERATA: è associata ad una saturazione di ossigeno <92% e >90%. Clinicamente si esprime attraverso un aumento del lavoro respiratorio, incapacità di completare le frasi, lo stridore inspiratorio importante o in peggioramento con le vie pervie.

DOLORE TORACICO IN ATTO: considerare con attenzione il dolore toracico associato alla dispnea.

SINCOPE / PRE-SINCOPE: segni di possibile deficit circolatorio cerebrale transitorio. Specie se associate alla dispnea vanno considerate come possibile espressione di patologia cardiovascolare potenzialmente evolutiva e quindi valutate in tempi brevi.

Sincope: sospensione temporanea della coscienza con ripresa spontanea e completo recupero una volta superata la crisi.

Pre-sincope: senso di svenimento, sensazione di imminente perdita di coscienza. Si accompagna a sudorazione, pallore e possibile difficoltà a mantenere la posizione eretta.

DISFONIA / MANIFESTAZIONI ALLERGICHE: la disfonia (alterazione della voce) associata alla dispnea può essere segno di un edema della glottide, quindi a rischio di ostruzione delle vie respiratorie a rapida evoluzione e pertanto deve essere valutata in tempi brevi.

Dispnea associata ad arrossamento cutaneo / orticaria, prurito generalizzato, puntura d'insetto.

Può essere presente storia di atopia

DIABETE MELLITO: selezionare questa priorità di rischio quando il paziente assume terapia farmacologica per diabete (insulina, antidiabetici orali). La dispnea può essere il solo segno di sofferenza coronarica nel diabetico, oppure segno di scompenso metabolico con acidosi.

FATTORI DI RISCHIO PER EMBOLIA POLMONARE: le manifestazioni cliniche dell'embolia polmonare sono spesso scarsamente sintomatiche, pertanto è necessario approfondire la ricerca dei fattori di rischio quali:

- gonfiore agli arti
- recente intervento chirurgico
- anamnesi per ipercoagulabilità
- immobilità / allettamento
- presenza di apparecchio gessato
- gravidanza e uso di contraccettivi orali
- neoplasia nota
- pregressa TVP / EP.

COMPROMISSIONE RESPIRATORIA MINORE: dispnea e tachipnea da sforzo, non evidente incremento del lavoro respiratorio, capacità di formulare frasi complete, modesto stridore inspiratorio senza segni di ostruzione delle vie aeree. Associata ad una saturazione d'ossigeno superiore a 92%.

TOSSE + FEBBRE: s'intendono febbre superiore a 38°C (anche riferita precedentemente all'accesso in PS) e tosse importante.

TOSSE PROTRATTA / SINTOMI DI SOSPETTA TBC: durata della tosse uguale o superiore a tre settimane associata ad altri segni e sintomi compatibili inclusi:

- produzione di espettorato non purulento
- perdita di peso
- febbre
- sudorazione notturna
- anoressia
- astenia
- malessere generale.

L'attivazione di questa voce rende obbligatorio l'uso dei presidi di protezione e l'isolamento del paziente in base ai protocolli locali.

DISPNEA RIFERITA SENZA CRITERI DI PRIORITA': il paziente lamenta dispnea in presenza di saturazione > 95%

3.2.5 Cardiopalmo

CODICE	SINTOMO
2	DOLORE TORACICO IN ATTO
2	SINCOPE / PRE SINCOPE
2	DISPNEA
2	PORTATORE DI PACE-MAKER O ICD
2	CARDIOPATIA ISCHEMICA
2	FATTORI DI RISCHIO PER EMBOLIA POLMONARE
2	FC > 150 BPM O < 40 BPM
3	CARDIOPALMO SENZA CRITERI DI PRIORITA' / RISCONTRO OCCASIONALE DI ARITMIA

Note

Usa la scheda in caso di irregolarità del battito cardiaco avvertita dal paziente, rilevata alla palpazione del polso da parte del paziente stesso o di un medico o registrata con esame ECG od Holter ed in caso di riferita scarica di ICD (defibrillatore cardiaco).

DOLORE TORACICO IN ATTO: va considerato "dolore toracico" qualsiasi dolore localizzato dal mento all'ombelico non motivato da altre cause immediatamente evidenti.

SINCOPE / PRESINCOPE

Sincope: Sospensione temporanea della coscienza con ripresa spontanea e completo recupero una volta superata la crisi.

Pre-sincope: senso di svenimento, sensazione d'imminente perdita di coscienza si accompagna a sudorazione e pallore e a possibile difficoltà di mantenere la posizione eretta.

DISPNEA: percezione fastidiosa del proprio respiro ovvero respirazione difficoltosa o affannosa. È un sintomo, quindi non sempre obiettivabile. Può essere equivalente anginoso. La segnalazione può anche essere riferita solo dopo richiesta dell'interrogante con la modalità "ha avuto altri disturbi?".

PORTATORE DI PACE MAKER O ICD: la presenza di Pace-Maker o di ICD (defibrillatore cardiaco impiantabile) sono espressione di malattia del sistema di conduzione e quindi di elevato rischio di aritmia.

CARDIOPATIA ISCHEMICA: chiedere al paziente se ha storia di cardiopatia ischemica (angina pectoris, IMA, intervento di angioplastica o by-pass aorto-coronarica) e se assume terapia farmacologica anti-ischemica (antiaggreganti, nitrati, beta-bloccanti ecc.).

FATTORI DI RISCHIO PER EMBOLIA POLMONARE: le manifestazioni cliniche dell'embolia polmonare sono spesso scarsamente sintomatiche, pertanto è necessario approfondire la ricerca dei fattori di rischio quali:

- gonfiore agli arti
- recente intervento chirurgico
- anamnesi per ipercoagulabilità
- immobilità / allettamento
- presenza di apparecchio gessato
- gravidanza e uso di contraccettivi orali
- neoplasia nota
- pregressa TVP / EP.

FC > 150 BPM O < 40 BPM: in assenza di altri fattori di rischio il dato deve essere rilevato e determina il codice 2.

CARDIOPALMO SENZA CRITERI DI PRIORITÀ / RISCONTRO OCCASIONALE DI ARITMIA: in assenza di fattori aggravanti il cardiopalmo isolato non determina un elevato rischio per il paziente. Soprattutto nell'anziano considerare con attenzione le patologie associate.

Pazienti asintomatici, che hanno rilevato casualmente l'aritmia tramite misurazione di parametri o esecuzione di ECG.

3.2.6 Sincope / Pre – Sincope

CODICE	SINTOMO
1	ALTERAZIONE DI MIMICA FACIALE / MOTILITÀ ARTI / DISTURBI DEL LINGUAGGIO ENTRO LE 5 ORE
2	CONVULSIONI REGREDITE
2	DOLORE TORACICO
2	CARDIOPALMO O POLSO ARITMICO
2	DISTURBI NEUROLOGICI DOPO LE 5 ORE O REGREDITI / ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO
2	EMORRAGIA
2	DISPNEA
2	CEFALEA
2	FATTORI DI RISCHIO PER EMBOLIA POLMONARE
2	INTOSSICAZIONE
2	CARDIOPATIA
2	EPATOPATIA CRONICA / DIABETE
2	DOLORE ADDOMINALE + DONNA IN ETÀ FERTILE
2	DOLORE ADDOMINALE + IPERTENSIONE ARTERIOSA
2	DOLORE ADDOMINALE + STORIA DI ANEURISMA AORTICO
3	EVENTO ENTRO 24 ORE SENZA CRITERI DI PRIORITÀ
4	EVENTO OLTRE 24 ORE SENZA CRITERI DI PRIORITÀ

Note

Usa la scheda quando la sintomatologia è già risolta. La scheda comprende anche gli episodi di presincope e le convulsioni. In assenza di priorità, la perdita di coscienza, è da ritenersi una urgenza solo nei casi di recente insorgenza (entro le 24 ore), e viene in tal caso identificata come codice 3.

Sincope: sospensione temporanea della coscienza con ripresa spontanea e completo recupero una volta superata la crisi.

Pre – sincope: senso di svenimento, sensazione d'imminente perdita di coscienza, si accompagna a sudorazione e pallore e a possibile difficoltà di mantenere la posizione eretta. L'utente si accorge di quanto sta accadendo.

CONVULSIONI REGREDITE: violenta contrazione o una serie di contrazioni involontarie dei muscoli volontari associata a perdita di coscienza. L'utente non ha ricordo dell'accadimento. Se convulsioni in atto usa la scheda "Alterazioni acute della coscienza".

DOLORE TORACICO: va considerato "dolore toracico" qualsiasi dolore localizzato dal mento all'ombelico non motivato da altre cause immediatamente evidenti. La sensazione gravativa di peso – morsa è descrizione più frequente del dolore da ischemia miocardica. Modalità di presentazione alternativa del dolore ischemico è anche il peso epigastrico (considerato tale fino ad esclusione certa); altresì il dolore dorsale (richiamante una possibile dissezione aortica), il dolore da peri, mio o endocardite, dell'embolia polmonare e dello pneumotorace moltiplicano le possibili descrizioni del sintomo stesso.

CARDIOPALMO O POLSO ARITMICO: percezione del proprio battito cardiaco (irregolare, accelerato, rallentato). L'irregolarità del battito cardiaco in associazione alla percezione di dolore è un indice di rischio evolutivo da valutare con rapidità. Il polso aritmico può essere rilevato dal paziente o da altro operatore (es. medico curante, farmacista, sanitario...).

DISTURBI NEUROLOGICI DOPO LE 5 ORE O REGREDITI / ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO

- **Disturbi neurologici:** Afasia, disartria, paresi, disturbi del visus, parestesie, tremori.
- **Alterazioni del comportamento:** Stato confusionale, agitazione psicomotoria, disorientamento spazio – temporale non presenti al momento dell'intervista ma riferiti da testimoni e già regrediti.

EMORRAGIA: porre domande generiche come: *“Ha avuto perdite di sangue?”* ed evitare domande specifiche quali: *“Ha avuto ematemesi? - melena, metrorragia?...”* perché potrebbero essere imbarazzanti e poco comprensibili durante l'intervista di Triage.

DISPNEA: percezione fastidiosa del proprio respiro ovvero respirazione difficoltosa o affannosa. Deve essere considerata equivalente anginoso. È un sintomo, non un segno, quindi un disturbo lamentato dal paziente non sempre obiettivabile. La segnalazione può anche essere riferita solo dopo richiesta dell'interrogante nella modalità: *“ha avuto altri disturbi?”*.

CEFALEA: chiedere al paziente se ha o ha avuto un importante ed anomalo dolore diffuso al capo.

FATTORI DI RISCHIO PER EMBOLIA POLMONARE: le manifestazioni cliniche dell'embolia polmonare sono spesso scarsamente sintomatiche, pertanto è necessario approfondire la ricerca dei fattori di rischio quali:

- gonfiore agli arti
- recente intervento chirurgico
- anamnesi per ipercoagulabilità
- immobilità / allettamento
- presenza di apparecchio gessato
- gravidanza e uso di contraccettivi orali
- neoplasia nota
- pregressa TVP / EP.

INTOSSICAZIONE: riferita o possibile assunzione o esposizione a sostanze tossiche di qualsiasi natura.

CARDIOPATIA: chiedere al paziente se assume terapia farmacologica cardiologica od anti – ipertensiva e se è portatore di Pace Maker e / o di ICD (defibrillatore impiantato sottocute).

DOLORE ADDOMINALE – DONNA IN ETÀ FERTILE: inteso anche in sede lombo – sacrale. Può essere causato da una gravidanza extrauterina con emorragia interna.

DOLORE ADDOMINALE – IPERTENSIONE ARTERIOSA: rende necessario escludere un aneurisma aortico misconosciuto.

NON CRITERI DI PRIORITÀ: raccoglie tutto ciò che sopra è stato escluso; in assenza di priorità, la *“Sincope o Pre – Sincope”* è da ritenersi un'urgenza solo nei casi di recente insorgenza e viene in tal caso identificata come codice 3.

3.2.7 Cefalea

CODICE	SINTOMO
2	DISTURBI NEUROLOGICI DOPO LE 5 ORE O REGREDITI / ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO
2	INSORGENZA VIOLENTA IMPROVVISA O DIVERSA DALL'USUALE
2	SINCOPE / PRE – SINCOPE
2	DOLORE CERVICO – NUCALE + FEBBRE
3	NAUSEA / VOMITO
3	CRISI DI CEFALEA NOTA O SENZA CRITERI DI PRIORITÀ

Note

La cefalea è un sintomo frequente ed è spesso ragione di sofferenza molto grave. L'intensità algica dichiarata non può essere messa in relazione con la gravità della causa. La stessa localizzazione e/o diffusione non risulta indice sicuro di maggiore o minore gravità. La scheda viene usata per tutti i dolori della testa senza storia di trauma, esclusi dolore all'orecchio, dolore sotto - orbitario (es. sinusite), mal di denti che vanno riferiti alle schede dei problemi specifici.

DISTURBI NEUROLOGICI

- **Disturbi neurologici:** Afasia, disartria, paresi, disturbi del visus, parestesie, tremori.
- **Alterazioni del comportamento:** Stato confusionale, agitazione psicomotoria, disorientamento spazio – temporale non presenti al momento dell'intervista ma riferiti da testimoni e già regrediti.

INSORGENZA VIOLENTA IMPROVVISA O DIVERSA DALL'USUALE: la cefalea violenta ad insorgenza improvvisa soprattutto se associata a disturbi neurologici e/o del comportamento e/o a perdita di coscienza può rappresentare un sintomo precoce d'accidente cerebrovascolare quale un'emorragia sub – aracnoidea.

Suggerimento: chiedere al paziente se la cefalea è importante e se si è presentata improvvisamente, se la localizzazione è diversa o l'intensità è maggiore di quella abituale.

SINCOPE / PRESINCOPE: confermare o escludere, anche attraverso la raccolta dati di chi accompagna il paziente se, in concomitanza con la comparsa della cefalea, la persona ha accusato perdita di conoscenza o convulsioni poiché forma frequente di presentazione della emorragia sub – aracnoidea (ESA).

DOLORE CERVICO – NUCALE + FEBBRE: possibile espressione di meningite. Cefalea localizzata, in progressiva crescita nel corso delle ore a maggior rischio se associata a febbre o vomito (ricordare la forma "a getto"), spesso con altri sintomi comportamentali. Chiedere al paziente di porre una mano nel punto dove avverte il dolore e quindi valutarne l'intensità. Evitare la domanda diretta "ha dolore al collo" perché fonte di false positività. Inoltre, se il dolore è in sede cervico–nucale informarsi se l'utente ha o ha avuto febbre negli ultimi giorni. Ciò che si deve sospettare in questi casi, è una forma di meningite o di emorragia sub – aracnoidea della fossa cranica posteriore, nelle quali spesso si associano disturbi (anche modesti) di tipo neurologico e / o comportamentale. L'attivazione di questa voce rende obbligatorio l'uso dei presidi di protezione e l'isolamento del paziente in base ai protocolli locali.

NAUSEA / VOMITO: se non associata ad altri sintomi maggiori è da ricondurre ad un stato sintomatologico di sofferenza; non espone il paziente a rischio di vita.

CRISI DI CEFALEA NOTA O SENZA CRITERI DI PRIORITÀ: la persona si presenta al PS riferendo storia di cefalea; l'evento attuale si presenta con caratteristiche analoghe ai precedenti episodi.

3.2.8 Disturbi Neurologici

CODICE	SINTOMO
1	ALTERAZIONE DI MIMICA FACCIALE / MOTILITÀ ARTI / DISTURBI DEL LINGUAGGIO ENTRO LE 5 ORE
2	ALTERAZIONE DI MIMICA FACCIALE / MOTILITÀ ARTI / DISTURBI DEL LINGUAGGIO OLTRE LE 5 ORE O CONTROINDICAZIONI EVIDENTI
2	CONVULSIONI REGREDITE / CLONIE
3	DIPLOPIA / DISTURBI DEL VISUS
3	ALTERAZIONI DELLA SENSIBILITÀ
3	DISTURBI TRANSITORI MOTILITÀ E LINGUAGGIO
3	DISTURBI ACUTI DELLA MEMORIA

Note

Usa la scheda quando la persona che accede al PS presenta:

- *paresi*: deficit di forza esteso a parti più o meno diffuse del corpo
- *disturbi della parola*: afasia, disartria
- *diplopia*: visione sdoppiata delle cose
- *disturbi del visus*: alterazioni acute (campi neri, emianopsia, amaurosi) non associate a disturbi locali dell'occhio
- *parestesie/insensibilità*: alterazioni della sensibilità tattile, percettiva, dolorifica che assumono significato soprattutto se distrettuali
- *tremori*: movimenti incontrollati degli arti/volto.
- *Disturbi acuti della memoria*.

ALTERAZIONE DI MIMICA FACCIALE / MOTILITÀ ARTI / DISTURBI DEL LINGUAGGIO ENTRO LE 5 ORE: attiva se i sintomi (asimmetria della rima orale, impossibilità di aprire o chiudere una palpebra / diminuzione o perdita di forza ad un arto / incapacità di esprimersi o ad articolare la parola) sono in atto e con esordio entro le 5 ore, in considerazione della possibilità di effettuare il trattamento trombolitico.

Se sono presenti i seguenti fattori che controindicano la trombolisi la scheda non deve essere attivata:

- ora di esordio non chiara (se sintomatologia presente al risveglio, calcolare come ora il momento in cui il paziente si è coricato);
- recente chirurgia spinale o cerebrale (3 mesi);
- trauma cranico grave;
- intervento chirurgico o biopsia di un organo nel mese precedente;
- ipertensione arteriosa incontrollabile;
- convulsioni all'esordio del sospetto ictus;
- neoplasia intracranica;
- allettamento, immobilità e/o grave disabilità pregressa;
- trattamento anticoagulante efficace o coagulopatia nota (piastrinopenia recente infer.50.000).

ALTERAZIONE DI MIMICA FACCIALE / MOTILITÀ ARTI / DISTURBI DEL LINGUAGGIO OLTRE LE 5 ORE O CONTROINDICAZIONI EVIDENTI: quando l'esordio supera le 5 ore o non è databile o in presenza di evidenti criteri di esclusione del trattamento trombolitico:

- ora di esordio non chiara (se sintomatologia presente al risveglio, calcolare come ora il momento in cui il paziente si è coricato);
- recente chirurgia spinale o cerebrale (3 mesi);
- trauma cranico grave;
- intervento chirurgico o biopsia di un organo nel mese precedente;
- ipertensione arteriosa incontrollabile;

- convulsioni all'esordio del sospetto ictus;
- neoplasia intracranica;
- allettamento, immobilità e/o grave disabilità pregressa;
- trattamento anticoagulante efficace o coagulopatia nota (piastrinopenia recente infer.50.000).

CONVULSIONI REGREDITE / CLONIE: la convulsione è una violenta contrazione involontaria di alcuni muscoli volontari; la clonia è una breve e involontaria contrazione (spasmo) di un muscolo o di un gruppo di muscoli

DIPLOPIA E DISTURBI DEL VISUS

- **Diplopia:** percezione di due immagini di un singolo oggetto.
- **Alterazioni del visus:** Modificazione acuta della vista non associata ad altri sintomi oculari locali.

ALTERAZIONI DELLA SENSIBILITÀ: percezione anormale di bruciore, formicolio, puntura o diminuzione / perdita / alterazione della sensibilità di un arto o all'emifaccia. In particolare per l'alterazione della sensibilità si intende ciò che riferisce la persona come sintomo presente al momento del triage. Si fa riferimento alle sensazioni provate di caldo, freddo, dolore, parestesie, che si differenziano dalle alterazioni della capacità motoria. La sensazione di formicolio simmetrica a tutti quattro gli arti va valutata con la scheda "Disturbi del comportamento" perché prevalentemente inquadrabile quale somatizzazione d'ansia, salvo se associata ad altri disturbi da lesione cervicale

DISTURBI TRANSITORI MOTILITÀ E LINGUAGGIO: il TIA è causato da un disturbo temporaneo di irrorazione sanguigna ad una parte limitata del cervello e si manifesta con un deficit neurologico che permane, per definizione, per un periodo inferiore a 60 minuti. I disturbi che si protraggono oltre i 60 minuti, secondo la nuova definizione, sono considerati ictus

DISTURBI ACUTI DELLA MEMORIA: l'amnesia globale transitoria (TGA) è una sindrome la cui caratteristica distintiva è la temporanea, ma quasi totale, perdita della memoria a breve termine. Il paziente ha difficoltà a memorizzare nuove informazioni (amnesia anterograda) e difficoltà ad accedere a ricordi recenti (amnesia retrograda). Non sono presenti altri segni di compromissione della funzione cognitiva, vi è però solo il ricordo dei fatti profondamente sedimentati nella coscienza (ad es. il nome).

3.2.9 Disturbi del Comportamento

CODICE	SINTOMO
1	COMPORAMENTO VIOLENTO
2	AGITAZIONE / AUTOLESIONISMO
2	CEFALEA / VOMITO
2	INTOSSICAZIONE
2	DIABETE / IPER - IPOGLICEMIA MISURATA O RIFERITA
3	STORIA DI PATOLOGIA PSICHIATRICA
4	NON CRITERI DI PRIORITÀ

Note

Usa la scheda quando il disturbo riguarda la sfera relazionale. Si identificano tre principali problemi: agitazione psico-motoria con risposta comportamentale aggressiva/violenta verso gli altri o verso sé stessi; stato confusionale con incapacità di relazionarsi in modo finalistico con gli altri; disorientamento spazio temporale.

COMPORAMENTO VIOLENTO: situazione per la quale vi è un'agitazione incontenibile e si richiede un immediato accesso alle aree di cura. Paziente che può presentare delirium, agitazione psicomotoria, allucinazioni, stato confusionale con grave compromissione della capacità di giudizio o ideazione.

AGITAZIONE / AUTOLESIONISMO: può essere in atto o riferita da testimoni o dalla stessa persona. In questa priorità debbono essere considerati i tentativi o l'intento suicida e autolesionista. In questo gruppo di pazienti è sempre possibile la comparsa di comportamenti imprevedibili, pertanto è opportuno attivare un'adeguata assistenza.

CEFALEA/VOMITO: possibile espressione di ipertensione endocranica.

INTOSSICAZIONE: riferita assunzione o dubbio di assunzione / esposizione a sostanze tossiche, sia accidentale che volontaria.

STORIA DI PATOLOGIA PSICHIATRICA: riguarda le situazioni non acute, in cui al momento del triage è certamente nota la patologia psichiatrica di base. Ai pazienti psichiatrici in generale non è opportuno attribuire un codice 5 anche se in presenza di problemi clinici minori. È sempre necessario valutare la presenza e l'influenza dell'accompagnatore durante l'attesa e la necessità di assistenza.

NON CRITERI DI PRIORITÀ: nessuno dei precedenti criteri.

3.2.10 Dolore Addominale

CODICE	SINTOMO
*	DOLORE EPIGASTRICO
	* VAI ALLA SCHEDA DOLORE TORACICO
2	IN ATTO, SEVERO
2	ANAMNESI PER ANEURISMA AORTA ADDOMINALE
2	EMATEMESI - MELENA - RETTORRAGIA IMPORTANTE
2	SINCOPE / PRESINCOPE
2	METRORRAGIA IN DONNA IN ETÀ FERTILE
3	DOLORE LOMBARE IRRADIATO ALL' ADDOME INFERIORE
3	INGRAVESCENTE, AD INSORGENZA RECENTE
4	NON CRITERI DI PRIORITA'

Note

Usa la scheda per il dolore addominale e lombare. Se il dolore è epigastrico usa la scheda "Dolore toracico".

IN ATTO, SEVERO: possibile espressione di patologia evolutiva (rottura aneurisma aorta addominale, torsione ovarica, gravidanza extrauterina, peritonite) o di importante sofferenza del paziente.

ANAMNESI PER ANEURISMA AORTA ADDOMINALE: possibile rottura di aneurisma aortico

SINCOPE /PRESINCOPE: possibile espressione di rottura di aneurisma aorta addominale, emorragia digestiva, emorragia interna da gravidanza extrauterina

- **Sincope:** Sospensione temporanea della coscienza con ripresa spontanea e completo recupero una volta superata la crisi.
- **Pre-sincope:** senso di svenimento, sensazione d'imminente perdita di coscienza si accompagna a sudorazione e pallore e a possibile difficoltà di mantenere la posizione eretta.

METRORRAGIA IN DONNA IN ETÀ FERTILE: possibile gravidanza extrauterina, infatti oltre alla possibile emorragia interna può manifestarsi anche una metrorragia per disgregazione della mucosa endometriale

DOLORE LOMBARE IRRADIATO ALL' ADDOME INFERIORE: possibile espressione di colica renale.

INGRAVESCENTE, AD INSORGENZA RECENTE: possibile espressione di iniziale sofferenza peritoneale

3.2.11 Allergia

CODICE	SINTOMO
2	DISPNEA
2	SINCOPE / PRESINCOPE
2	DISFONIA / DISFAGIA / ODINOFAGIA
2	SINTOMATOLOGIA RAPIDAMENTE INGRAVESCENTE
3	SINTOMATOLOGIA NON INGRAVESCENTE

Note

Usa la scheda quando la persona segnala disturbi cutanei, orofaringei o respiratori conseguenti a contatto (cutaneo o mucoso, inalazione o ingestione) con sostanza potenzialmente allergogena (alimenti, farmaci, veleno di insetto, sostanze chimiche).

DISPNEA: percezione fastidiosa del proprio respiro ovvero respirazione difficoltosa o affannosa. È un sintomo, quindi non sempre obiettivabile. La segnalazione può anche essere riferita solo dopo richiesta dell'interrogante con la modalità "ha avuto altri disturbi?".

SINCOPE - PRE-SINCOPE

- **Sincope:** *sospensione* temporanea della coscienza con ripresa spontanea e completo recupero una volta superata la crisi.
- **Pre-sincope:** senso di svenimento, sensazione d'imminente perdita di coscienza; si accompagna a sudorazione e pallore e a possibile difficoltà a mantenere la posizione eretta.

DISFONIA - DISFAGIA – ODINOFAGIA: possibili espressione di tumefazione ingravescente con rischio di compressione delle vie aeree

- **Disfagia:** difficoltà ad inghiottire.
- **Disfonia:** modificazione del timbro della voce / assenza di voce.
- **Odinofagia:** dolore alla deglutizione.

3.2.12 Emorragie NON Traumatiche

CODICE	SINTOMO
2	EMATEMESI / VOMITO CAFFEANO
2	MELENA / RETTORRAGIA IN ATTO / ENTRO LE 24 ORE
2	METRORRAGIA IN PAZIENTE GRAVIDA O PUERPERA
2	EMOTTISI
3	EMATOCHESIA / SANGUINAMENTO DA EMORROIDI NOTE
3	MELENA / RETTORRAGIA OLTRE LE 24 ORE
3	MENO-METRORRAGIA
3	EMATURIA
3	EMOFTOE IN ATTO
3	EPISTASSI IN ATTO
4	EMOFTOE RECENTE
4	MANIFESTAZIONI CUTANEE
5	EPISTASSI RISOLTA
5	NON CRITERI DI PRIORITA'

Note

Usa la scheda quando il motivo di ricorso al PS è una manifestazione emorragica non sostenuta da cause traumatiche.

EMATEMESI / VOMITO CAFFEANO: vomito ematico con sangue color rosso (fresco) o caffeeano (digerito)

MELENA – RETTORRAGIA

- **Melena:** feci nere da sangue digerito
- **Rettorragia:** emorragia franca dal tratto intestinale terminale (non comprende le tracce di sangue – ematochesia).

EMOTTISI: emissione di importante quantità di sangue dalle vie aeree.

EMOFTOE: emissione di escreato striato di sangue

MANIFESTAZIONI CUTANEE: petecchie, ecchimosi o ematomi non traumatici.

3.2.13 Intossicazioni

CODICE	SINTOMO
1	DA CONTATTO NON DECONTAMINATA (VOLTO ED OCCHI)
1	DA CONTATTO AL CORPO CON SUPERFICIE > 25%
2	DA CONTATTO NON DECONTAMINATA (CORPO)
2	INTENZIONALE
2	ACCIDENTALE CON DISTURBI MAGGIORI REGREDITI / SINTOMATOLOGIA IN ATTO
2	INGESTIONE ACCIDENTALE DI SOSTANZA CAUSTICA
2	INGESTIONE ACCIDENTALE / INCONGRUA DI FARMACI
2	ESPOSIZIONE A MONOSSIDO DI CARBONIO
3	INGESTIONE O CONTATTO ACCIDENTALE SENZA CRITERI DI PRIORITA'

Note

Contatto per qualsiasi via (parenterale, enterale, inalatoria o cutanea) con sostanze tossiche/caustiche o riferita assunzione di farmaci a dosi superiori a quelle terapeutiche.

DA CONTATTO NON DECONTAMINATA (VOLTO E OCCHI): il processo di decontaminazione deve essere eseguito quanto prima, soprattutto in sedi delicate come volto e occhi per il possibile coinvolgimento delle vie aeree o per la possibilità di lesioni oculari permanenti.

DA CONTATTO AL CORPO CON SUPERFICIE > 25%: il processo di decontaminazione deve essere eseguito quanto prima, il codice rosso è relativo al possibile danno sistemico correlato alla vastità della lesione.

DA CONTATTO NON DECONTAMINATA (CORPO): il processo di decontaminazione deve essere eseguito quanto prima, per ridurre il danno locale e sistemico.

INTENZIONALE: mette in evidenza l'alterazione del comportamento correlato all'autolesionismo.

ACCIDENTALE CON DISTURBI MAGGIORI REGREDITI / SINTOMATOLOGIA IN ATTO

Disturbi maggiori regrediti:

- **Alterazioni del comportamento:** Stato confusionale, agitazione psicomotoria, disorientamento spazio-temporale non presenti al momento dell'intervista ma riferiti dai parenti e/o già regrediti.
- **Sincope:** sospensione temporanea della coscienza con ripresa spontanea e completo recupero una volta superata la crisi.
- **Pre-sincope:** senso di svenimento, sensazione d'imminente perdita di coscienza si accompagna a sudorazione e pallore e a possibile difficoltà di mantenere la posizione eretta.
- **Convulsione:** riferita violenta contrazione o una serie di contrazioni involontarie dei muscoli volontari associata a perdita di coscienza.
- **Dolore toracico:** qualsiasi dolore localizzato dal mento all'ombelico non motivato da altre cause immediatamente evidenti. Considera la possibilità di SCA anche nel paziente giovane in particolare in caso di intossicazione da cocaina.

Sintomatologia in atto:

- **Disturbi neurologici:** parestesie, tremori, evidenti all'intervista in area triage
- **Cardiopalmo:** irregolarità del battito cardiaco, avvertita dal paziente o rilevata alla palpazione del polso.
- **Dolore toracico:** qualsiasi dolore localizzato dal mento all'ombelico non motivato da altre cause immediatamente evidenti. Considera la possibilità di SCA anche nel paziente giovane in particolare in caso di intossicazione da cocaina.
- **Bradi o tachicardia:** FC rilevata < 60 o >100 bpm
- **Dispnea:** percezione fastidiosa del proprio respiro oppure respirazione difficoltosa o affannosa, non sempre obiettivabile. La segnalazione può anche essere riferita solo dopo richiesta dell'interrogante con la modalità "ha avuto altri disturbi?".

- **Vomito:** pericolo di aspirazione o di contatto ripetuto con la sostanza tossica a livello di mucose esofagee e del cavo orale.
- **Tosse insistente:** segno di irritazione della mucosa bronchiale.
- **Disfagia / Disfonia / Faringodinia:** espressione di irritazione delle prime vie aeree con rischio di ostruzione
- **Dolore addominale**
- **Cefalea:** diffusa, ingravescente, possibile espressione di intossicazione da CO.

INGESTIONE ACCIDENTALE DI SOSTANZA CAUSTICA: ingestione di sostanze con la capacità di ledere i tessuti anche in profondità con meccanismo di disidratazione, ossidazione, o coagulazione fino alla necrosi degli stessi:

- Acido fluoridrico, cloridrico, ossalico, muriatico, solforico
- Ammoniaca
- Benzina
- Cemento bagnato
- Kerosene
- Soda caustica/lisciva
- Varechina

INGESTIONE ACCIDENTALE/INCONGRUA DI FARMACI: assunzione accidentale o volontaria di farmaci a dosi superiori a quelle terapeutiche.

ESPOSIZIONE A MONOSSIDO DI CARBONIO: esposizione accertata mediante rilevatore di CO o possibili situazioni di esposizione a CO, da considerare in particolare quando vi siano più persone coinvolte con sintomatologia anche blanda.

INGESTIONE O CONTATTO ACCIDENTALE SENZA CRITERI DI PRIORITÀ: riferita ingestione o contatto o inalazione in assenza di sintomatologia.

3.2.14 Gravidanza

CODICE	SINTOMO
1	TRAVAGLIO DI PARTO IN ATTO
2	METRRORRAGIA
2	DOLORE ADDOMINALE / SINCOPE / PRESINCOPE
2	ASSENZA DI MOVIMENTI DEL FETO
2	CEFALEA / VERTIGINE / DISTURBI DEL VISUS
3	IPEREMESI GRAVIDICA O ALTRI SINTOMI MINORI
3	INIZIO TRAVAGLIO DI PARTO

Note

Usa la scheda per problemi specifici correlati alla gravidanza e in caso di malessere nella gravida non inquadrabile in altri ambiti sintomatologici.

TRAVAGLIO DI PARTO IN ATTO: è codice 1 quando il parto è ritenuto imminente

METRRORRAGIA: durante la gravidanza le perdite ematiche vaginali indipendentemente dall'età gestazionale richiedono una valutazione urgente per salvaguardare la salute di mamma e bambino.

DOLORE ADDOMINALE / SINCOPE / PRESINCOPE: nel primo trimestre possono essere segni di gravidanza extrauterina. Durante il resto della gravidanza vanno comunque urgentemente valutati per escludere quadri patologici che possono causare problemi alla donna e sofferenza fetale.

ASSENZA DI MOVIMENTI DEL FETO: quando la donna ha la percezione di non avvertire i movimenti del feto come al solito. Se i movimenti del bambino sono scarsi o assenti potrebbe essere indice di sofferenza fetale. Tale condizione richiede una consulenza specialistica urgente per valutare lo stato di salute del bambino.

CEFALEA/VERTIGINE/DISTURBI DEL VISUS: nel terzo trimestre di gravidanza possono essere indici di gestosi.

IPEREMESI GRAVIDICA O ALTRI SINTOMI MINORI: l'iperemesi gravida è un disturbo della gravidanza caratterizzato da una forma acuta e incontrollabile di vomito e nausea. Per altri sintomi minori si intendono quei disturbi legati alla gravidanza che non rappresentano un pericolo imminente per la salute di mamma e bambino ma che vengono comunque percepiti dalla donna come situazioni disturbanti e preoccupanti per le quali richiedere un parere esperto (ad esempio crampi muscolari, pirosi ecc.).

INIZIO DI TRAVAGLIO DI PARTO: codice 3 quando il parto non è considerato imminente.

3.3 TERZO LIVELLO - PROBLEMA SPECIFICO

MEDICINA GENERALE
CUTE E TESSUTI MOLLI
OCULISTICO
OTOIATRICO
ODONTOIATRICO
GINECOLOGICO
UROLOGICO
CHIRURGICO/GASTROINTESTINALE
MUSCOLO SCHELETRICO
CONTATTO CON ANIMALI

Note relative alle modalità di accesso alle singole schede

La scheda raccoglie una molteplicità di situazioni sintomatologiche non previste nelle schede precedenti; tali situazioni qui descritte sono motivo di frequente ricorso ad un Dipartimento d'Emergenza Accettazione (DEA). La scheda risulta generica, con fattori di rischio evolutivo generalmente assenti o poco presenti (eccettuando altresì una specifica priorità), dove, inoltre, si preferisce individuare la specialità di riferimento del disturbo accusato dalla persona. Tali schede, incentrate su problemi di minor gravità (priorità 3, 4 e 5, con presenza di alcune priorità maggiori con codice 2), permettono di definire con sufficiente precisione le diverse situazioni cliniche, in modo da favorire eventuali percorsi brevi o la gestione di protocolli interni per singole patologie.

3.3.1 Problema Specifico - Medicina Generale

CODICE	SINTOMO
2	VIOLENZA DI GENERE
3	DOLORE E GONFIORE ARTO
3	CONTRAZIONE DELLA DIURESIS
3	VERTIGINE / CAPOGIRO
3	COAGULOPATIE / ANTICOAGULANTI
3	PROBLEMI CORRELATI A PATOLOGIA NEOPLASTICA
3	DISONIE / ANEMIE ASINTOMATICHE
3	IPO / IPER - GLICEMIE ASINTOMATICHE
3	CONTATTO CON MATERIALE BIOLOGICO - FONTE
3	CONTATTO CON MATERIALE BIOLOGICO - INFORTUNATO
3	ITTERO
4	IPERTENSIONE ARTERIOSA SINTOMATICA
5	IPERTENSIONE ARTERIOSA ASINTOMATICA
5	SINTOMATOLOGIA CRONICA SENZA PROBLEMI ACUTI
5	TOSSE, RINITE ED ALTRI SINTOMI ASPECIFICI DELLE PRIME VIE AEREE
5	ACCERTAMENTI NON CORRELATI A PATOLOGIA ACUTA E RIVALUTAZIONE
5	PROBLEMI SOCIO-ASSISTENZIALI
5	ALTRO

Note

VIOLENZA DI GENERE: la persona riferisce aggressione verbale, minacce, strattonamenti, vessazioni, situazioni di mobbing sul posto di lavoro, al domicilio, a scuola od in altro ambiente.

DOLORE E GONFIORE ARTO: può essere espressione di una patologia venosa (spesso si tratta di trombosi) sia spontanea sia come conseguenza di un trauma o associata a patologia sistemica quali le neoplasie.

CONTRAZIONE DELLA DIURESIS: può essere indicativa d'insufficienza renale in fase iniziale oppure d'incipiente insufficienza cardiaca, da distinguere dalla ritenzione acuta d'urina.

VERTIGINE E CAPOGIRO: valuta la FC: se < 40 o > a 150 bpm usa la scheda cardiopalmo.

- **Vertigine:** illusione di un movimento; sensazione come se il mondo esterno stesse girando attorno alla persona (vertigine obiettiva) oppure come se se la persona stesse girando attorno nello spazio (vertigine soggettiva).
- **Capogiro:** Disturbi dell'orientamento nello spazio; una sensazione di mancanza d'equilibrio e di movimento all'interno della testa; instabilità, senso di "testa vuota", squilibrio.

COAGULOPATIE ED ANTICOAGULANTI: si fa riferimento alle persone che dichiarano una patologia specifica (emofilia, piastrinopenia, leucemia, cirrosi epatica, neoplasia, terapia anticoagulante) che accedono al pronto soccorso per problemi minori direttamente correlati alla malattia di base come lividi o esami di laboratorio non normali (INR) e non si associano ad alterazioni delle funzioni vitali o sintomi maggiori.

PROBLEMI CORRELATI A PATOLOGIA NEOPLASTICA: sintomi spesso aspecifici collegati alla neoplasia, a localizzazioni secondarie, oppure al trattamento antineoplastico (chemioterapia e radioterapia in primis). Nausea, astenia, anoressia, disturbi digestivi non specifici, dolore, alterazioni del tono dell'umore possono essere i sintomi riferiti dalla persona.

DISIONIE / ANEMIE ASINTOMATICHE: squilibri idro – elettrolitici quali ipo / iper -potassiemia (-kaliemia), ipo / iper -natriemia (-sodiemia), ipo / iper -calcemia, ipo / iper -magnesemia, etc... riscontrati dopo prelievo ematico a causa del quale l'utente viene inviato al PS per accertamenti. L'utente risulta asintomatico per problematiche maggiori (ipotensione, cardiopalmo, etc... per le quali si rimanda eventualmente alle specifiche schede).

IPO / IPER -GLICEMIE ASINTOMATICHE: ipo o iperglicemia riscontrate dopo prelievo ematico a causa del quale l'utente viene inviato al PS per accertamenti. L'utente risulta asintomatico per problematiche maggiori (ipotensione, cardiopalmo, etc... per le quali si rimanda eventualmente alle specifiche schede).

CONTATTO CON MATERIALE BIOLOGICO: FONTE / INFORTUNATO: la persona giunge all'attenzione del PS dopo un'esposizione con qualsiasi materiale biologico (sangue, saliva, urina nonché qualsiasi altro liquido biologico) stante il quale si avvia la procedura di controllo post esposizione specifica per ogni azienda ospedaliero – sanitaria.

ITTERO: espressione di patologia sistemica a partenza epatico - portale, richiedente una valutazione globale dell'utente medesimo.

IPERTENSIONE ARTERIOSA SINTOMATICA ED ASINTOMATICA: si riferisce a tutte le situazioni in cui la persona è nota per ipertensione o già in trattamento anti – ipertensivo e riferisce sintomi specifici od aspecifici correlati o da lei attribuiti all'ipertensione o nel paziente che riscontra occasionalmente elevati valori pressori. La differenza di codice di priorità si pone sulla base di tale distinzione.

SINTOMATOLOGIA CRONICA SENZA PROBLEMI ACUTI: situazione frequente per i pazienti con pluri – patologie croniche. Le diagnosi sono già stabilite così come le terapie. Riferiscono la situazione di disagio relativa alla cronicità delle loro patologie senza poter riferire un evento particolare insorto acutamente.

3.3.2 Problema Specifico - Cute e Tessuti Molli

CODICE	SINTOMO
3	REAZIONE ESANTEMATICA
4	LESIONE CUTANEA DA FREDDO / CONGELAMENTO
5	ERITEMA CUTANEO LOCALIZZATO / PRURITO / LESIONI DA GRATTAMENTO
5	LESIONE CUTANEA NON TRAUMATICA / TUMEFUZIONE
5	COMPLICANZE DA PIERCING / ANELLI
5	RITENZIONE DI CORPO ESTRANEO
5	ALTRO

Note

REAZIONE ESANTEMATICA: sospetto di malattia esantematica quali varicella, morbillo, scarlattina, rosolia, etc...

LESIONE CUTANEA DA FREDDO / CONGELAMENTO: Lesioni cutanee da freddo e / o congelamento isolate e di scarsa entità.

LESIONE CUTANEA NON TRAUMATICA E / O TUMEFUZIONE: alterazione della cute di natura non traumatica e senza manifestazioni sistemiche (es. gangrena alle estremità, ascessi, cisti, pateruccio, unghia incarnita).

3.2.3 Problema Specifico – Oculistico

CODICE	SINTOMO
2	CECITÀ MONOCULARE IMPROVVISA
3	DEFICIT VISUS MONOCULARE / DOLORE
4	CORPO ESTRANEO / ABRASIONE CORNEALE
5	OCCHIO ROSSO / SECREZIONI / EDEMA
5	EMORRAGIA SOTTOCONGIUNTIVALE
5	ORZAIOLO / CALAZIO / FORUNCOLO
5	PROBLEMI CON LE LENTI A CONTATTO
5	ALTRO

Note

CECITÀ MONOCULARE IMPROVVISA: deficit visivo insorto improvvisamente, il quale può sottintendere un'amaurosi, distacco di retina, un'ischemia retinica.

DEFICIT VISUS MONOCULARE / DOLORE: in caso di contaminazione dovuta a sostanze irritanti va utilizzata la scheda delle intossicazioni. La diplopia rientra fra i disturbi neurologici. Trovano qui risposta persone con oculodinia, scotòmi, fotomiodesopsie ed altri deficit visivi minori.

CORPO ESTRANEO / ABRASIONE CORNEALE: escludere traumi maggiori.

EMORRAGIA SOTTOCONGIUNTIVALE: È spontanea, non da trauma: in tal caso utilizzare l'apposita scheda "Trauma".

ORZAIOLO / CALAZIO / FORUNCOLO

- **Orzaiolo:** Infezione localizzata e purulenta di una o più ghiandole sebacee delle palpebre.
- **Calazio:** Massa palpebrale che deriva da un'inflammatione cronica ghiandolare.
- **Foruncolo:** Nodulo doloroso che si forma nella cute in conseguenza di una flogosi circoscritta.

PROBLEMI CON LE LENTI A CONTATTO: irritazioni dovute da lenti a contatto; lente dislocata e / o ritenuta.

3.3.4 Problema Specifico – Otoiatico

CODICE	SINTOMO
4	CORPO ESTRANEO ORECCHIO / NASO / GOLA
5	IPOACUSIA / ACUFENI
5	OTALGIA / OTORRAGIA
5	FARINGODINIA / DISFONIA
5	ALTRO

Note

CORPO ESTRANEO ORECCHIO / NASO / GOLA: si riferisce alla sensazione di presenza di corpo estraneo solitamente causata da lisca di pesce od ossa di pollo / coniglio.

IPOACUSIA / ACUFENI: una sordità improvvisa, se non associata ad un'otite acuta e / o da un tappo di cerume, può essere causata da un blocco cocleare acuto.

FARINGODINIA / DISFONIA: in caso di insorgenza acuta in concomitanza con allergia, intossicazione, trauma del collo, o intossicazione vanno utilizzate le schede specifiche.

3.2.5 Problema Specifico - Odontoiatrico

CODICE	SINTOMO
2	DISLOCAZIONE MANDIBOLA
5	ODONTALGIA
5	FRATTURA DI DENTE O DI PROTESI
5	DOLORE / INFIAMMAZIONE DI GENGIVE E BOCCA
5	EMORRAGIA GENGIVALE
5	ALTRO

Note

DISLOCAZIONE DELLA MANDIBOLA: impossibilità a chiudere la bocca, spesso nota alla persona per le recidive frequenti.

ODONTALGIA: va differenziato con il dolore della mandibola da irradiazione del dolore toracico.

FRATTURA DI DENTE O DI PROTESI: va escluso il rischio di ostruzione delle vie aeree superiori. Per l'avulsione di dente vedasi scheda "Trauma testa / collo".

EMORRAGIA GENGIVALE: Probabile dopo trattamento odontostomatologico. Da valutare nei pazienti in trattamento anticoagulante (TAO / NAO) o portatori di patologie ematologiche note.

3.2.6 Problema Specifico – Ginecologico

CODICE	SINTOMO
4	CORPO ESTRANEO IN VAGINA
4	DOLORE / TUMEFUZIONE / RAGADI AL SENO IN ALLATTAMENTO
5	AMENORREA / DISMENORREA
5	PERDITE VAGINALI
5	CONTRACCEZIONE DEL GIORNO DOPO
5	PRURITO / DOLORE / TUMEFUZIONE VAGINALI
5	ALTRO

Note

AMENORREA / DISMENORREA

- **Amenorrea:** Mancata mestruazione.
- **Dismenorrea:** Mestruazione dolorosa.

PERDITE VAGINALI: perdite ematiche (spotting) o leucorrea.

CONTRACCEZIONE DEL GIORNO DOPO: per l'utente donna che richiede la prescrizione post intercettazione coitale.

3.2.7 Problema Specifico - Urologico

CODICE	SINTOMO
2	DOLORE IMPROVVISO ALLO SCROTO
2	PRIAPISMO / ROTTURA DI PENE
3	RITENZIONE ACUTA D'URINA
3	DOLORE / TUMEFUZIONE TESTICOLO / RIGONFIAMENTO PENE
3	CORPO ESTRANEO URETRALE
5	BRUCIORE ALLA MINZIONE / SECREZIONI URETRALI
5	ALTRO

Note

DOLORE IMPROVVISO ALLO SCROTO: possibile espressione di torsione del testicolo ad alto rischio evolutivo se non trattato subito.

PRIAPISMO: È un'erezione dolorosa e persistente, non correlata all'attività sessuale.

RITENZIONE ACUTA D'URINA: È possibile anche nel portatore di catetere a permanenza (o detto anche "a dimora").

DOLORE E / O TUMEFUZIONE TESTICOLO / RIGONFIAMENTO PENE: va esclusa la componente traumatica. Possibile espressione di un varicocele o di un'orchiepididimite.

3.2.8 Problema Specifico - Chirurgico / Gastrointestinale

CODICE	SINTOMO
2	SOSPETTA ISCHEMIA ACUTA DI UN ARTO
3	CORPO ESTRANEO IN ESOFAGO / BOLO ALIMENTARE / DISFAGIA
4	ISCHEMIA NON RECENTE DI UN ARTO
4	NAUSEA / VOMITO / DIARREA
4	SOSTITUZIONE DEVICES
4	CORPO ESTRANEO INGERITO
4	CORPO ESTRANEO NEL RETTO
4	TUMEFUZIONE INGUINALE / ADDOMINALE SENZA ALTRI SINTOMI
5	SINGHIOZZO
5	EMORROIDI / RAGADI / ASCCESSI ANALI
5	PROBLEMI CON RECENTE FERITA CHIRURGICA
5	STIPSI OSTINATA
5	ALTRO

Note

ISCHEMIA ACUTA DI UN ARTO: dolore, pallore, cute fredda, spesso impotenza funzionale insorti acutamente nel corso di alcune ore, sono segni di un problema vascolare di un arto. Il dolore può essere severo e richiedere un trattamento rapido.

CORPO ESTRANEO IN ESOFAGO / BOLO ALIMENTARE / DISFAGIA: la presenza di un corpo estraneo ritenuto in esofago richiede la risoluzione del quadro in tempi brevi. Se presenza di rischio di inalazione elevare a codice 2.

ISCHEMIA NON RECENTE DI UN ARTO: dolore, pallore e / o cianosi, cute fredda, talvolta lesioni cutanee. Spesso persona con storia di patologia vascolare o diabete. Sintomi insorti da qualche tempo. Va inoltre considerata l'impressione generale della persona per attribuire correttamente la priorità di accesso.

NAUSEA / VOMITO / DIARREA: più sono di lunga durata e più sono urgenti. Esclusa la perdita di coscienza e sintomi neurologici suggestivi rispettivamente di ipovolemia e intossicazione, i sintomi di questa priorità vanno considerati secondo l'impressione generale della persona.

SOSTITUZIONE DEVICES: rimozioni accidentali, auto – rimozioni, dislocazioni di presidi quali SNG, PEG, cateteri vescicali temporanei od a dimora, cannula tracheostomica o qualsiasi altro presidio allocato. Si riferisce alla persona che non ha trovato soluzione ambulatoriale per la sostituzione o il malfunzionamento di detti presidi medico – sanitari.

CORPO ESTRANEO INGERITO: esclusa l'intossicazione e la possibilità di compromissione delle prime vie aeree, va considerato secondo l'impressione generale.

CORPO ESTRANEO NEL RETTO: esclusa l'intossicazione va considerato secondo l'impressione generale.

TUMEFUZIONE INGUINALE / ADDOMINALE SENZA ALTRI SINTOMI: trovano qui risposta gli utenti che presentano note ernie inguino – addominali ed onfaliti, anche in attesa di intervento chirurgico senza altri segni e sintomi correlati.

SINGHIOZZO: contrazione spasmodica del diaframma, causata da un'inspirazione incipiente che è improvvisamente controllata dalla chiusura della glottide.

PROBLEMI CON RECENTE FERITA CHIRURGICA: valutare la presenza di comorbidità per eventuale aumento della priorità: iperpiressia, ad esempio, od estensione e presentazione della ferita chirurgica stessa, ma altresì utenti con patologie ematologiche, neoplastiche, cardiache, respiratorie, etc. . .

3.2.9 Problema Specifico - Muscolo – Scheletrico

CODICE	SINTOMO
4	LOMBALGIA
5	RECENTE TRATTAMENTO ORTOPEDICO
5	DOLORE AD UN ARTO O UNA SPALLA
5	TORCICOLLO
5	DOLORE / IMPOTENZA FUNZIONALE AD UNA ARTICOLAZIONE
5	ALTRO

Note

LOMBALGIA: dolore muscolo – scheletrico che si acuisce con il movimento del tronco. Escludere patologie potenzialmente gravi (aneurisma aorta addominale); escludere coliche renali valutando eventuale coinvolgimento addominale, bruciore alla minzione. Valutare patologia di competenza internistica se l'utente riferisce impossibilità minzionale e presenza di globo vescicale (sindrome della cauda equina).

RECENTE TRATTAMENTO ORTOPEDICO: recidive di versamento articolare trattato con artrocentesi; intolleranza ai mezzi di contenzione (bendaggi, apparecchi gessati, sindrome compartimentale) vanno considerati secondo l'impressione generale.

DOLORI AD UN ARTO O AD UNA SPALLA: escludere ischemia acuta dell'arto, dolore toracico o sospetto di TVP. Solitamente l'utente riferisce limitazione funzionale con sensazione maggiormente dolorosa nell'escursione articolare (periartrite, tendinite, etc..).

TORCICOLLO: contrattura dei muscoli cervicali che produce una torsione del collo e una posizione innaturale della testa. Escludere che sia una reazione distonica a farmaci quali le fenotiazine (ad esempio il "Largactil®").

DOLORE / IMPOTENZA FUNZIONALE AD UNA ARTICOLAZIONE: con localizzazione alle grosse articolazioni che spesso sono calde, arrossate, tumefatte, con dolorabilità spiccata per i movimenti anche passivi. Localizzazioni alle piccole articolazioni hanno lo stesso percorso anche se spesso espressione di patologia sistemica.

3.2.10 Problema Specifico - Contatto con Animali

CODICE	SINTOMO
2	MORSO DI VIPERA
3	PUNTURE DI PESCE RAGNO / MEDUSE
5	MORSO DI ZECCA
5	MORSO / GRAFFIO DI ANIMALE SUPERFICIALE
5	PUNTURA INSETTO / RAGNO

4. STANDARD ORGANIZZATIVI

Il Sistema di Triage si deve adeguare al Modello Globale fondato su un approccio olistico alla persona in base alla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, alla considerazione di elementi situazionali significativi e all'effettiva disponibilità di risorse della struttura.

L'organizzazione specifica deve consentire di:

- Realizzare l'effettiva presa in carico della persona dal momento in cui si rivolge alla struttura.
- Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere adeguatamente formato e competente.
- Garantire l'assegnazione del codice di priorità al trattamento attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo.
- Identificare rapidamente le persone che richiedono cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento.
- Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute.
- Utilizzare il sistema codificato di livelli di priorità.
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita all'interno del PS anche attraverso l'attivazione e l'inserimento del paziente in particolari percorsi di valutazione (Percorsi Brevi, PDTA).
- Controllare e regolamentare tutti gli accessi dei pazienti alle aree di visita del PS.
- Disporre di un sistema documentale adeguato.
- Disporre di un sistema adeguato di identificazione del paziente, in linea con le evoluzioni tecnologiche (es. braccialetto, bar code).
- Gestire la lista e l'attesa dei pazienti.
- Fornire assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili agli assistiti.
- Gestire e fornire informazioni agli accompagnatori dei pazienti, in collaborazione con gli altri operatori del PS.

L'organizzazione del Triage deve salvaguardare le esigenze di tutte le persone che accedono alle cure in emergenza urgenza. La funzione di Triage deve essere attiva presso tutte le strutture sede di PS e garantita continuamente nelle 24 ore. Dopo l'accesso, è garantita l'accoglienza e la valutazione da parte dell'infermiere di Triage, l'assegnazione dell'ideale codice di priorità e l'attivazione del percorso più appropriato tra quelli previsti dall'organizzazione.

Ogni organizzazione realizza protocolli relativi alla valutazione e al trattamento dei quadri sintomatologici più frequenti e/o di maggiore complessità, condivisi con il responsabile di Struttura e di Dipartimento, e organizza attività formative utili alla loro implementazione nonché alla verifica periodica della loro attuazione. Le attività accessorie al Triage (registrazione dei dati anagrafici, supporto logistico, assistenza di base) si svolgono sotto la responsabilità dell'infermiere che può avvalersi di personale amministrativo o personale sanitario di supporto per la loro esecuzione.

4.1 REQUISITI STRUTTURALI

Nella definizione e progettazione dell'architettura e degli spazi si deve tener conto della tipologia dell'ospedale e del processo metodologico di Triage.

La funzione di Triage intraospedaliero deve essere espletata in posizione strategica rispetto agli ingressi del PS (pedonale, auto, ambulanze) e l'area Triage deve essere immediatamente identificabile per tutti coloro che accedono al Pronto soccorso.

Gli elementi fondamentali necessari a garantire il rispetto della privacy e l'adeguata funzione di Triage attraverso le 4 fasi (valutazione sulla porta, raccolta dati, decisione di Triage, rivalutazione), sono rappresentati da:

- ambienti dedicati all'area accoglienza, segnalati e ben individuati con accesso facilitato per le persone in condizioni di fragilità, non deambulanti, deambulanti, minori;
- ambienti dedicati all'area Triage dotati di:
 - postazioni telematiche per la raccolta delle informazioni di accesso;
 - locali per la raccolta di informazioni cliniche e la valutazione dei parametri vitali;

- sale di attesa per pazienti non deambulanti (minimo 50 mq con spazio di manovrabilità per barelle e carrozzine), pazienti deambulanti (orientativamente 80-100 mq per 1 consentire la sorveglianza continua da parte dell'Infermiere e la rivalutazione (osservazione diretta e/o telematica);
- sale di attesa per pazienti ambulantanti, autosufficienti, già sottoposti a Triage e per i loro accompagnatori (orientativamente 80-100 mq per Pronto Soccorso Spoke con 25.000 accessi/annui).
- altri ambienti:
 - sale riservate ai pazienti pediatrici;
 - sale riservate ai pazienti affetti da malattia potenzialmente contagiosa;
 - sale riservate a persone in condizioni di fragilità e vittime di abuso;
 - locali per gli assistenti sociali, per la comunicazione dei lutti o delle gravi malattie, per le necessità sociali degli accompagnatori ;
 - servizi igienici, anche per disabili, punti acqua e ristoro facilmente accessibili dalla sala di attesa.

4.2 RISORSE TECNOLOGICHE

L'area Triage e post Triage dispone di risorse adeguate, materiali e tecnologie, per consentire la realizzazione di un sistema strutturato secondo le direttive contenute nel presente documento e per il mantenimento di appropriati standard qualitativi.

In particolare, la dotazione deve comprendere anche:

- Impianto gas medicali (area compressa, Ossigeno, Vuoto)
- Defibrillatore Automatico Esterno
- Elettrocardiografo
- Materiali di consumo
- Presidi per la gestione dei codici di urgenza differibile e urgenze minori
- Farmaci

4.3 RISORSE UMANE

La funzione del Triage è propria dell'infermiere appartenente all' organico del PS/DEA. L'organico di Pronto Soccorso prevede una dotazione di personale infermieristico compatibile con il numero di accessi alla struttura, con la complessità delle patologie da trattare, tenendo conto anche della variabilità dei flussi giornalieri e stagionali.

Nei Pronto Soccorso con affluenza superiore a 25.000 accessi l'anno, il Triage deve essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva.

Nei Pronto Soccorso con un numero di accessi/anno inferiore a 25.000, la funzione di Triage è assicurata da una unità infermieristica, dedicata o non, sempre nel rispetto dei criteri previsti dal presente documento.

Per le grandi strutture ospedaliere, è necessario prevedere una unità infermieristica specificatamente addetta alla rivalutazione e sorveglianza della sala d'attesa post Triage, per svolgere in maniera appropriata le attività di monitoraggio sulla potenzialità evolutiva e rassicurazione dei pazienti non ancora visitati.

La dotazione complessiva del personale per l'attività di Triage prevede oltre al personale infermieristico, la presenza di personale amministrativo e di supporto adeguato al livello di complessità della struttura.

È raccomandata la presenza di una figura addetta a garantire la sicurezza dei visitatori e degli operatori.

5. FORMAZIONE

La formazione continua e l'addestramento del personale sanitario rappresentano lo strumento indispensabile per garantire la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico.

La formazione deve rappresentare un impegno primario e costante delle Aziende sanitarie, deve curare gli aspetti clinico-metodologici e relazionali e prevedere l'addestramento continuo del personale addetto al Triage. (Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013: 4.2).

A tal fine, è fortemente raccomandata la partecipazione alle iniziative formative anche di tutto il personale medico di PS e di quello afferente al DEA.

Considerata l'esistenza di un Triage regionale unico il Corso Teorico di Accesso e Retraining viene realizzato su modello unico regionale, i cui contenuti vengono concordati da un gruppo di lavoro che coinvolge personale proveniente da tutte le Aziende regionali. Il gruppo di formatori regionale deve coinvolgere infermieri e medici provenienti da ogni PS regionale, in modo da garantire l'uniformità di insegnamento anche nella fase di affiancamento.

5.1 FORMAZIONE DI ACCESSO AL TRIAGE

Per svolgere la funzione di Triage infermieristico in Pronto Soccorso è richiesta una Formazione di accesso ed una Formazione permanente. La Formazione di accesso al Triage prevede i seguenti pre-requisiti:

- titolo di studio ed abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico, ostetrico;
- esperienza lavorativa in Pronto Soccorso (una volta assolto il periodo di prova) di almeno sei mesi;
- titolo certificato alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino.

La Formazione di accesso si concretizza nella partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione al Triage e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto.

5.1.1 Corso Teorico

METODOLOGIA DIDATTICA: Si sviluppa attraverso un corso residenziale della durata di 16 ore realizzato con metodologie frontali ed interattive.

AMBITI FORMATIVI: Il corso prevede attività formative che permettano di:

1. Acquisire una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato su segni/sintomi e rischio evolutivo.
2. Acquisire capacità relazionali atte alla gestione di situazioni critiche ed ansiogene relative alle dinamiche psicologiche che si sviluppano sia nel contesto Triage tra operatori che con l'utente e verso i famigliari e/o accompagnatori.
3. Approfondire gli aspetti relativi all'autonomia ed alla responsabilità professionale con particolare attenzione alle problematiche legali derivate dalla attività di Triage;
4. Acquisire la metodologia per la progettazione l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in Triage, conformemente alle Linee Guida e linee di indirizzo internazionali, nazionali e regionali.
5. Acquisire competenze nell'individuazione e gestione dei principali problemi del Triage pediatrico, sull'accoglienza del minore e della sua famiglia.
6. Acquisire le metodologie per il miglioramento della qualità applicato ad un sistema di Triage.

Al termine del corso deve essere prevista una valutazione finale che certificherà il suo superamento.

5.1.2 Periodo di Affiancamento

Dopo l'abilitazione al Triage, l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento di 36 ore con un tutor esperto. Il ruolo di tutor è svolto da un infermiere esperto in Triage con esperienza pluriennale (almeno 2 anni).

Durante il periodo di affiancamento dovrà essere previsto un percorso articolato nelle seguenti fasi:

1. Osservazione
2. Collaborazione
3. Autonomia
4. Valutazione finale

L'idoneità temporanea allo svolgimento dell'attività di Triage sarà dichiarata dal tutor al termine del periodo di affiancamento.

Trascorso un periodo di lavoro sul campo di sei mesi deve essere realizzato un ulteriore momento di verifica, al fine di dichiarare l'idoneità definitiva all'attività di triage.

5.2 FORMAZIONE PERMANENTE IN TRIAGE

Allo scopo di mantenere adeguate performance dei professionisti e del sistema organizzativo, si ritiene necessario individuare modalità di monitoraggio delle performance del sistema Triage su due livelli:

- Livello aziendale: attraverso incontri periodici, fra operatori, per la realizzazione di audit professionali con discussione di casi, eventi critici/sentinella ed analisi di dati statistici;
- Livello regionale con definizione di obiettivi triennali che preveda:
 - Corsi monotematici emersi dalla rilevazione dei bisogni formativi esplicitati dagli operatori o da criticità rilevate nel corso delle riunioni periodiche di equipe o audit.
 - Attività di verifica periodica dell'attività di Triage (utilizzo di indicatori e Standard) e di analisi del rischio clinico in Triage.
 - Attività di studio e ricerca.
 - Partecipazione a congressi, convegni, workshop sul tema specifico del Triage di PS.

Nei Pronto Soccorso generali, cui afferiscono pazienti pediatrici, è altresì necessaria la frequenza di un corso sul Triage pediatrico di 8 ore e la frequenza per almeno 6 ore presso un Pronto Soccorso pediatrico. Per quanto riguarda gli ambiti pediatrici le attività formative sono svolte da istruttori certificati in Triage pediatrico.

6. MONITORAGGIO CONTINUO DELLA QUALITÀ (MCQ)

Il Triage intra-ospedaliero è un momento di fondamentale importanza del percorso del paziente in Pronto Soccorso, caratterizzato da una complessa interazione tra capacità del protocollo di Triage di individuare correttamente il paziente a rischio, la situazione ambientale e gli aspetti di formazione – esperienza - competenza dell'operatore.

Il monitoraggio continuo della performance del sistema di triage, inserito in un processo dinamico di revisione e verifica della sua qualità, rappresenta l'unico metodo che consente di individuare in modo continuativo eventuali errori o lacune del sistema valutativo-decisionale, allo scopo mantenere e migliorare la clinical competence e gli standard di servizio e di mettere in atto strategie migliorative o correttive del sistema stesso. L'accuratezza del sistema va quindi misurata e verificata con metodi oggettivi tramite specifici indicatori, secondo una logica di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ).

Gli standards degli indicatori del triage (ovvero i valori di riferimento per decidere se un indicatore è in linea con le attese) sono dei valori assunti o auspicati, desunti dalla letteratura, dai documenti nazionali o proposti sulla base della realtà sanitaria locale in cui sono elaborati e delle risorse tecnico-assistenziali disponibili. Nell'interpretazione dei dati derivanti dall'analisi degli indicatori è importante sottolineare come gli stessi debbano essere utilizzati come elementi "spia" di eventuali problemi, la cui più precisa individuazione e soluzione richiede ulteriori strumenti di analisi. Sarà quindi necessario, in caso del rilievo di indicatori che non rispettano i criteri prefissati, effettuare un'analisi più approfondita per capire se l'indicatore alterato corrisponda ad un effettivo problema di sistema e quali soluzioni sia necessario porre in atto per risolverlo.

Perché il processo di MCQ sia attuabile nella pratica, deve essere compatibile con il livello di impegno quotidiano degli operatori e con le risorse disponibili. Il gruppo regionale ha quindi recepito le indicazioni del documento nazionale sul Triage, integrandolo con aspetti collegati alla realtà locale.

Gli indicatori dal 4 al 14 devono essere inseriti in un sistema informatico che ne permetta la valutazione sistematica e vanno estratti ogni 6 mesi a livello locale.

Una volta all'anno è previsto un incontro di verifica del gruppo di lavoro regionale Triage.

6.1 INDICATORI

	Indicatore	Tipologia	Standard
1	N. di infermieri <i>triagisti</i> che hanno effettuato il corso di formazione	Struttura	100%
2	N. di pazienti accolti in PS di cui è stata compilata la scheda di triage	Processo	100%
3	Audit annuale su campione selezionato	Processo	1 audit annuale per ogni PS
4	Rivalutazione del paziente documentata	Processo	90 % dei codici 3 che hanno superato il 60' 80% dei codici 4 che hanno superato il 120' 70% dei codici 5 che hanno superato il 240'
5	% di pazienti in emergenza codice 1 che accedano immediatamente al trattamento (apertura caso entro 5')	Processo	95% dei pazienti accettati con codice 1
6	% di pazienti in urgenza codice 2 che accedono al trattamento entro 15 minuti	Processo	85% dei pazienti accettati con codice 2
7	% di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono entro 60 minuti	Processo	80 % dei pazienti accettati con codice 3
8	% di pazienti con urgenza minore codice 4 che accedono entro 120 minuti	Processo	75 % dei pazienti accettati con codice 4
9	% di pazienti non urgenza codice 5 che accedono entro 240 minuti	Processo	75 % dei pazienti accettati con codice 5
10	% di pazienti in emergenza codice 1, ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice emergenza 1	Esito	> 95 %
11	% di pazienti in urgenza codice 2, ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza 2	Esito	> 75 %
12	% di pazienti in urgenza differibile codice 3, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza differibile 3	Esito	> 50 %
13	% di pazienti con urgenza minore codice 4, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza minore 4	Esito	< 5 %
14	% di pazienti con urgenza codice 5, ricoverati o trasferiti sul tot. dei pazienti cui è stato assegnato codice non urgenza 5	Esito	< 1 %

7. RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.P.R. 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di sanitari di emergenza".
- DM 15 maggio 1992. "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza"
- Atto di intesa tra Stato e Regioni del 17 maggio 1996 "Approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992".
- Linee guida ministeriali n. 1/96 sul sistema di emergenza sanitaria
- Accordo del 25 ottobre 2001 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" (GU n.285 del 7-12-2001);
- Accordo – Punto 63 dell'o.d.g. – Repertorio Atti n. 1711, D.M. 388 del 15/07/2003 Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale, in attuazione dell'articolo 15, comma 3, del decreto legislativo del 19 settembre 1994, n. 626 e successive modificazioni,
- Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: «Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza». (GU n. 196 del 25-8-2003 - Supplemento Ordinario n. 139)
- "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (Regolamento Balduzzi)
- Accordo Stato – Regioni 7 febbraio 2013 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale".
- Legge regionale 11 novembre 2013, n. 17 "Finalità e principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale"
- Intesa stato regioni n. 98/CSR del 5 agosto 2014 "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- DGR FVG n. 2034 del 16 ottobre 2015 "Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per a gestione dei tempi di attesa".
- DGR FVG n. 2039 del 16 ottobre 2015 "LR 17/2014, Art. 37 – Piano dell'emergenza urgenza della regione Friuli Venezia Giulia: approvazione definitiva".
- Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e socio-sanitaria."
- Delibera della Giunta Regionale n. 2673 del 30 dicembre 2014 "Approvazione definitiva degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera"
- DM 2 aprile 2015, n. 70. "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera."
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Accordo 23/11/2017 "Percorso per le donne che subiscono violenza".

8. BIBLIOGRAFIA PRINCIPALE

- Abbey J.M.: Le triage medical lors de sinistres civils. *Convergences Medicales* 1986, 5,473-475
- Committee on Trauma, American College of Surgeons: Field categorization of Trauma patients (field trauma). *ACS Bull* 1986,17-21
- Clawson J.J., Emergency Medical Dispatching, Roush W.R., Aranosian R.D., Blair M.T., Handal K.A., Kellow R.D., Stewart R.D.: Principles of EMS Systems: a comprehensive text for physicians. Dallas American College of Emergency Physicians, 1989
- Wiebe R., Rosen L.: Triage in Emergency Department. *Em. Med. Clin. North Am.* 1991,9,491-505
- Roth P.B.: Status of a nation disaster medical response. *Jama* 1991, 266, 1259-62
- Weigarten S. et al: Triage practice for patients hospitalized with congestive heart failure: improving the effectiveness of the coronary care unit. *Am.J.med.* 1993,94,483-490
- Perraro F., Tosato F.: Pronto Soccorso: requisiti funzionali, strutturali e tecnologici in Pronto Soccorso, Servizi di Emergenza, 118. Centro Scientifico Editore Torino, 1996,87-102
- The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): Clinical Indicators. A User' Manual Emergency Medicine Indicators, ACHS Zetland (Australia), 1996
- Costa M.: Il Triage- I Quaderni del Pronto soccorso- McGraw-Hill, 1997
- Emergency Nurses Association: Triage personnel, 1997,1,21
- Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS). Version: CTAS16.DOC December 16, 1998
- Emergency Severity Index (ESI) A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4 Implementation Handbook 2012 Edition
- Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines *Can J Emerg* 2004;6(6):421-7
- Chamberlain DJ, Willis E, Clark R, Brideson G, et al, "Identification of the severe sepsis patient at triage: a prospective analysis of the Australasian Triage Scale", *Emerg Med J* 2015, 32: 690-697.
- "Linee d'indirizzo per l'attività di Triage di Pronto Soccorso", Proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso, luglio 2012.
- "Il Triage di Pronto Soccorso per l'adulto, Regione Friuli Venezia Giulia", Versione giugno 2012.
- Kleinpell R, Aitken L, Schorr C, American Association of Critical Care Nurses, "Implication of the New International Guidelines for Nursing Care", *American Journal of Critical Care*, May 2013, VOL. 22, NO.3, 213-222.
- Geoffrey E. Hayden et al "Triage sepsis alert and sepsis protocol lower times to fluids and antibiotics in the ED". *American Journal of Emergency Medicine* 34 (2016) 1-9
- "La sepsi: riconoscimento precoce in Pronto Soccorso e gestione della fase iniziale nell'adulto" 2017. Rete Cure Sicure FVG <https://egas.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/rete-cure-sicure-fvg/programmi/uso-corretto-degli-antibiotici-antibiotic-stewardship/gestione-della-sepsi/>
- "Sistema di Triage Regionale di Pronto Soccorso per l'adulto - Analisi sistematica e proposte di modifica (anno 2017)"