

<b>Azienda Ospedaliera di Cosenza</b>	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA FINALIZZATA ALLA CORRETTA APPLICAZIONE DEL PROCESSO DI TRIAGE</b>	<b>Stesura n° 2 del 05.03.2022</b>
---	---	--

## **ISTRUZIONE OPERATIVA FINALIZZATA ALLA CORRETTA APPLICAZIONE DEL PROCESSO DI TRIAGE**

### **1. INTRODUZIONE**

Il Triage è un processo decisionale complesso e dinamico, composto da un insieme di azioni e di valutazioni sequenziali.

Effettuare un corretto triage è necessario al fine di stabilire la priorità di accesso alla visita medica e garantire la tempestiva assistenza ai Pazienti in condizione di emergenza-urgenza.

L'Infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e il processo di triage ne rappresenta un ambito di applicazione mediante un approccio basato sul *problem solving* e precisamente:

- ✓ raccolta e classificazione delle informazioni
- ✓ interpretazione delle informazioni e identificazione del problema
- ✓ avvio del Paziente al percorso assistenziale più corretto

### **2. SCOPO**

La presente procedura descrive le modalità del processo di triage alla luce delle nuove linee guida di indirizzo contenute nell'accordo Stato-Regioni del 28.05.2019 e va a sostituire quella già in essere.

Gli scopi della procedura restano invariati.

Cambia tuttavia il sistema di codifica passando da una codifica mediante codici colore (4) ad una codifica mediante codici numerici (5).

Questa nuova modalità di codifica si caratterizza essenzialmente per una stretta correlazione temporale tra il codice di priorità assegnato ed il tempo di accesso ai percorsi di cura.

Qui di seguito viene riportata la tabella riassuntiva del nuovo sistema di codifica secondo le sopra citate linee guida contenute nell'accordo Stato-Regioni del 28.05.2019:

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>DEFINIZIONE</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>
<b>1</b>	<b>Emergenza</b>	<b>INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI</b>	<b>ACCESSO IMMEDIATO</b>
<b>2</b>	<b>Urgenza</b>	<b>RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE STABILE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO</b>	<b>ACCESSO ENTRO 15 MINUTI</b>
<b>3</b>	<b>Urgenza differibile</b>	<b>CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE</b>	<b>ACCESSO ENTRO 60 MINUTI</b>
<b>4</b>	<b>Urgenza minore</b>	<b>CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE</b>	<b>ACCESSO ENTRO 120 MINUTI</b>
<b>5</b>	<b>Non urgenza</b>	<b>PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA</b>	<b>ACCESSO ENTRO 240 MINUTI</b>

L'applicazione di quanto contenuto nel presente documento, espressione di quella che è la funzione del Triage, consentirebbe di:

- ✓ identificare correttamente i fabbisogni clinico-assistenziali del paziente/utente
- ✓ assicurare immediata assistenza al malato che giunge in emergenza o urgenza
- ✓ identificare in modo appropriato i codici di priorità e avviarli all'area di trattamento

### **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

La procedura si rivolge e deve essere applicata da tutti gli Infermieri che svolgono attività di triage ma deve essere conosciuta ed applicata da tutto il personale medico e infermieristico del Pronto Soccorso.

### **4. RIFERIMENTI**

- ✓ Linee guida di indirizzo accordo Stato-Regioni del 28.05.2019
- ✓ Manuale formativo di triage pediatrico edito da SIMEUP
- ✓ Linee guida di indirizzo per il Triage in Pronto Soccorso, AGENAS 2012

## 5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- ✓ PS= Pronto Soccorso
- ✓ PAS = Pressione Arteriosa Sistolica
- ✓ PAD = Pressione Arteriosa Diastolica
- ✓ FC = Frequenza Cardiaca
- ✓ FR = Frequenza Respiratoria
- ✓ SpO2= Saturazione periferica di Ossigeno
- ✓ GCS= Glasgow Coma Scale
- ✓ TC =Temperatura Corporea
- ✓ PV = Parametri Vitali

## GRUPPO DI LAVORO

Michele Mitaritunno	Direttore UOC di MCAE - A.O. di Cosenza
Valerio Abbruzzese	Infermiere UOC di MCAE - A.O. di Cosenza
Eva Derosè	Infermiere UOC di MCAE - A.O. di Cosenza
Federica Messineo	Dirigente Medico UOC MCAE - A.O. di Cosenza
Raffaele Napolitano	Infermiere UOC di MCAE - A.O. di Cosenza
Rosa Perna	Dirigente Medico UOC MCAE - A.O. di Cosenza

## 6. MODALITÀ OPERATIVE

Le fasi del triage, sia adulto che pediatrico, sono da eseguire in modo sequenziale e sistematico ma mai in modo rigido.

In caso di peggioramento del Paziente, infatti, le fasi possono essere interrotte per accelerare l'accesso ai percorsi di cura.

Le fasi sono:

- ✓ valutazione iniziale (c.d. “*valutazione sulla porta*”)
- ✓ raccolta dati anagrafici
- ✓ raccolta dati mirata
- ✓ rilevazione parametri vitali e breve esame fisico mirato
- ✓ attribuzione codice di priorità
- ✓ rivalutazione

## 6.1 Arrivo del Paziente

La consegna del Paziente è effettuata al personale di triage dagli operatori del Servizio di Emergenza Territoriale che provvederà a riferire all'infermiere triagista tutte le informazioni necessarie ad effettuare una valutazione iniziale.

Fanno eccezione i Pazienti che arrivano in PS come codice 1 la cui gestione dovrà avvenire secondo quanto riportato nella Istruzione Operativa interna alla UOC di MCAE.

Per questa tipologia di Pazienti possono essere individuati 4 differenti scenari:

- **SCENARIO 1:** il Paziente accede con mezzo proprio e l'Infermiere di triage gli attribuisce un codice 1
- **SCENARIO 2:** il Paziente accede con mezzo di soccorso medicalizzato e gli è già stato assegnato un codice 1
- **SCENARIO 3:** il Paziente accede con mezzo di soccorso medicalizzato/non medicalizzato e gli è stato attribuito un qualsiasi codice di priorità (non 1) ma, giunto in Pronto Soccorso e rivalutato dall'infermiere di triage, gli viene attribuito un codice 1
- **SCENARIO 4:** il Paziente accede con il solo Infermiere Professionale o con mezzo di soccorso NON medicalizzato o accompagnato dai soli volontari e, dopo valutazione da parte dell'infermiere di triage, gli viene attribuito un codice 1

## GESTIONE DEI SINGOLI SCENARI

- **SCENARIO 1:** l'Infermiere di triage accompagna il Paziente nella shock room. Darà disposizione all'OSS del triage di allertare personalmente il team Medico/Infermiere dell'ambulatorio cui il Paziente verrà attribuito; lo stesso OSS dovrà accertarsi che Medico e/o Infermiere abbiano compreso (feedback visivo e/o verbale)
- **SCENARIO 2:** il Paziente ha accesso diretto alla shock room; sarà responsabilità dell'Infermiere di triage allertare personalmente il team Medico/Infermiere dell'ambulatorio cui il Paziente verrà attribuito accertandosi che lo stesso team abbia compreso (feedback visivo e/o verbale)
- **SCENARIO 3:** l'Infermiere di triage, dopo le valutazioni del caso e l'attribuzione del codice 1, accompagna il Paziente nella shock room. Darà disposizione all'OSS del triage di allertare personalmente il team Medico/Infermiere dell'ambulatorio cui il Paziente verrà attribuito; lo stesso OSS dovrà accertarsi che Medico e/o Infermiere abbiano compreso (feedback visivo e/o verbale)
- **SCENARIO 4:** l'Infermiere di triage dovrà rivalutare il paziente. Potrà confermare il codice d'ingresso e decidere di accompagnare il Paziente nella shock room (vedi scenario 1) o attribuirgli un codice di priorità differente

L'eventuale documentazione e/o effetti personali del Paziente, qualora lo stesso non fosse in condizioni di poterli gestire, devono essere presi in carico dall'infermiere triagista che dovrà provvedere a gestirli seguendo le indicazioni riportate nella Istruzione Operativa relativa alla gestione degli effetti personali.

## 6.2 Valutazione sulla porta

La cosiddetta "valutazione sulla porta" rappresenta la base del processo decisionale del triage e può influenzare i risultati dell'intervento. Il triage inizia quando si osserva il Paziente entrare in PS.

L'Infermiere triagista deve valutare velocemente l'aspetto generale del Paziente cercando di individuare eventuali problemi che richiedano interventi immediati utilizzando la scala di valutazione sulla porta mediante osservazione e domande dirette.

La valutazione sulla porta deve essere immediata e in caso di compromissione di uno o più funzioni vitali si assegna il codice di massima priorità ed il Paziente deve essere immediatamente trasportato nella shock room interrompendo il processo di triage.

La valutazione sulla porta consiste in un esame visivo dell'aspetto generale del Paziente che consente di cogliere informazioni immediate sulla eventuale compromissione delle funzioni vitali secondo lo schema A-B-C-D:

- ✓ **A (Airway)** = pervietà delle vie aeree
- ✓ **B (Breathing)** = respiro
- ✓ **C (Circulation)** = circolo
- ✓ **D (Disability)** = stato neurologico

Sarà inoltre fondamentale la valutazione di:

- ✓ **stato di coscienza** (privo di coscienza, confuso, agitato e/o irrequieto, incapacità a mantenere la stazione eretta, ecc)
- ✓ **presenza di pallore cutaneo e/o sudorazione**
- ✓ **deficit motori**
- ✓ **ferite**
- ✓ **emorragie**
- ✓ **deformità**

Ogni anomalia che dovesse essere interpretata dal triagista come espressione di una patologia grave o potenzialmente tale richiede interventi immediati e implica l'interruzione momentanea della valutazione, al fine di garantire l'assistenza necessaria.

### **6.3 Raccolta dati anagrafici**

Completata la "valutazione sulla porta" si dovrà procedere alla raccolta dei dati anagrafici avendo cura di inserire un recapito telefonico.

### **6.4 Raccolta dati mirata**

L'anamnesi mirata consiste nella raccolta di informazioni effettuata attraverso una intervista che, compatibilmente con le caratteristiche strutturali del PS, si deve svolgere secondo principi di riservatezza e rispetto della privacy. Essa coinvolge il Paziente e/o gli accompagnatori (personale del 118, parenti o conoscenti).

L'intervista deve essere volta all'individuazione del problema principale. In particolare, l'Infermiere di triage dovrà:

- ✓ Ascoltare le dichiarazioni del Paziente relative al sintomo principale
- ✓ Porre domande volte a stabilire esordio e durata del sintomo e qualsiasi altra informazione necessaria ad attribuire il corretto codice di priorità

La definizione del problema mediante l'esplicitazione del sintomo principale è di fondamentale importanza in quanto consente di condurre un'intervista mirata e la successiva valutazione oggettiva.

E' fondamentale:

- porre la domanda ed attendere la risposta
- porre una domanda alla volta
- utilizzare domande aperte (Es.: Come si sente? Cosa si sente? Quando è iniziato?)
- utilizzare un linguaggio appropriato al livello culturale dell'interlocutore

Un esempio delle domande che è possibile porre è qui di seguito riportato:

- *Quando è iniziato (chiedere di specificare esattamente il tempo di insorgenza)?*
- *Cosa stava facendo quando è iniziato?*
- *Per quanto tempo è durato?*
- *Va e viene?*
- *E' ancora presente?*
- *Qual è la sede?*
- *In caso di dolore far descrivere le caratteristiche, le eventuali irradiazioni e la sua intensità usando la scala della sofferenza.*
- *Ci sono fattori aggravanti o allevianti?*
- *Ha mai avuto in passato lo stesso problema? Se si, che diagnosi è stata fatta?*

E' opportuno documentare l'eventuale esistenza di patologie concomitanti che possano essere significative per un corretto inquadramento del Paziente.

Tra i quadri patologici concomitanti più frequenti/significativi abbiamo:

- ✓ Ipertensione arteriosa
- ✓ Diabete mellito
- ✓ Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
- ✓ Patologie cardiovascolari
- ✓ Epilessia
- ✓ Ictus cerebri pregresso
- ✓ Dipendenza o uso di sostanze di abuso
- ✓ Neoplasie

E' opportuno documentare eventuali allergie (in particolare ai farmaci) e le eventuali terapie farmacologiche in atto.

### **6.5 Rilevazione dei parametri vitali e breve esame fisico mirato**

I parametri vitali e il breve esame fisico mirato sono l'espressione oggettiva delle principali funzioni dell'organismo (respiratoria, circolatoria e neurologica).

I principali parametri vitali sono:

- ✓ Pressione arteriosa Sistolica e Diastolica
- ✓ Frequenza cardiaca
- ✓ Frequenza respiratoria
- ✓ Saturazione periferica di Ossigeno

Altri parametri che possono contribuire all'attribuzione del codice di priorità sono:

- ✓ Glasgow Coma Scale
- ✓ Diametro pupillare
- ✓ Temperatura corporea
- ✓ Il colorito della cute
- ✓ Il grado di sofferenza del Paziente misurata attraverso l'utilizzo di una scala che mette in relazione l'intensità del dolore (espressa con un numero) con la durata del dolore (NRS scale)

L'esecuzione di un elettrocardiogramma (ECG) e di un emogluco-test (HGT), quando ritenuti opportuni, completano l'iter di valutazione del Paziente al triage.

### **Esame fisico mirato**

L'esame fisico mirato consiste nella valutazione del distretto corporeo in relazione al sintomo principale riferito dal Paziente.

### **Valutazione della funzione respiratoria**

- ✓ Frequenza respiratoria
- ✓ Saturazione periferica di Ossigeno
- ✓ Eventuale respirazione rumorosa (stridore, respiro sibilante e/o rantolante, *cornage*)
- ✓ Eventuale utilizzo dei muscoli accessori della respirazione

### **Valutazione della funzione circolatoria**

- ✓ Pressione arteriosa Sistolica
- ✓ Pressione arteriosa Diastolica
- ✓ Frequenza Cardiaca
- ✓ Colorito cute

### **Valutazione della funzione neurologica**

- ✓ Diametro pupillare
- ✓ Deficit neurologici focali
- ✓ Glasgow Coma Scale

GLASGOW COMA SCALE (GCS)

<b>Riposta motoria</b>	<b>Al comando</b>	<b>6</b>
	<b>Localizza il dolore</b>	<b>5</b>
	<b>Si retrae al dolore</b>	<b>4</b>
	<b>Flette al dolore</b>	<b>3</b>
	<b>Estende al dolore</b>	<b>2</b>
	<b>Assente</b>	<b>1</b>
<b>Risposta verbale</b>	<b>Orientata</b>	<b>5</b>
	<b>Confusa</b>	<b>4</b>
	<b>Inappropriata</b>	<b>3</b>
	<b>Incomprensibile</b>	<b>2</b>
	<b>Assente</b>	<b>1</b>
<b>Apertura Occhi</b>	<b>Spontanea</b>	<b>4</b>
	<b>Agli stimoli verbali</b>	<b>3</b>
	<b>Solo al dolore</b>	<b>2</b>
	<b>Assente</b>	<b>1</b>

**Valutazione gravità del dolore**

- ✓ Scala del dolore

SCALA DI GRAVITÀ DEL DOLORE

<b>Durata in ore</b>			
<b>36</b>	1° livello	1° livello	1° livello
<b>6</b>	1° livello	2° livello	2° livello
<b>0</b>	1° livello	2° livello	3° livello
	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10 Entità

N.B.: tra i fattori che possono condizionare la scelta del codice di priorità al di fuori dei parametri vitali vi è il DOLORE. Una sintomatologia dolorosa particolarmente intensa infatti, può sottintendere problematiche cliniche che sfuggono alla valutazione del triagista e/o possono ingenerare reazioni emotive in grado di alterare gli equilibri sempre complessi del triage e della sala di attesa.

## 6.6 Triage pediatrico

L'assistenza pediatrica è particolarmente complessa. Chi si avvicina al Paziente pediatrico deve imparare a rapportarsi continuamente e simultaneamente al bambino e ai genitori, senza mai dimenticare, al contempo, che la personalità del bambino va formandosi all'interno dei rapporti familiari.

L'approccio al triage pediatrico prevede le stesse fasi del triage per il Paziente adulto ad eccezione del fatto che l'accesso in PS del Paziente pediatrico deve essere gestito senza rispettare la lista d'attesa (*fast track*).

### 6.6.1 Attività dell'Infermiere del triage pediatrico

E' necessario accogliere il Paziente e i familiari in maniera empatica. Quanto più il bambino è piccolo, quindi incapace di comunicare e di conseguenza di riferire i suoi sintomi, tanto più i genitori arriveranno in PS in stato di agitazione e a volte addirittura in confusione.

L'Infermiere deve accoglierli in modo rassicurante; talora è opportuno andare loro incontro, anche per vedere meglio il piccolo Paziente che, specie durante i mesi invernali, può giungere così coperto da risultare quasi "invisibile" e perciò non valutabile.

E' necessario effettuare una valutazione dell'aspetto generale del Paziente (c.d. "valutazione sulla porta"), con assoluta priorità per un rapido ABC (pervietà vie aeree, respiro, segni di circolo) e per lo stato di coscienza.

Successivamente si procederà con la registrazione di:

- dati anagrafici
- motivo dell'accesso
- eventuali farmaci somministrati a casa

Laddove la "valutazione sulla porta" dovesse evidenziare delle potenziali criticità, l'Infermiere di triage provvederà alla rilevazione dei parametri vitali.

Dove possibile, sarebbe opportuno procurarsi il nome del Pediatra di libera scelta con cui il Medico di PS e/o il Pediatra potranno mettersi in contatto se necessario.

Completata la fase di raccolta dei dati, bisognerà informare i genitori o chi accompagna il minore del codice di priorità attribuito e delle procedure attivate.

Come da delibera aziendale, tutti i Pazienti pediatrici che dovessero giungere in PS con codice di colore 1 (rosso secondo la precedente dicitura) andranno inizialmente valutati e trattati nella shock room del PS con l'eventuale supporto dell'Anestesista-Rianimatore e del Pediatra.

Per tutti gli altri codici di priorità, il Paziente sarà indirizzato in Pediatria/Chirurgia Pediatrica.

### 6.6.2 Valutazione sulla Porta

La valutazione sulla porta deve essere immediata e in caso di compromissione di una sola funzione vitale si assegna il codice di massima priorità e il Paziente deve essere trasportato nella shock room interrompendo il processo di triage.

- ✓ **Aspetto generale:** osservare se il bambino è in buone condizioni o se il bambino appare sofferente, se presenta ferite o traumi evidenti
- ✓ **Stato di coscienza:** valutazione AVPU
  - \* **A (alert):** Paziente vigile, che interagisce con l'ambiente circostante, in maniera adeguata all'età
  - \* **V (Verbal):** risponde a stimoli verbali
  - \* **P (Pain):** risponde a stimoli dolorosi (pizzico sul muscolo trapezio alla base del collo)
  - \* **U (Unresponsive):** non risponde a nessuno stimolo. Al Paziente privo di coscienza si assegna immediatamente un codice 1

- ✓ **Respiro:** spontaneo, dispnea, apnea. Osservare eventuali segni di *distress* respiratorio, (agitamento delle pinne nasali, stridore inspiratorio o sibili). Al Paziente privo di attività respiratoria spontanea o la cui performance respiratoria è evidentemente inadeguata, si assegna immediatamente un codice 1
- ✓ **Circolo:** valutare il colorito della cute (rosea, pallida, cianotica, marezzata), se è asciutta o sudata, ed il tempo di riempimento capillare o refill capillare

### 6.6.3 Raccolta dati mirata

Consiste in una raccolta di informazioni sul motivo dell'accesso in PS attraverso una breve intervista rivolta ai genitori (o a qualsiasi altro accompagnatore) e al bambino stesso quando questi è in grado di esprimersi autonomamente. Ciò al fine di individuare il problema principale, i sintomi associati, le patologie concomitanti ed eventuali allergie.

#### *Consigli per l'intervista*

L'Infermiere di triage deve:

- ✓ ascoltare le dichiarazioni dei genitori/accompagnatori e del bambino stesso, preferibilmente mettendosi alla sua altezza e non parlandogli dall'alto in basso, usando un linguaggio adeguato all'età
- ✓ valutare il sintomo principale ponendo domande riguardanti esordio, decorso e durata dello stesso
- ✓ documentare l'eventuale esistenza di patologia croniche (cardiopatie congenite, broncopneumopatie croniche, epilessia, malattie metaboliche, tumori, immunodeficienze, ritardo psico-motorio, ecc.)
- ✓ informarsi su eventuali terapie cronicamente assunte dal Paziente
- ✓ documentare eventuali allergie a farmaci
- ✓ se dalla raccolta dati emergono elementi suggestivi di maltrattamento è opportuno avvertire subito il Medico di guardia

### 6.6.4 Rilevazione dei parametri vitali e breve esame fisico mirato

Laddove la "valutazione sulla porta" non dovesse evidenziare delle potenziali criticità, l'Infermiere di triage provvederà alla rilevazione dei parametri vitali ovvero:

- ✓ Pressione Arteriosa Sistolica: per misurarla è necessario utilizzare un bracciale di dimensioni adeguate che ricopra cioè i 2/3 della distanza spalla-gomito del bambino
- ✓ Pressione Arteriosa Diastolica
- ✓ Frequenza Cardiaca
- ✓ Frequenza Respiratoria
- ✓ Saturazione periferica di Ossigeno: applicare il sensore del pulsossimetro sul letto ungueale; nei neonati direttamente sulla cute della mano o del piede
- ✓ Temperatura Corporea

La misurazione di tali parametri ed un breve esame obiettivo sono utili a fornire un'informazione oggettiva dello stato clinico del piccolo Paziente. Per tale attività è necessario avvalersi di specifiche tabelle sotto riportate.

Altri parametri di rilevanza clinica sono il Glasgow Coma Scale e, nei casi di trauma, il Trauma Score.

Qui di seguito vengono riportate le tabelle riassuntive relative ai principali parametri vitali nel paziente pediatrico:

<b>ETA'</b>	<b>FR NORMALE A RIPOSO</b>	<b>LIMITE SUPERIORE DI ATTENZIONE DELLA FR</b>
<b>NEONATO</b>	40-60	>60
<b>LATTANTE (fino a 6 mesi)</b>	30-60	>60
<b>1a INFANZIA (fino a 2 anni)</b>	25-50	>50
<b>2a INFANZIA (fino a 5 anni)</b>	20-35	>40
<b>ETA' SCOLARE (fino a 7 anni)</b>	15-30	>40
<b>ADOLESCENTE (fino a 14 anni)</b>	12-15	>30

Valori fisiologici della frequenza respiratoria (atti/min)

<b>ETA'</b>	<b>VALORI CRITICI DELLA FR</b>
<b>0-1 mese</b>	<20 - >70
<b>6 mesi - 2 anni</b>	<16 - > 60
<b>2-6 anni</b>	<10 - >50
<b>≥7 anni</b>	<6 - >40

Valori critici della frequenza respiratoria (atti/min)

	<b>SaO2</b>
<b>VALORE NORMALE (soggetto sano)</b>	95-100%
<b>IPOSSIA LIEVE</b>	91-94%
<b>IPOSSIA MODERATA</b>	86-90%
<b>IPOSSIA GRAVE</b>	≤85%

Valori fisiologici e critici della saturazione transcutanea di O2

ETA'	FC (veglia)	FC (sonno)
NEONATO	100-180	80-160
LATTANTE (fino a 6 mesi)	100-160	75-160
1a INFANZIA (fino a 2 anni)	80-110	60-90
2a INFANZIA (fino a 5 anni)	70-110	60-90
ETA' SCOLARE (fino a 7 anni)	65-110	60-90
ADOLESCENTE (fino a 14 anni)	60-90	50-90

Valori fisiologici della frequenza cardiaca (battiti/min)

ETA'	FC
NEONATO	<80 - >200
LATTANTE (fino a 6 mesi)	<70 - >190
1a INFANZIA (fino a 2 anni)	<65 - >180
2a INFANZIA (fino a 5 anni)	<50 - >160
ETA' SCOLARE (fino a 7 anni)	<50 - >150
≥7 anni	<40 - >140

Valori critici della frequenza cardiaca (battiti/min)

ETA'	VALORE NORMALE	PAS >95° PERCENTILE	PAS <5° PERCENTILE
NEONATO (0-1 mese)	70-90	>97	<60
fino a 1 anno	70-90	>110	<70
2-5 anni	80-100	>115	<76
6-12 anni	90-110	>124	<86
>12 anni	100-120	>136	<90

Valori normali e "valori a rischio" di PAS (espressa in mmHg) - tabella adattata da National High Blood Pressure Education Program Working Group, 2004

**PA bassa:** quando la PAS è inferiore al 5° percentile

**PA alta:** quando la PAS è maggiore del 95° percentile

### Glasgow Coma Scale (GCS) modificato per l'età pediatrica

<b>Apertura degli occhi</b>			
Punteggio	Età > 1 anno	Età < 1 anno	
4	Spontanea	Spontanea	
3	Al comando	Al rumore	
2	Al dolore	Al dolore	
1	Non risposta	Non risposta	
<b>Migliore risposta motoria</b>			
Punteggio	Età > 1 anno	Età < 1 anno	
6	Obbedisce	Spontanea normale	
5	Localizza il dolore	Localizza il dolore	
4	Flette/si allontana dal dolore	Flette/si allontana dal dolore	
3	Flessione decorticata	Flessione decorticata	
2	Estensione decerebrata	Estensione decerebrata	
1	Non risposta	Non risposta	
<b>Migliore risposta verbale</b>			
Punteggio	Età > 5 anni	Età 2-5 anni	Età 0-23 mesi
5	Orientato, conversa	Parole appropriate, frasi	Vocalizza, ride
4	Disorientato, conversa	Parole inappropriate	Piange/è inconsolabile
3	Parole sconnesse	Pianto, grida persistenti	Pianto/grida persistenti
2	Suoni incomprensibili	Suoni incomprensibili	Suoni incomprensibili/agitato
1	Non risposta	Non risposta	Non risposta

**Tabella 5. Trauma score pediatrico**

COMPONENTI	+2	+1	-1
<b>Peso corporeo</b>	> 20 Kg.	10 – 20 Kg.	< 10 Kg.
<b>Vie aeree</b>	Pervie	Mantenibili, pervie (cannula OF, maschera)	Non mantenibili pervie (Tubo tracheale, Cricotirotomia)
<b>PAS *</b>	> 90 mmHg	50 – 90 mmHg	< 50 mmHg
<b>SNC</b>	Vigile	Obnubilato Perdita di coscienza	Coma Postura da decerebrato
<b>Lesioni osse</b>	Assenti	Frattura singola non esposta	Fratture multiple o esposte
<b>Cute</b>	Integra	Ferite minori	Lesioni maggiori/penetranti
<p>* Se non è possibile rilevare la P.A. si sostituisce il punteggio con:                      +2 polso radiale palpabile                      +1 polso femorale palpabile                      -1 nessun polso palpabile</p>			

Tratta da: Cardoni et al., Rivista Italiana di Emergenza-Urgenza Pediatrica 2006; 3:7-46

## 6.7 Attribuzione codice di priorità

Consiste nell'assegnazione del codice di priorità come conclusione di un processo di valutazione delle condizioni del Paziente.

Il sistema di codifica e' uno strumento che il triagista ha per comunicare agli altri (utenti, familiari, accompagnatori ed équipe di trattamento) la decisione assunta, cioè un mezzo che riassume in maniera chiara, rapida ed inequivocabile quanto e' presumibilmente grave, ovvero prioritario rispetto ad altri, una persona da lui/lei valutata.

In qualunque momento della valutazione l'Infermiere può determinare che il Paziente necessita di cure immediate; a questo punto il restante processo di valutazione viene sospeso e si deve provvedere a trasferire immediatamente il Paziente nell'area di trattamento adeguata.

Un concetto che riassume in termini pragmatici il ruolo del triagista è il seguente:

*E' importante che il Paziente sia allocato nel giusto posto,  
per il giusto motivo, nel giusto tempo e con la giusta assistenza*

I codici di gravità identificati corrispondono ad altrettanti livelli di urgenza.

Ciò al fine di assistere i Pazienti **non in base all'ordine di arrivo ma alla priorità del problema che li ha portati in Pronto Soccorso.**

I codici di priorità si basano sui dati raccolti nelle seguenti fasi:

- ✓ Valutazione sulla porta
- ✓ Raccolta dati mirata
- ✓ Rilevazione dei parametri vitali e breve esame fisico mirato

I codici vengono assegnati per identificare il livello di priorità del paziente:

CODICE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONE	TEMPO MASSIMO DI ATTESA
1	Emergenza	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' 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

**ATTENZIONE: per l'attribuzione del codice di priorità utilizzare come guida le tabelle in allegato riferite ai quadri clinici di più frequente riscontro**

### **6.8 Rivalutazione**

La rivalutazione del Paziente già sottoposto a triage è un momento fondamentale del processo valutativo poiché, dopo l'attribuzione del codice di priorità, la maggior parte dei Pazienti viene indirizzata alla sala di attesa, dove i tempi di attesa possono essere anche molto lunghi.

Per evitare eventi avversi dovuti all'aggravarsi delle condizioni cliniche durante l'attesa, i Pazienti devono essere periodicamente rivalutati.

Questa fase potrebbe prevedere un cambiamento del codice di priorità inizialmente attribuito sulla base di quanto rilevato nel corso delle rivalutazioni successive.

### **6.9 Gestione Accompagnatori ed invio pazienti agli ambulatori di visita**

Gli Infermieri di triage devono provvedere alla gestione dei parenti/accompagnatori fornendo loro informazioni inerenti le condizioni generali del Paziente ed i tempi di attesa stimati.

I parenti dovranno essere indirizzati nella sala di attesa ad eccezione del:

- ✓ *genitore che accompagna il figlio minorenne*
- ✓ *interprete per l'utente straniero*
- ✓ *parente o accompagnatore di un Paziente anziano*
- ✓ *parente o accompagnatore di un Paziente non autosufficiente o con problemi psichiatrici*
- ✓ *parente o accompagnatore di un Paziente che non sia in grado di riferire l'accaduto*

Resta una decisione meramente discrezionale da parte del Medico dell'ambulatorio quella di avere accanto un parente al fine di ottenere una raccolta anamnestica più completa.

**ATTENZIONE: al fine di evitare cadute accidentali, bisogna garantire la sicurezza dei Pazienti utilizzando presidi che permettono l'utilizzo di spondine (barelle) e carrozzine con poggia piedi. Evitare di lasciare incustoditi Pazienti a maggior rischio potenziale di caduta (es.: anziani, Pazienti confusi).**

## **7. Valutazione di qualità del processo di triage**

Il Triage intraospedaliero rappresenta un importante fase del percorso del Paziente in PS. L'accuratezza di questo processo decisionale da parte dell'Infermiere di triage rappresenta quindi un *gold standard* da raggiungere; tale accuratezza va misurata e verificata in maniera oggettiva al fine di garantire elevati livelli di qualità assistenziale.

A tale scopo si rende necessario individuare degli indicatori:

- **NUMERO TOTALE DI CODICI 1 ASSEGNATI COERENTI CON IL PROTOCOLLO IN USO**  
rispetto al **NUMERO COMPLESSIVO DI CODICI 1 ASSEGNATI**
  
- **NUMERO TOTALE DI CODICI 2 ASSEGNATI COERENTI CON IL PROTOCOLLO IN USO**  
rispetto al **NUMERO COMPLESSIVO DI CODICI 2 ASSEGNATI**

- NUMERO TOTALE DI CODICI 3 ASSEGNATI COERENTI CON IL PROTOCOLLO IN USO rispetto al NUMERO COMPLESSIVO DI CODICI 3 ASSEGNATI
- NUMERO TOTALE DI CODICI 4 ASSEGNATI COERENTI CON IL PROTOCOLLO IN USO rispetto al NUMERO COMPLESSIVO DI CODICI 4 ASSEGNATI
- NUMERO TOTALE DI CODICI 5 ASSEGNATI COERENTI CON IL PROTOCOLLO IN USO rispetto al NUMERO COMPLESSIVO DI CODICI 5 ASSEGNATI
- NUMERO TOTALE DI SCHEDE DI ACCESSO CON CONCORDANZA TRA IL SINTOMO PRINCIPALE RILEVATO AL TRIAGE E LA DIAGNOSI DI DIMISSIONE

## **8. ALLEGATI**

Di seguito si riportano:

1. Tabella Chest Pain Score (CPS) modificata
2. Schema per la determinazione dell'area ustionata (Wallace rule)
3. Tabella sostanze ad ELEVATA TOSSICITA'
4. Tabella sostanze a TOSSICITA' BASSA o IRRILEVANTE
5. Tabelle riassuntive di attribuzione del codice priorità per patologia

## TABELLA CHEST PAIN SCORE MODIFICATA

La Chest Pain Score prevede la valutazione di 5 parametri:

1. ANAMNESI<sup>(1)</sup>
2. CARATTERISTICHE ECG
3. ETA'
4. FATTORI DI RISCHIO
5. TROPONINA<sup>(2)</sup>

1. Per semplificare la definizione anamnestica del sintomo "DOLORE" si è ritenuto di distinguere il dolore in TIPICO e ATIPICO. La definizione di "MODERATAMENTE TIPICO" avrebbe costituito un fattore di difficoltà interpretativa in fase anamnestica
2. Ai fini della sua applicazione in fase di Triage si rende necessario eliminare il valore della Troponina, ovviamente non disponibile all'arrivo del paziente in PS

ANAMNESI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DOLORE TIPICO</li> <li>• DOLORE ATIPICO</li> </ul>	<p>2</p> <p>0</p>
ECG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ST SOTTOSLIVELLATO</li> <li>• ANOMALIE ASPECIFICHE DELLA RIPOLARIZZAZIONE</li> <li>• ECG NORMALE</li> </ul>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
ETA'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥65 ANNI</li> <li>• &gt;45 ANNI - &lt;65 ANNI</li> <li>• ≤45 ANNI</li> </ul>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
FATTORI DI RISCHIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥3 FATTORI DI RISCHIO o CAD NOTA</li> <li>• 1 o 2 FATTORI DI RISCHIO</li> <li>• NESSUN FATTORE DI RISCHIO</li> </ul>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>

**CAD:** Coronary Artery Disease ovvero MALATTIA CORONARICA

### Fattori di rischio:

- |                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| ✓ Diabete mellito             | ✓ Obesità             |
| ✓ Fumo di sigaretta           | ✓ Familiarità per CAD |
| ✓ Ipertensione arteriosa nota | ✓ Nota CAD            |
| ✓ Dislipidemia                |                       |

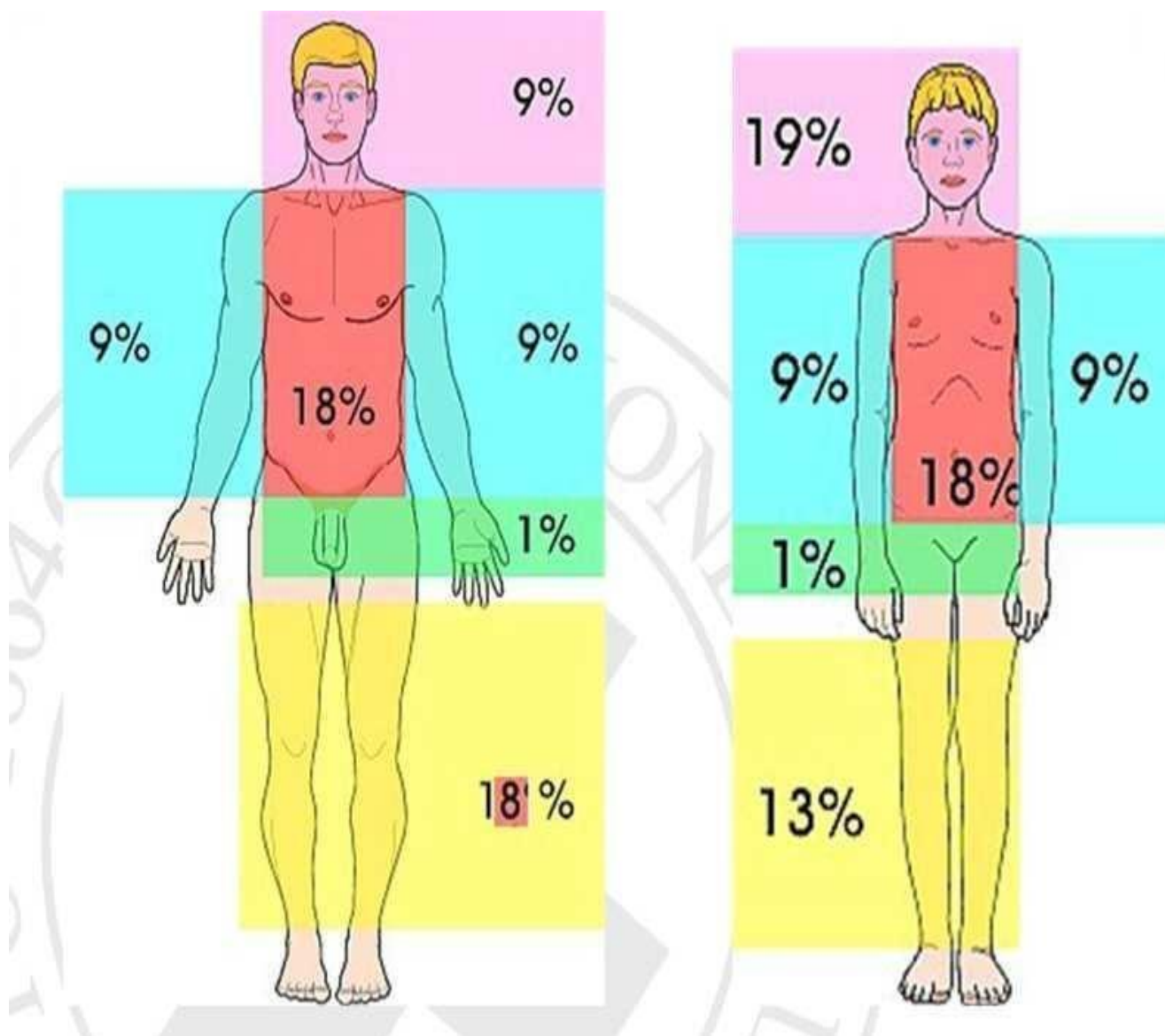
Interpretazione del Chest Pain Score:

**CPS 0-3:** PAZIENTE A BASSO RISCHIO

**CPS 4-6:** PAZIENTE A RISCHIO INTERMEDIO

**CPS 7-10:** PAZIENTE AD ALTO RISCHIO

## SCHEMA PER LA DETERMINAZIONE DELL'AREA USTIONATA (WALLACE RULE)



## TABELLA DELLE SOSTANZE AD ELEVATA TOSSICITA'

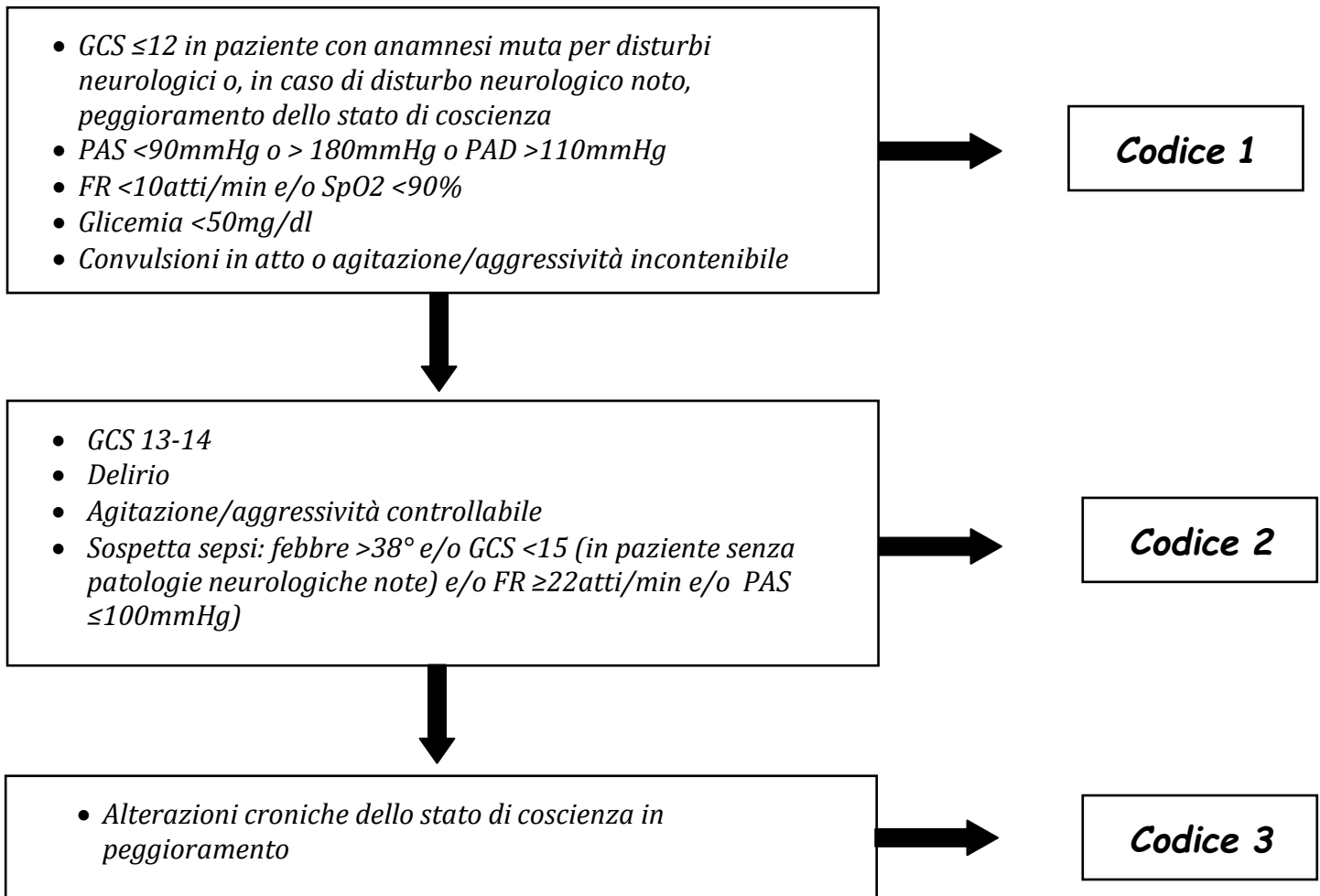
<b>SOSTANZA TOSSICA</b>	<b>EFFETTI E/O RISCHIO EVOLUTIVO</b>
<b>BENZODIAZEPINE</b>	<b>Flaccidità muscolare, sopore fino al coma</b>
<b>ALCOOL</b>	<b>Agitazione psicomotoria, sopore fino al coma, vomito, depressione respiratoria, flaccidità muscolare</b>
<b>ANTIDEPRESSIVI</b>	<b>Sopore, midriasi, aritmie, tremori, parkinsonismo, convulsioni, coma</b>
<b>OPPIACEI</b>	<b>Miosi serrata, bradipnea, cianosi, coma</b>
<b>CIANURI</b>	<b>Fame d'aria, tachipnea senza cianosi</b>
<b>CLONIDINA</b>	<b>Bradycardia estrema, miopi, sopore</b>
<b>COCAINA/MDMA*</b>	<b>Agitazione, allucinazioni, delirio, dolore toracico, convulsioni, tachiaritmie, midriasi, coma</b>
<b>PESTICIDI</b>	<b>Broncospasmo, broncorrea, scialorrea, dolori addominali crampiformi, bradicardia, miopi, convulsioni</b>
<b>TOSSINA BOTULINICA</b>	<b>Deficit dell'oculomotricità, ptosi palpebrale, disfagia, ipostenia fino alla paralisi arti e/o paralisi respiratoria, coscienza conservata</b>
<b>MONOSSIDO DI CARBONIO</b>	<b>Cefalea, nausea, vomito, astenia marcata, sincope, coma, convulsioni</b>
<b>TOSSINA TETANICA</b>	<b>Disfagia, dolori muscolari (soprattutto al dorso), trisma, ipertono muscolare diffuso</b>
<b>FUNGHI</b>	<b>Gastroenterite acuta, intensi dolori addominali, possibili allucinazioni, ittero, insufficienza renale</b>

\***MDMA**: Metilendioossimetilamfetamina nota anche come **ECSTASY**

## TABELLA DELLE SOSTANZE A TOSSICITA' BASSA O IRRILEVANTE

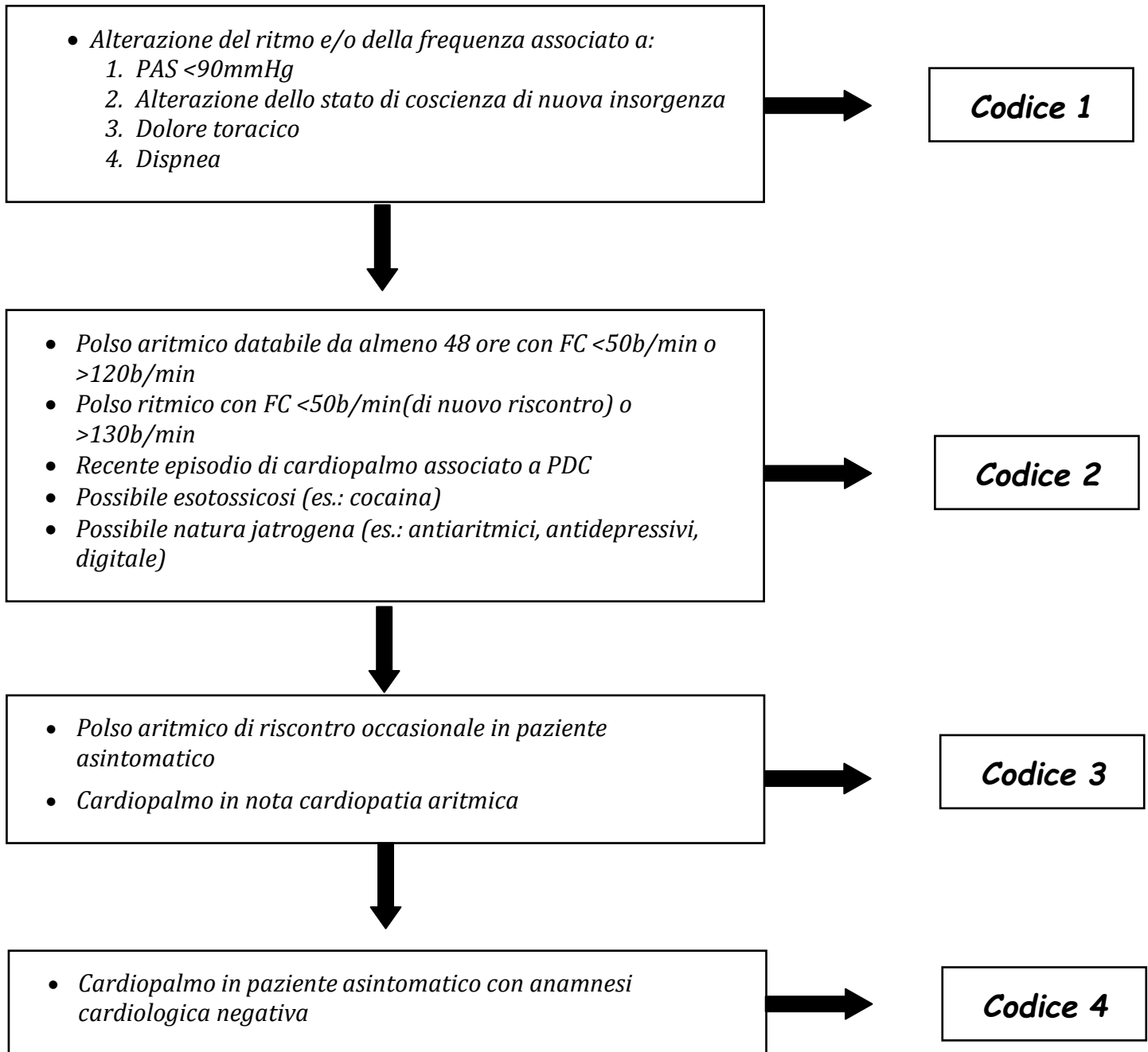
<b>SOSTANZE A BASSA TOSSICITA'</b>	<b>SOSTANZE A TOSSICITA' IRRILEVANTE</b>
<b>POLVERI PER TRUCCO, CIPRIA, OMBRETTI, MASCARA e ROSSETTI</b>	<b>PILLOLA CONTRACCETTIVA</b>
<b>LATTE DETERGENTE, CREME e GEL PER CORPO, VISO e CAPELLI</b>	<b>VITAMINE (escluse la A e la D)</b>
<b>CERETTE DEPILATORIE</b>	<b>MERCURIO DEI TERMOMETRI (UNICA ASSUNZIONE)</b>
<b>ADESIVI PER PROTESI DENTARIE</b>	<b>ANTIACIDI</b>
<b>DETERGENTI, COLLUTTORI e DENTIFRICI ANTIBIOTICI ORALI</b>	<b>GLICERINA e VASELINA</b>
<b>CREME DA BARBA, SHAMPOO e BALSAMI</b>	<b>FIAMMIFERI e CERINI</b>
<b>FONDOTINTA</b>	<b>FERMENTI LATTICI ed ENZIMI DIGESTIVI</b>
<b>ACQUA DI COLONIA</b>	<b>GEL DI SILICE (es.: deumidificatori per dispositivi elettronici)</b>
<b>DEODORANTI</b>	<b>COMPRESSE e GRANULI DEIDRATANTI</b>
<b>SMALTI PER UNGHIE</b>	<b>INCHIOSTRI (FINO A UN SORSO)</b>
<b>OLI DA BAGNO</b>	<b>MATITE, GESSI. PASTELLI, ACQUARELLI e TEMPERE</b>
<b>TALCO</b>	<b>LUCIDO DA SCARPE</b>
	<b>CANDELE e LUMINI</b>

## FLOW-CHART ALTERAZIONE STATO DI COSCIENZA



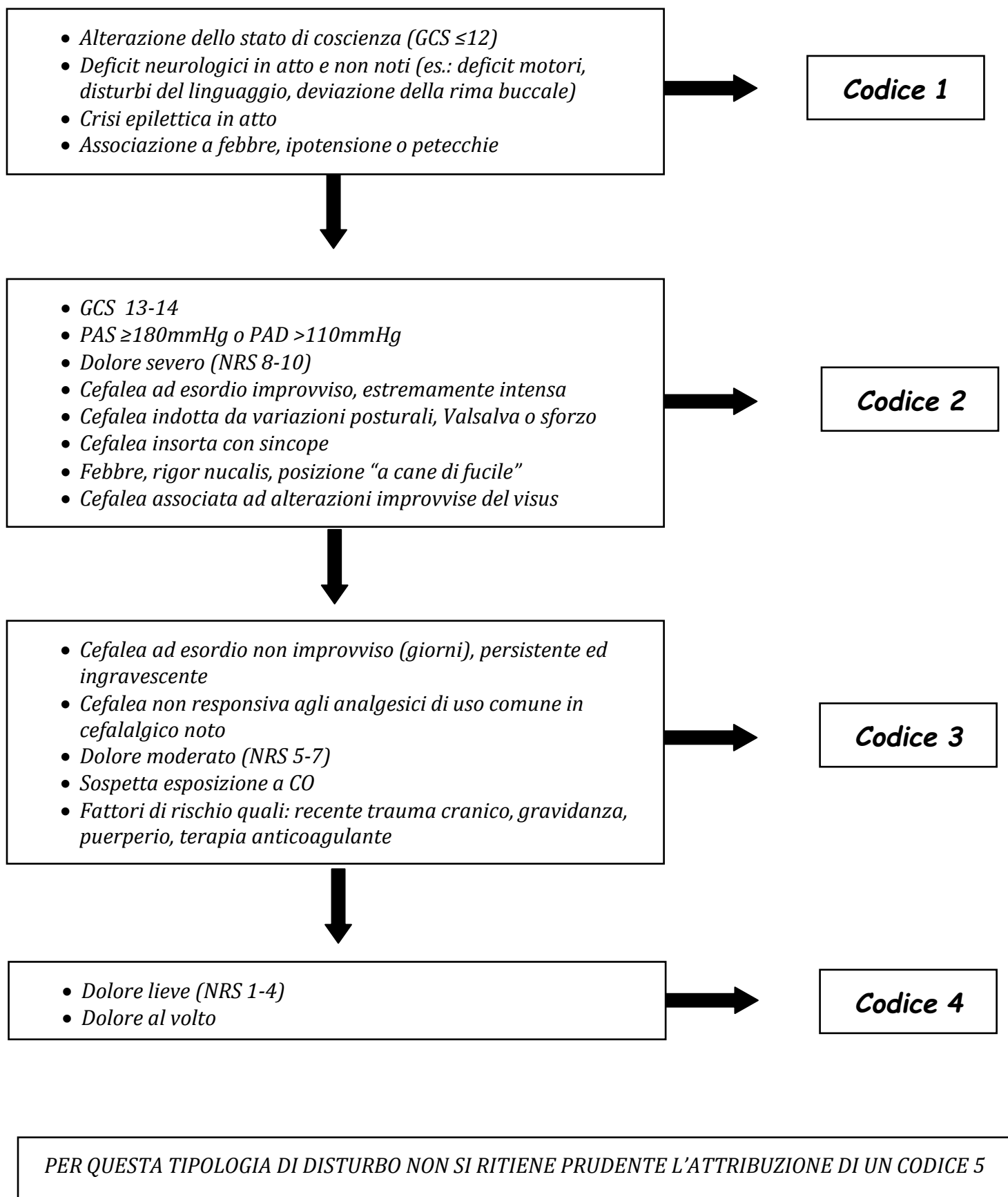
PER QUESTA TIPOLOGIA DI DISTURBO NON SI RITIENE PRUDENTE L'ATTRIBUZIONE DI UN CODICE 4 o 5

## FLOW-CHART CARDIOPALMO E DISTURBI DEL RITMO

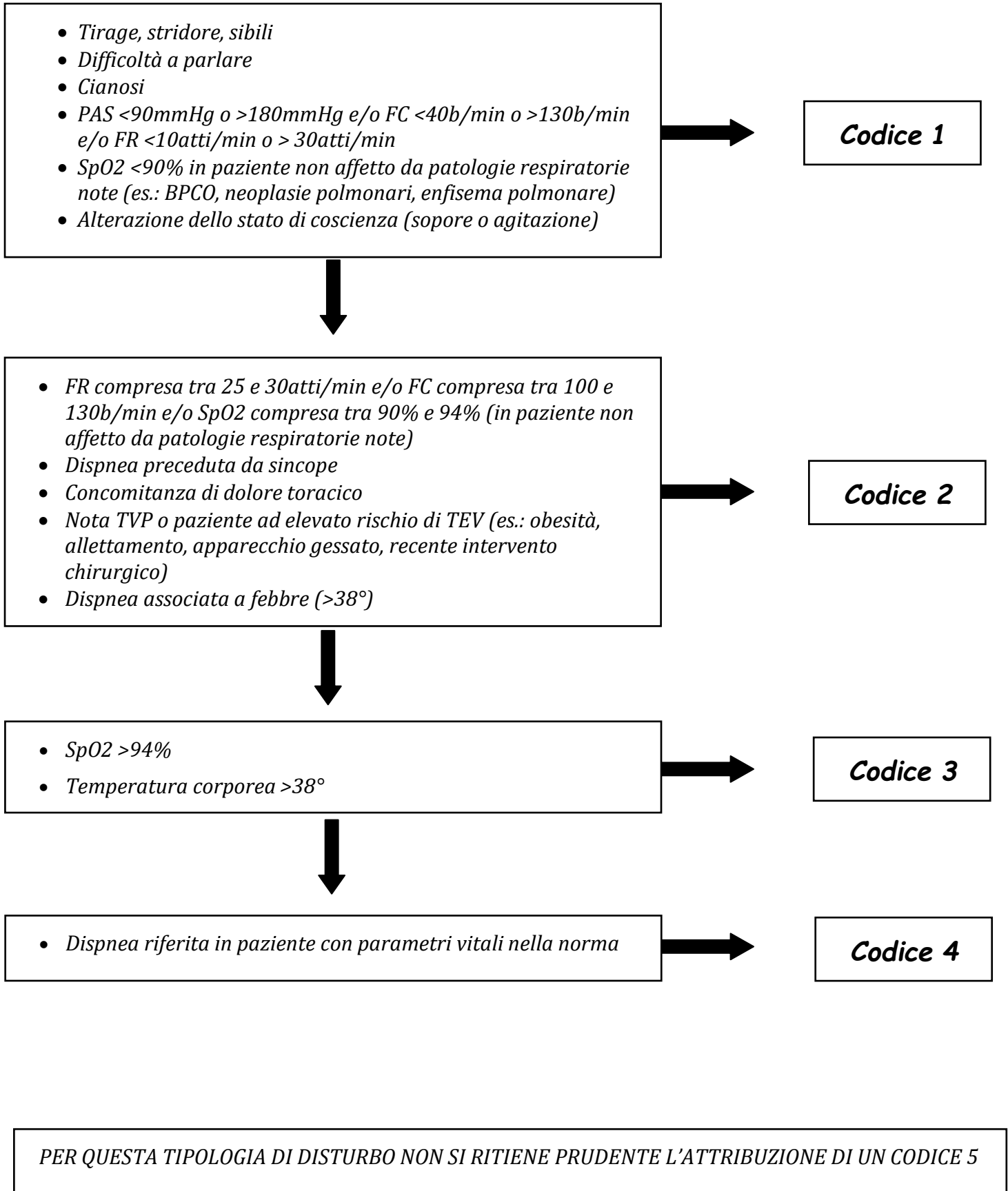


PER QUESTA TIPOLOGIA DI DISTURBO NON SI RITIENE PRUDENTE L'ATTRIBUZIONE DI UN CODICE 5

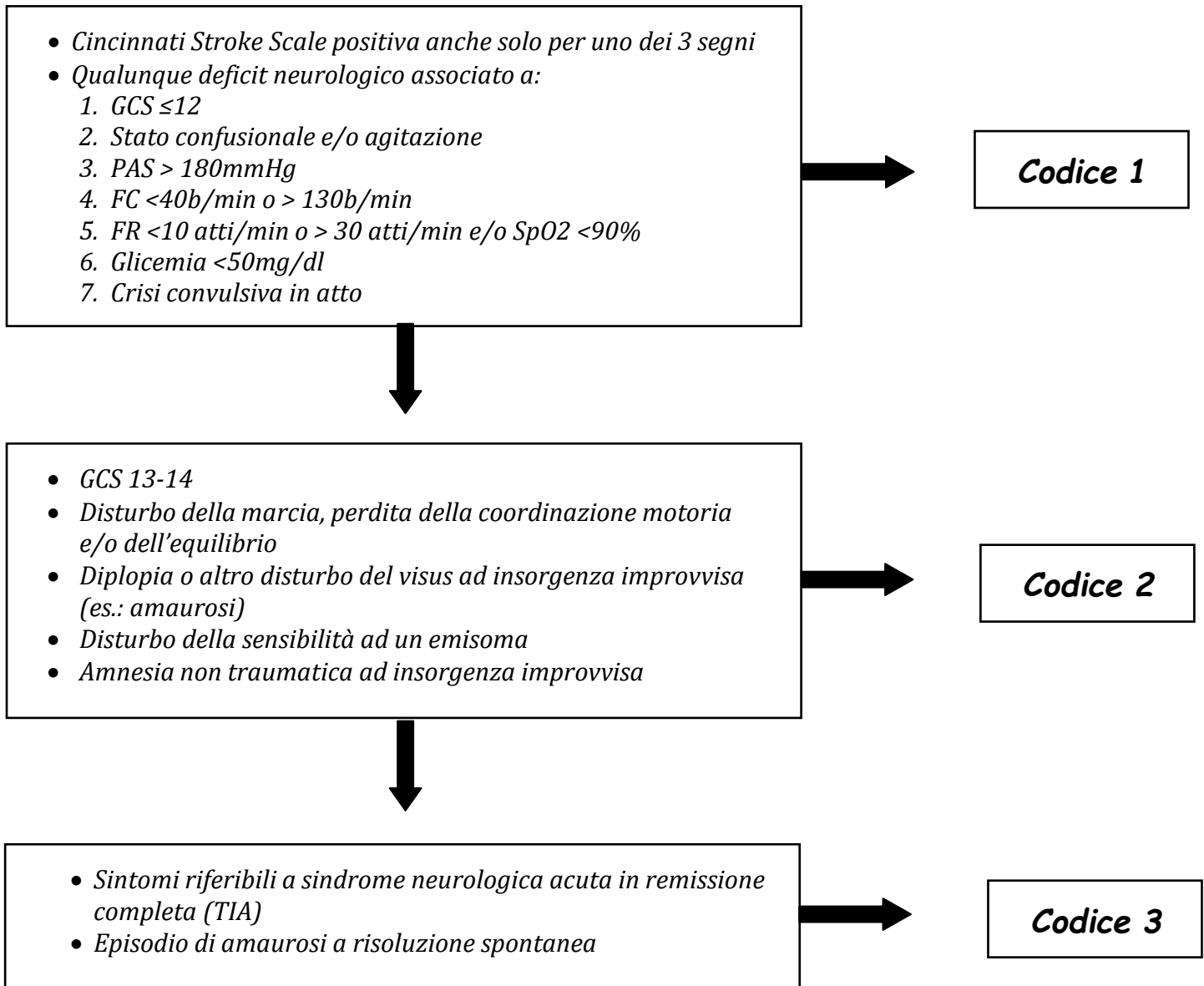
## FLOW-CHART CEFALEA



## FLOW-CHART DISPNEA

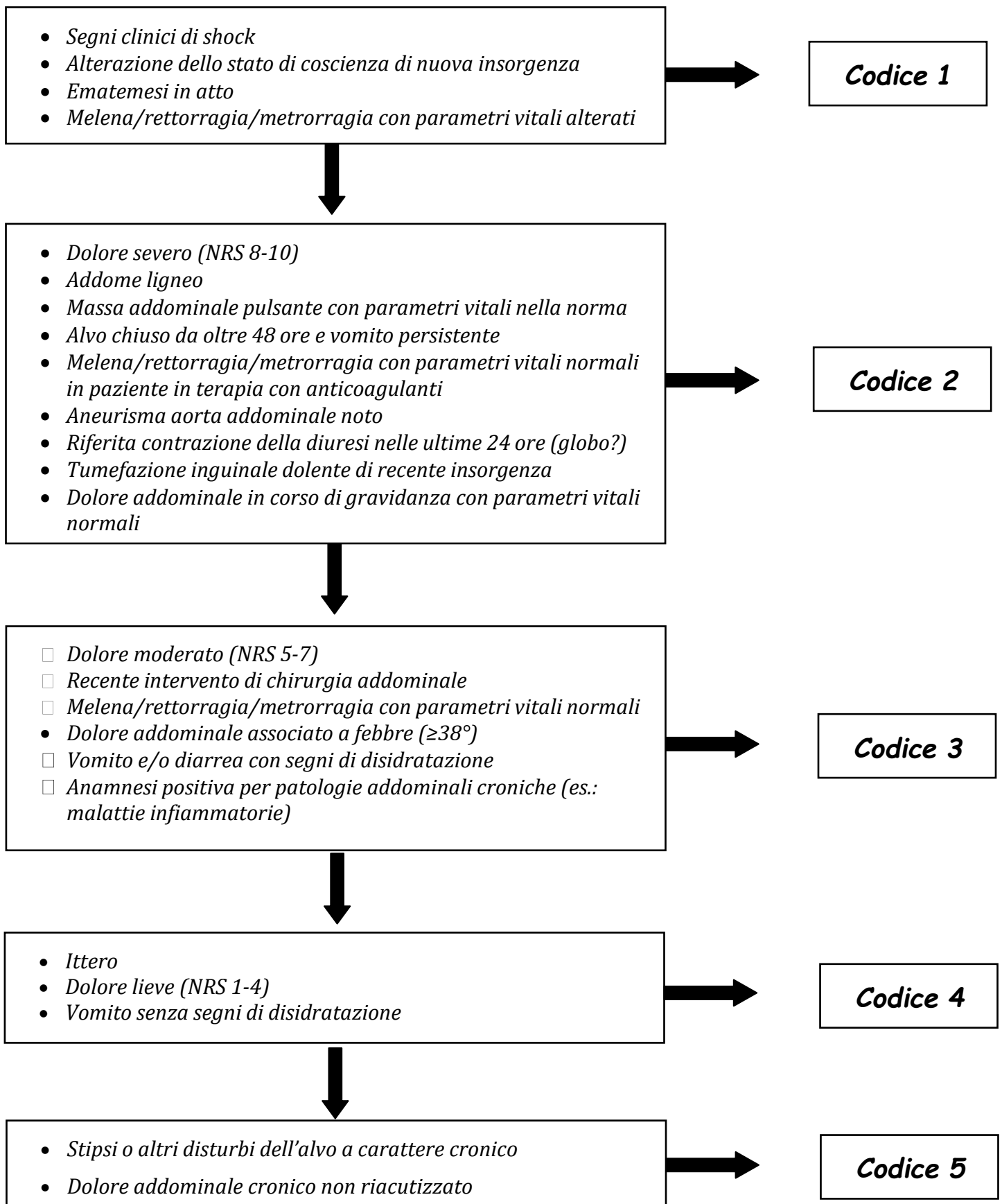


## FLOW-CHART DISTURBI NEUROLOGICI ACUTI

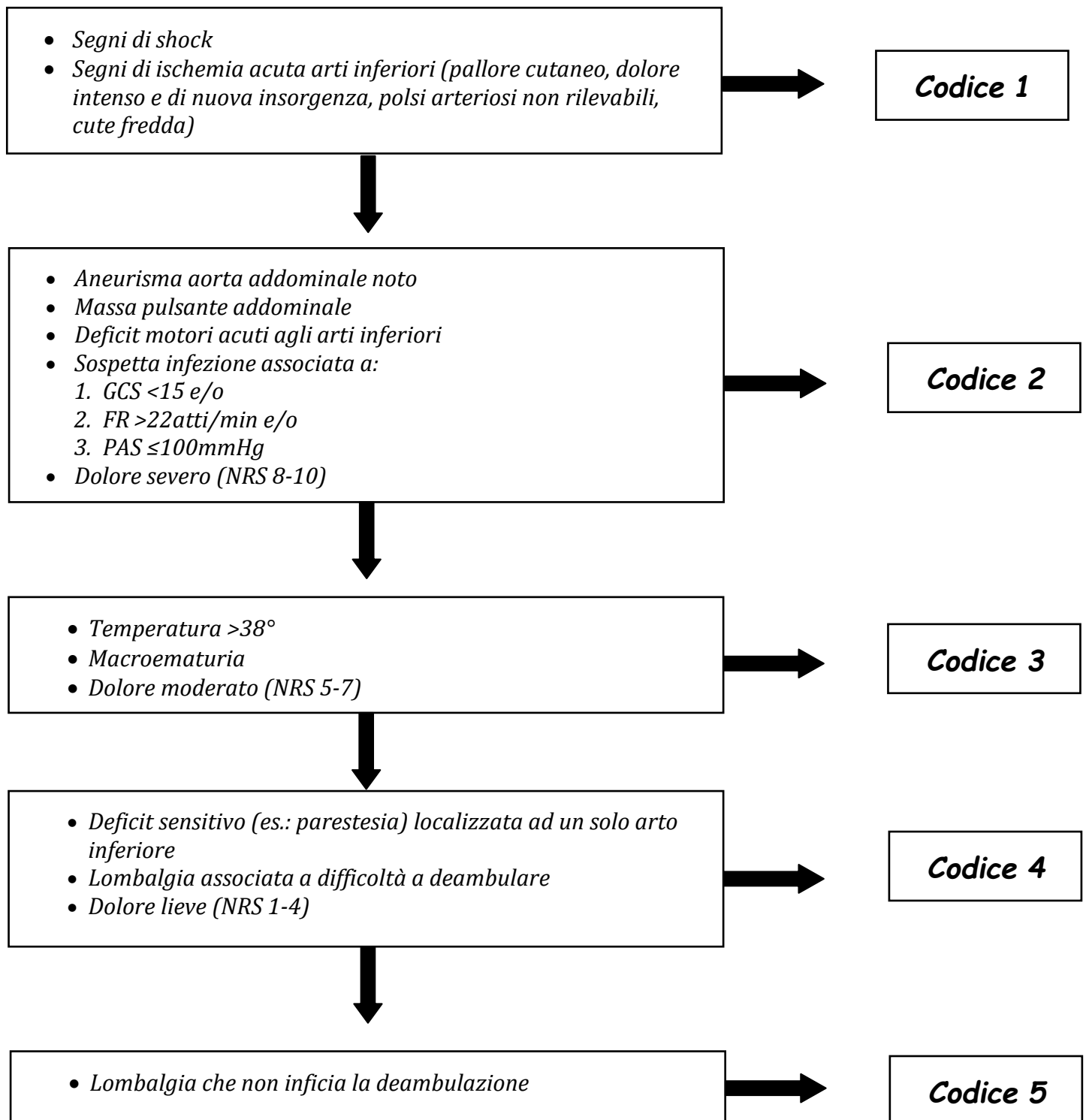


PER QUESTA TIPOLOGIA DI DISTURBO NON SI RITIENE PRUDENTE L'ATTRIBUZIONE DI UN CODICE 4 o 5

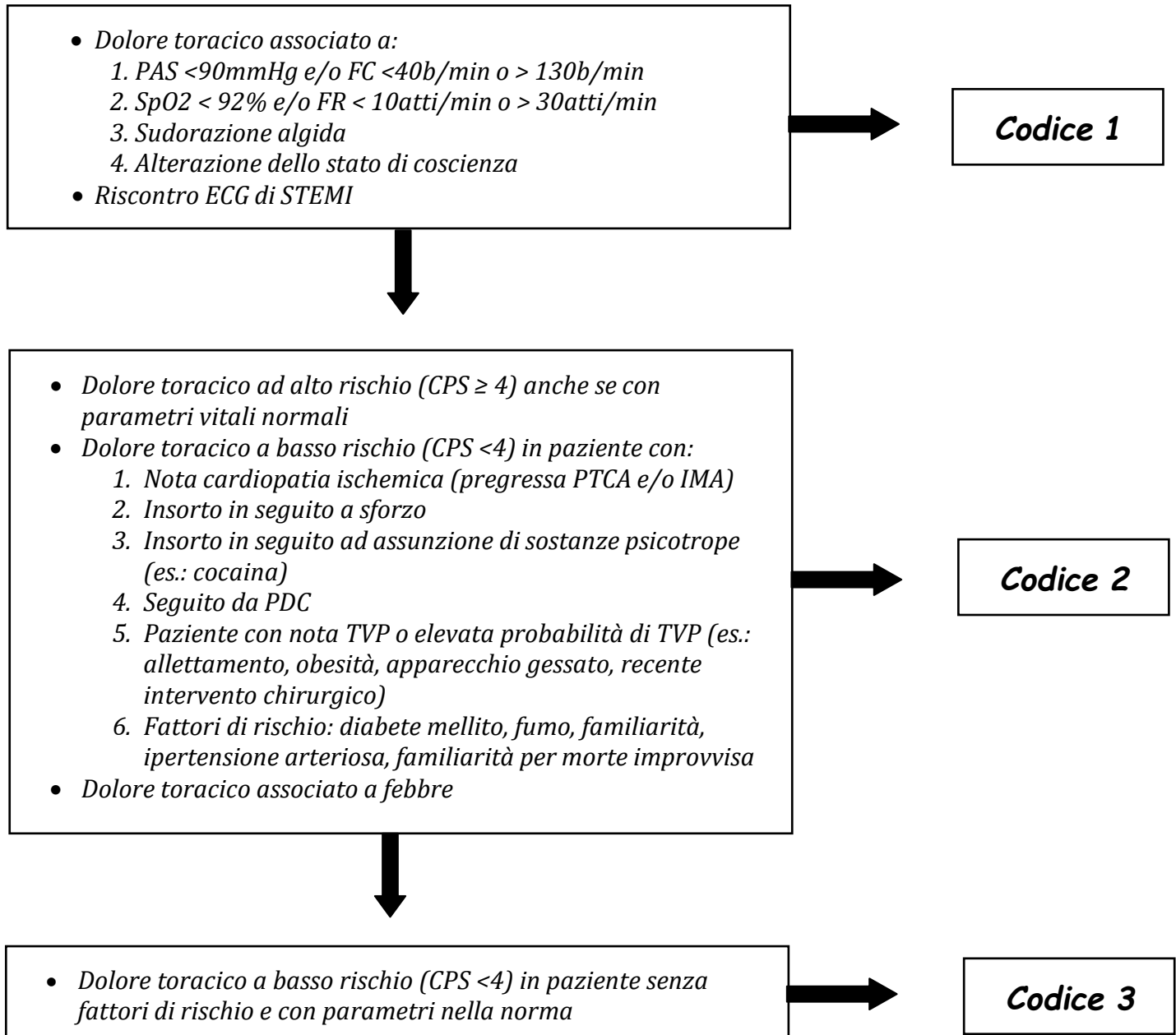
## FLOW-CHART DOLORE ADDOMINALE NON TRAUMATICO



## FLOW-CHART DOLORE LOMBARE NON TRAUMATICO



## FLOW-CHART DOLORE TORACICO NON TRAUMATICO

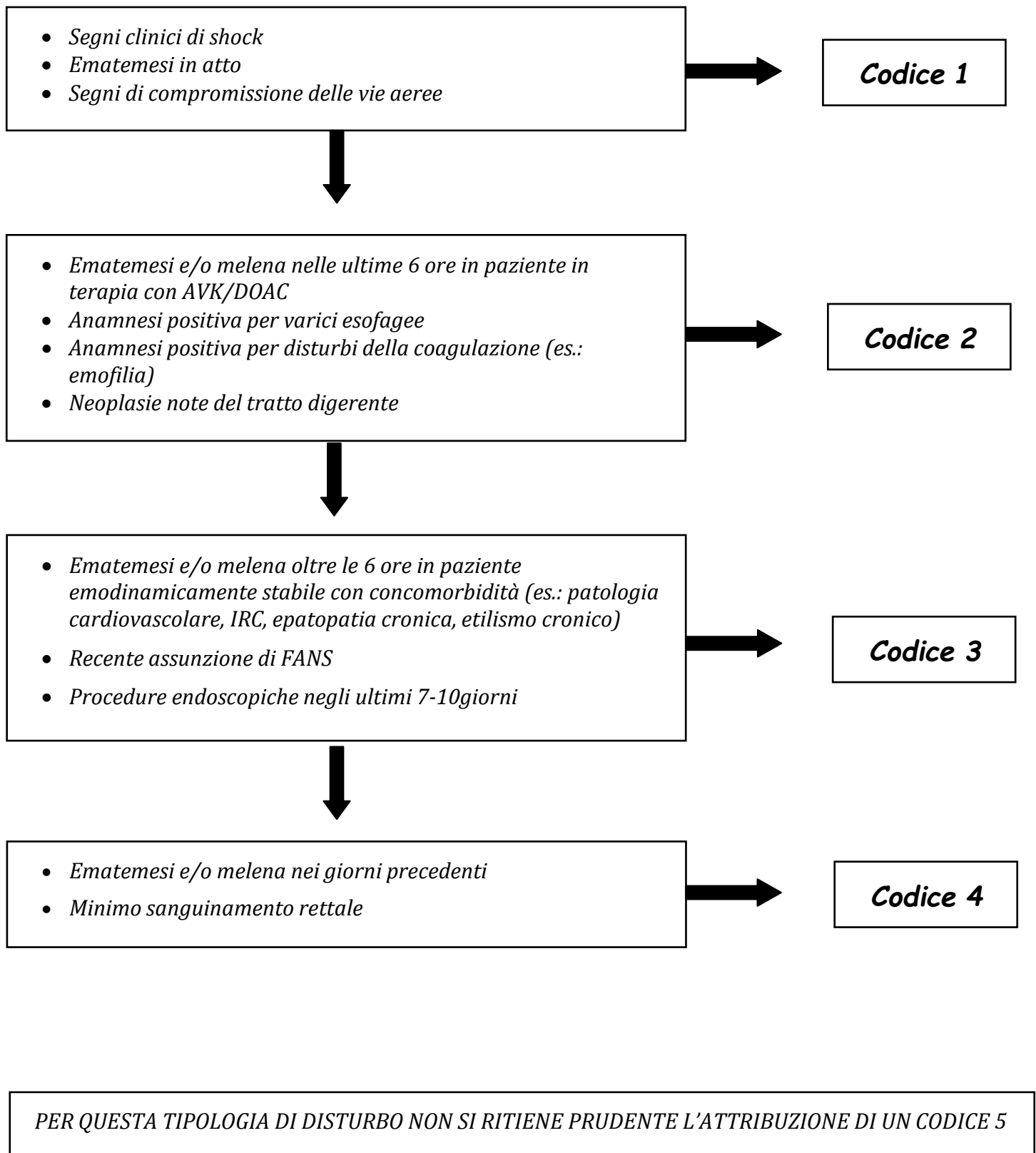


PER QUESTA TIPOLOGIA DI DISTURBO NON SI RITIENE PRUDENTE L'ATTRIBUZIONE DI UN CODICE 4 o 5

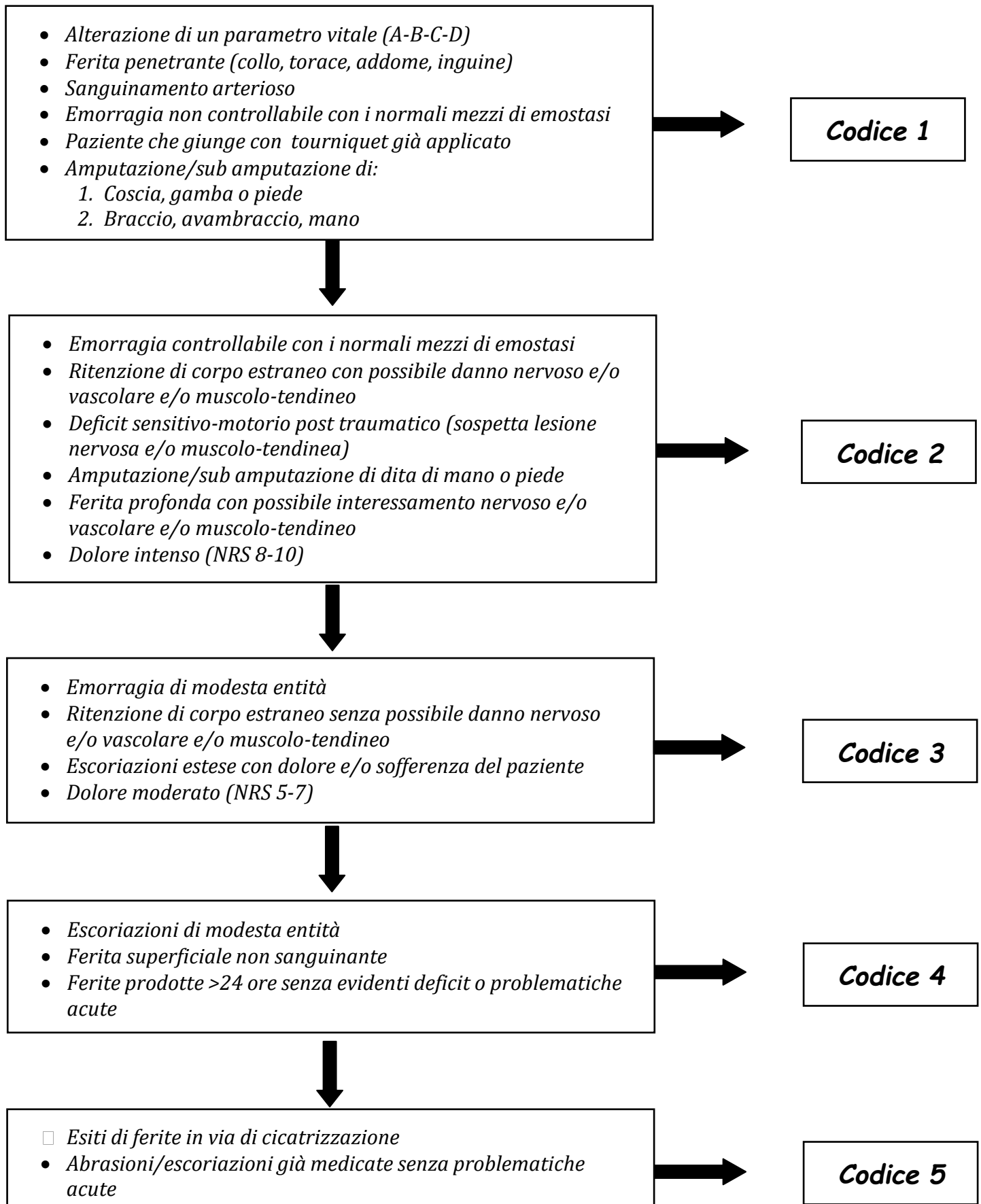
**DOLORE TORACICO (DEFINIZIONE):** qualsiasi dolore non riconducibile ad un evento traumatico che si estende anteriormente dalla punta del naso all'ombelico e, posteriormente, dalla nuca alla XII vertebra dorsale

\*Vedi tabella CPS (Chest Pain Score)

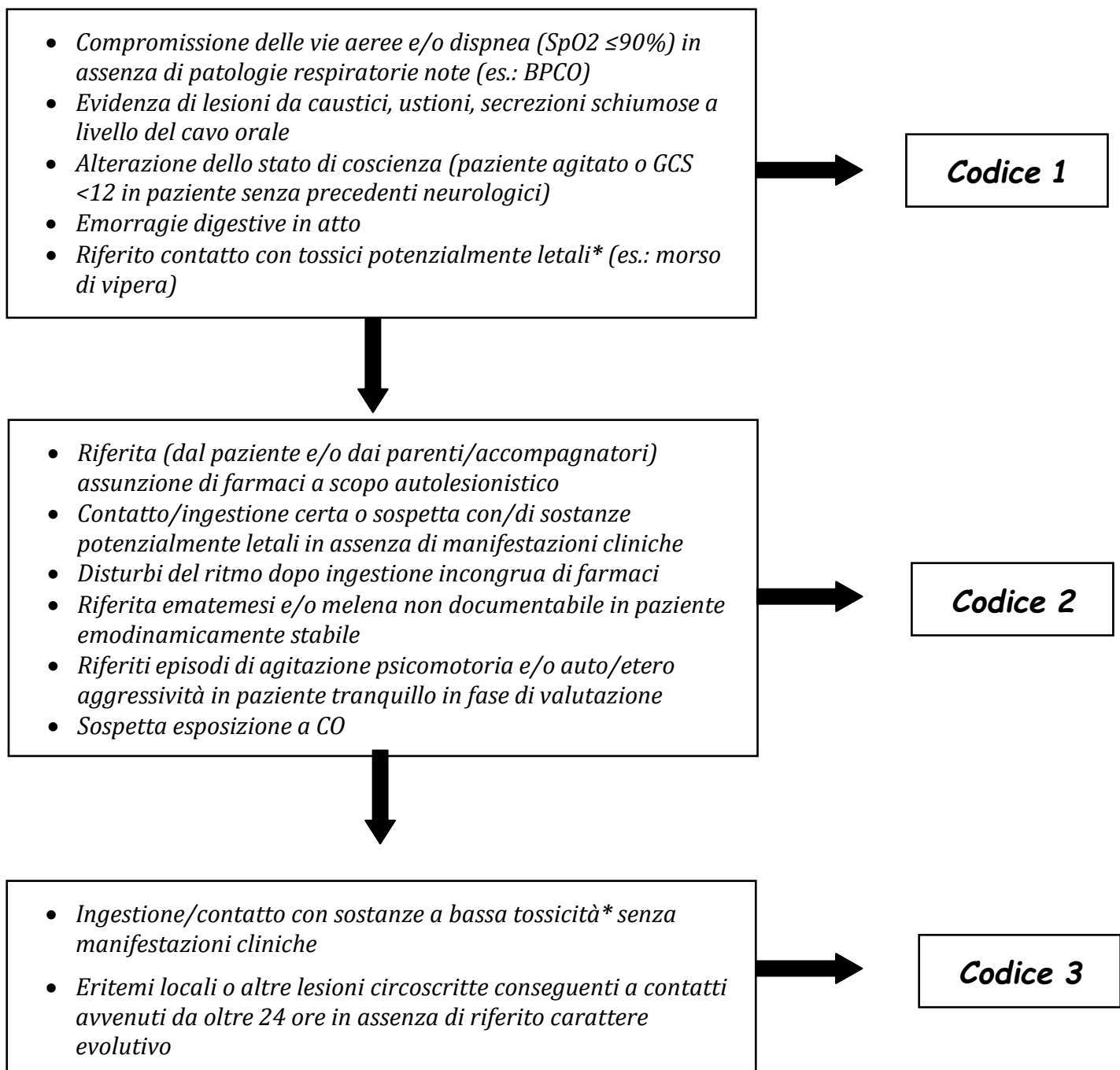
## FLOW-CHART EMORRAGIE DIGESTIVE



## FLOW-CHART FERITE, AMPUTAZIONI, SUB- AMPUTAZIONI



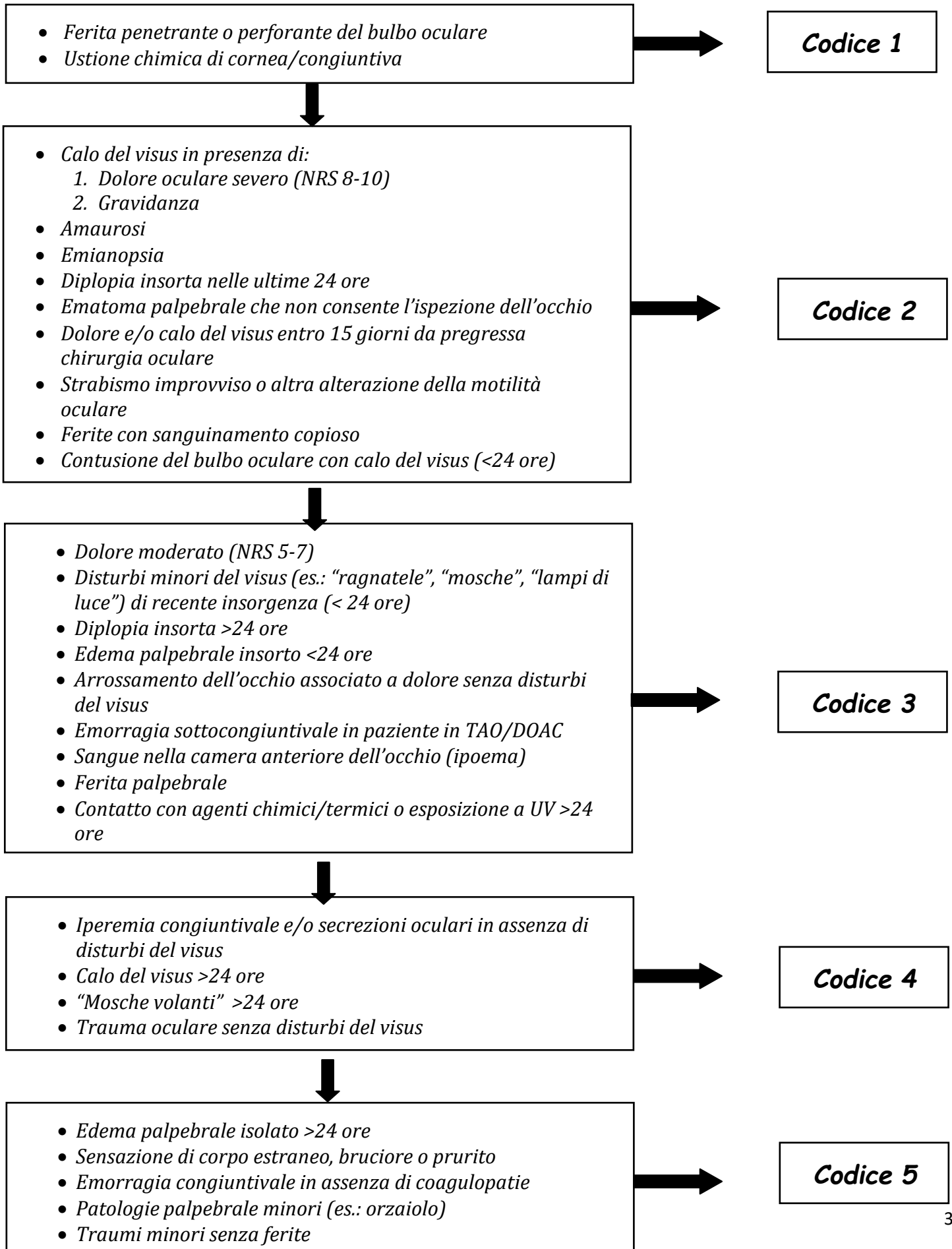
## FLOW-CHART INTOSSICAZIONI



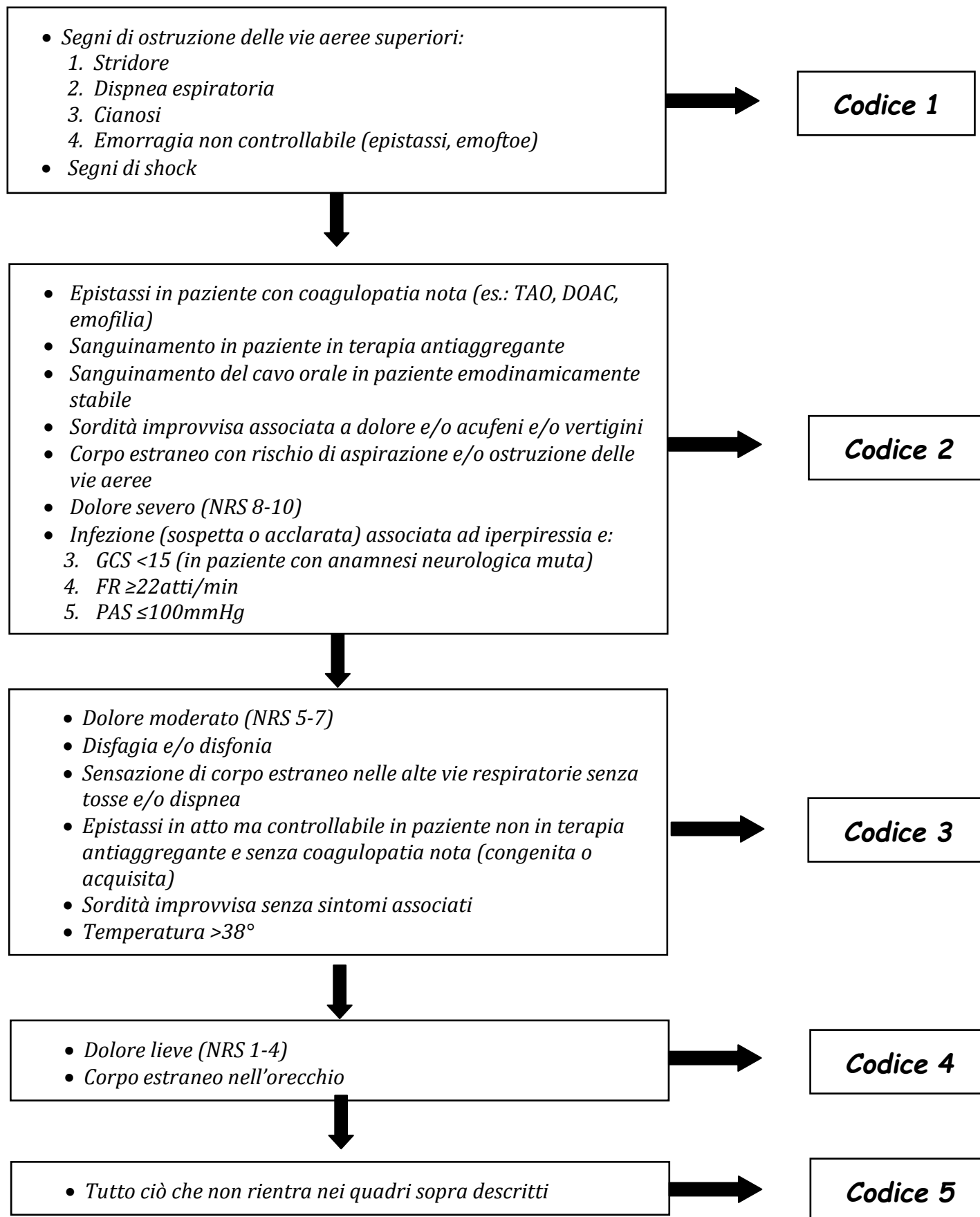
*\*Vedi tabella delle sostanze tossiche*

*PER QUESTA TIPOLOGIA DI PROBLEMATICHE NON SI RITIENE PRUDENTE L'ATTRIBUZIONE DI UN CODICE 4 o 5 PER LA DIFFICOLTÀ A RACCOGLIERE INFORMAZIONI CERTE IN MERITO A NATURA E QUANTITÀ DELLE SOSTANZE TOSSICHE CON CUI IL PAZIENTE È VENUTO A CONTATTO*

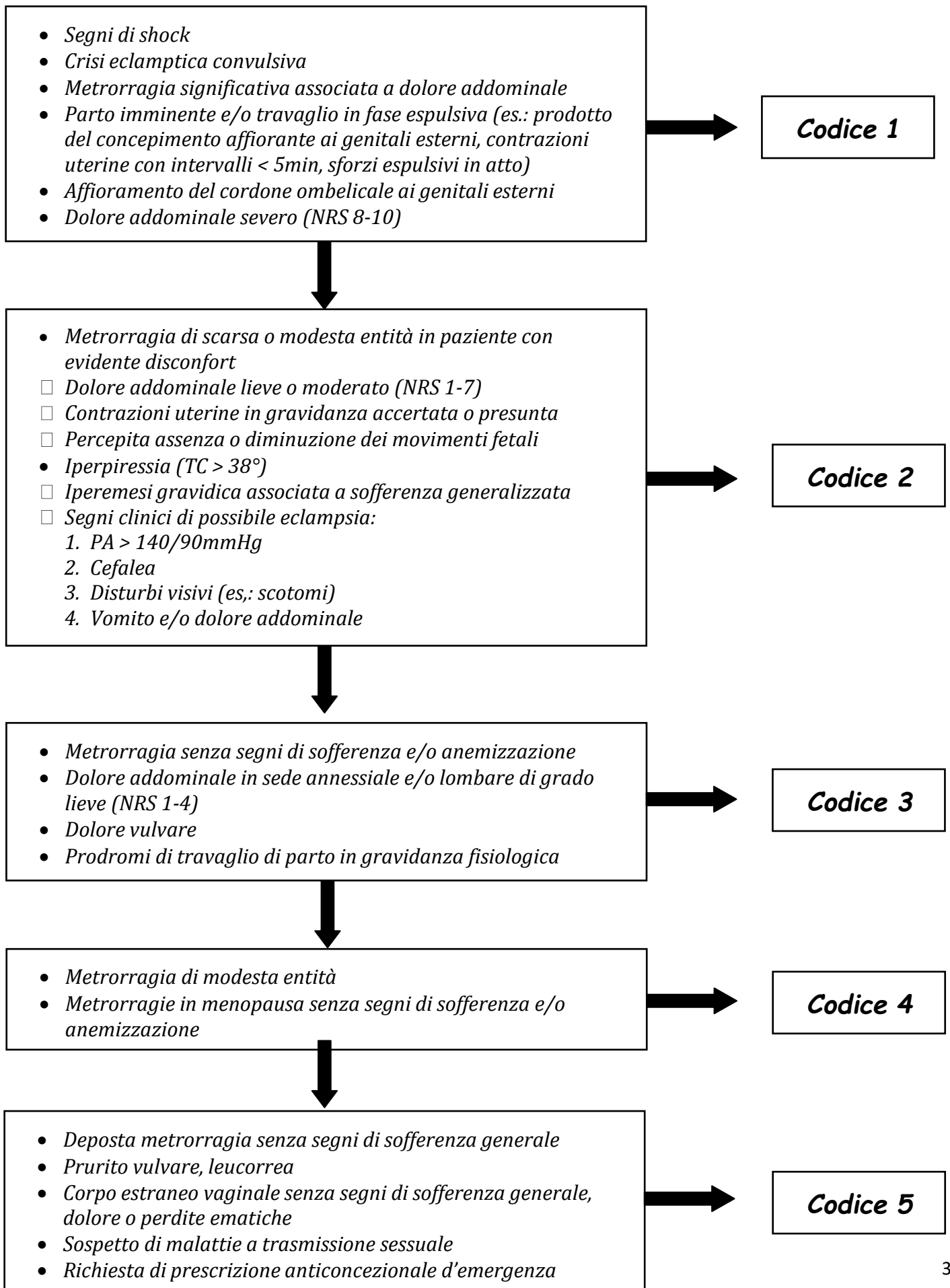
## FLOW-CHART PATOLOGIE DI INTERESSE OCULISTICO



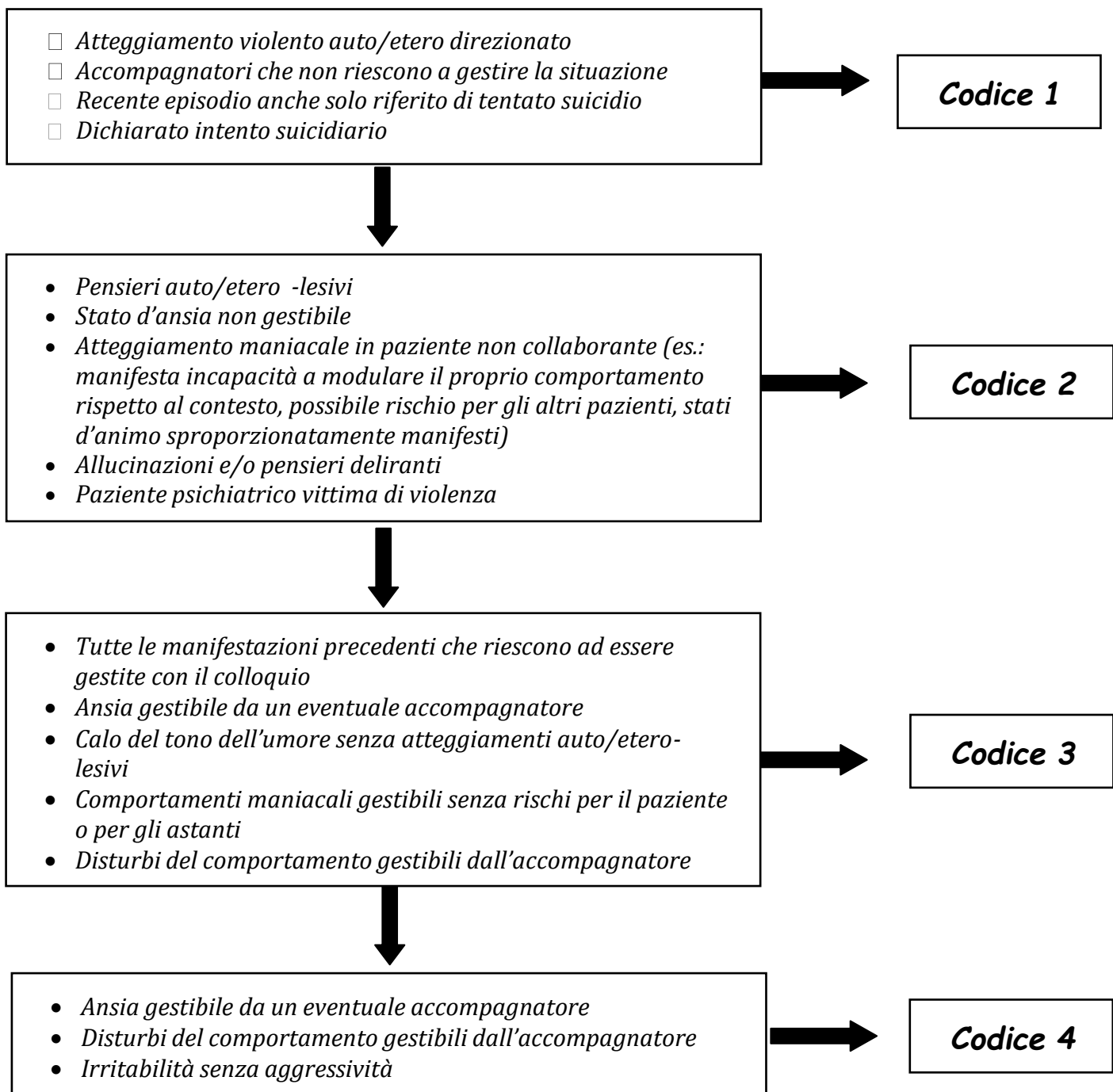
## FLOW-CHART PATOLOGIE ORL



## FLOW-CHART PAZIENTE OSTETRICO-GINECOLOGICO

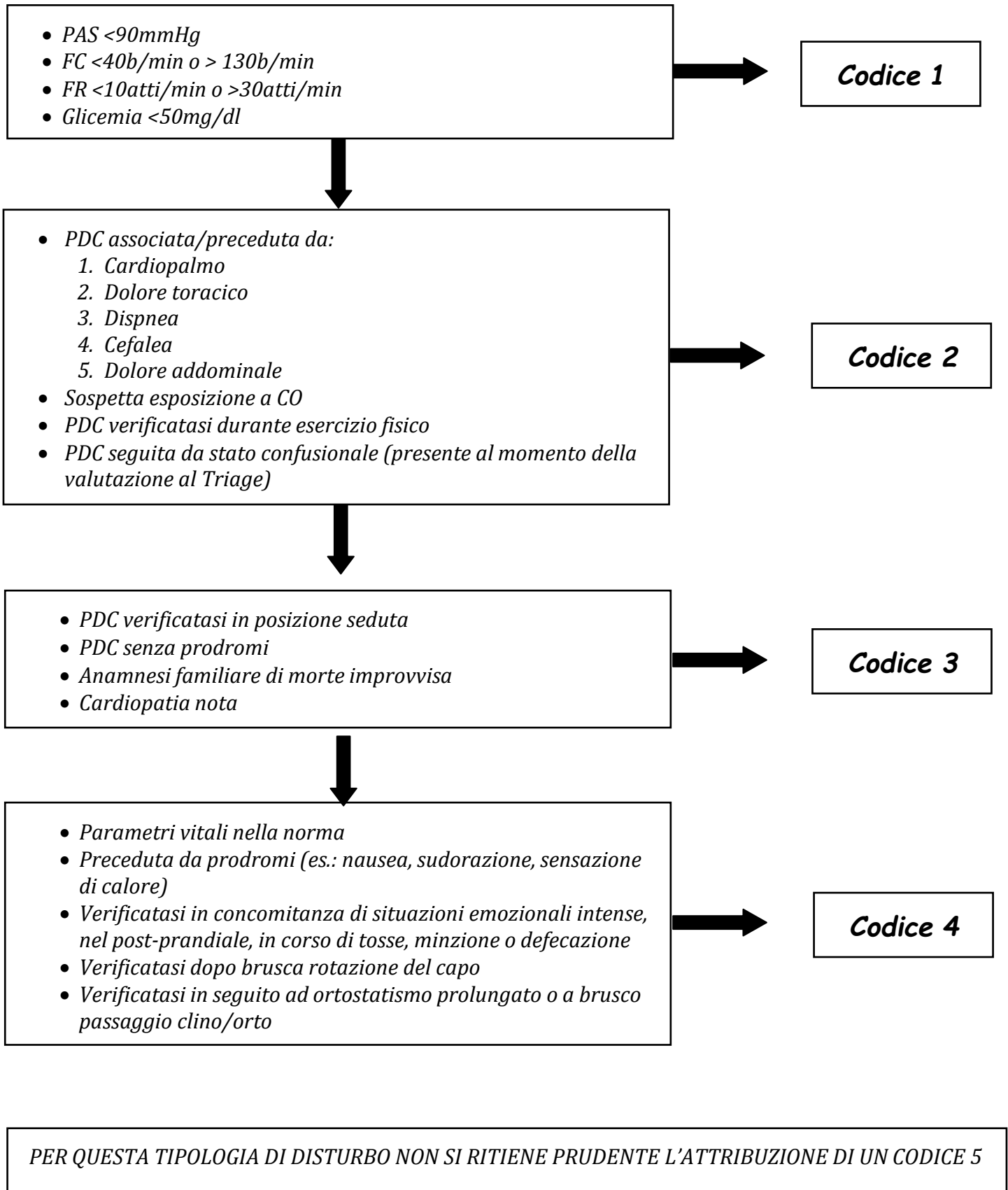


## FLOW-CHART PAZIENTE PSICHIATRICO

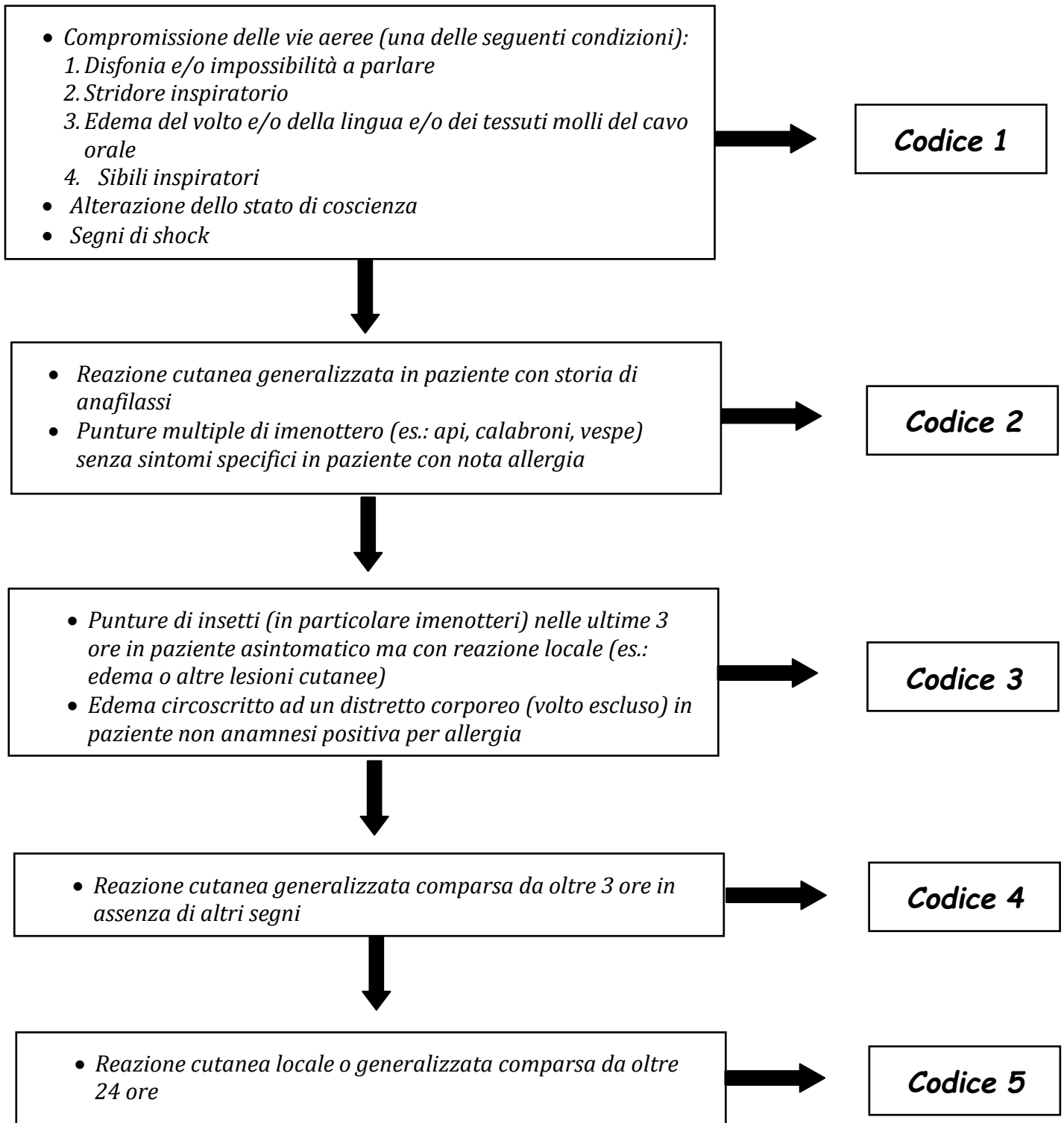


PER QUESTA TIPOLOGIA DI DISTURBO NON SI RITIENE PRUDENTE L'ATTRIBUZIONE DI UN CODICE 5 PER LA PECULIARITA' DEL DISTURBO PSICHIATRICO E PER IL POSSIBILE REPENTINO PEGGIORAMENTO DEL QUADRO INIZILMENTE RILEVATO E' INDICATA UNA RIVALUTAZIONE DA EFFETTUARSI OGNI 15 NINUTI

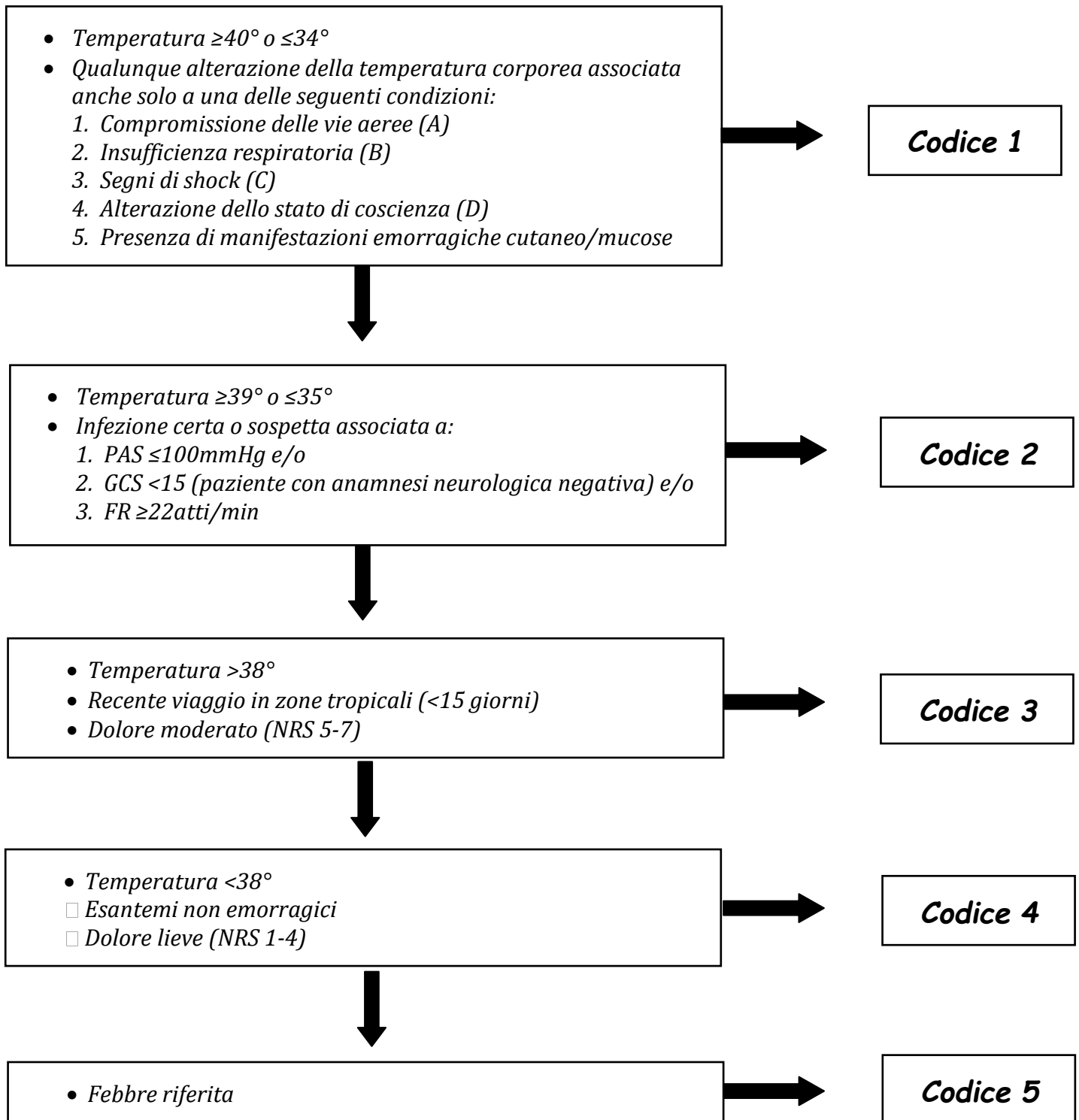
## FLOW-CHART PERDITA DI COSCIENZA (PDC)



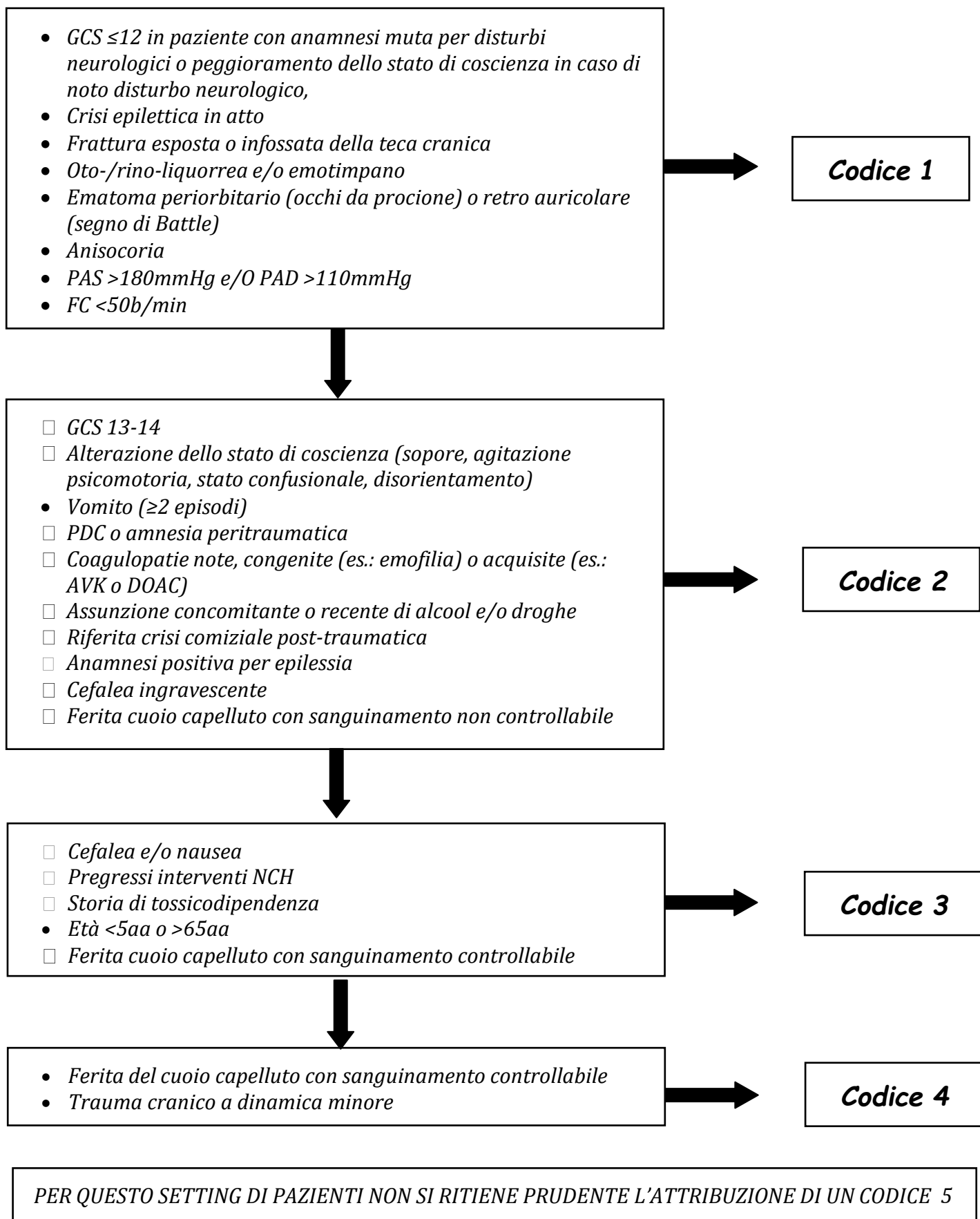
## FLOW-CHART REAZIONI ALLERGICHE



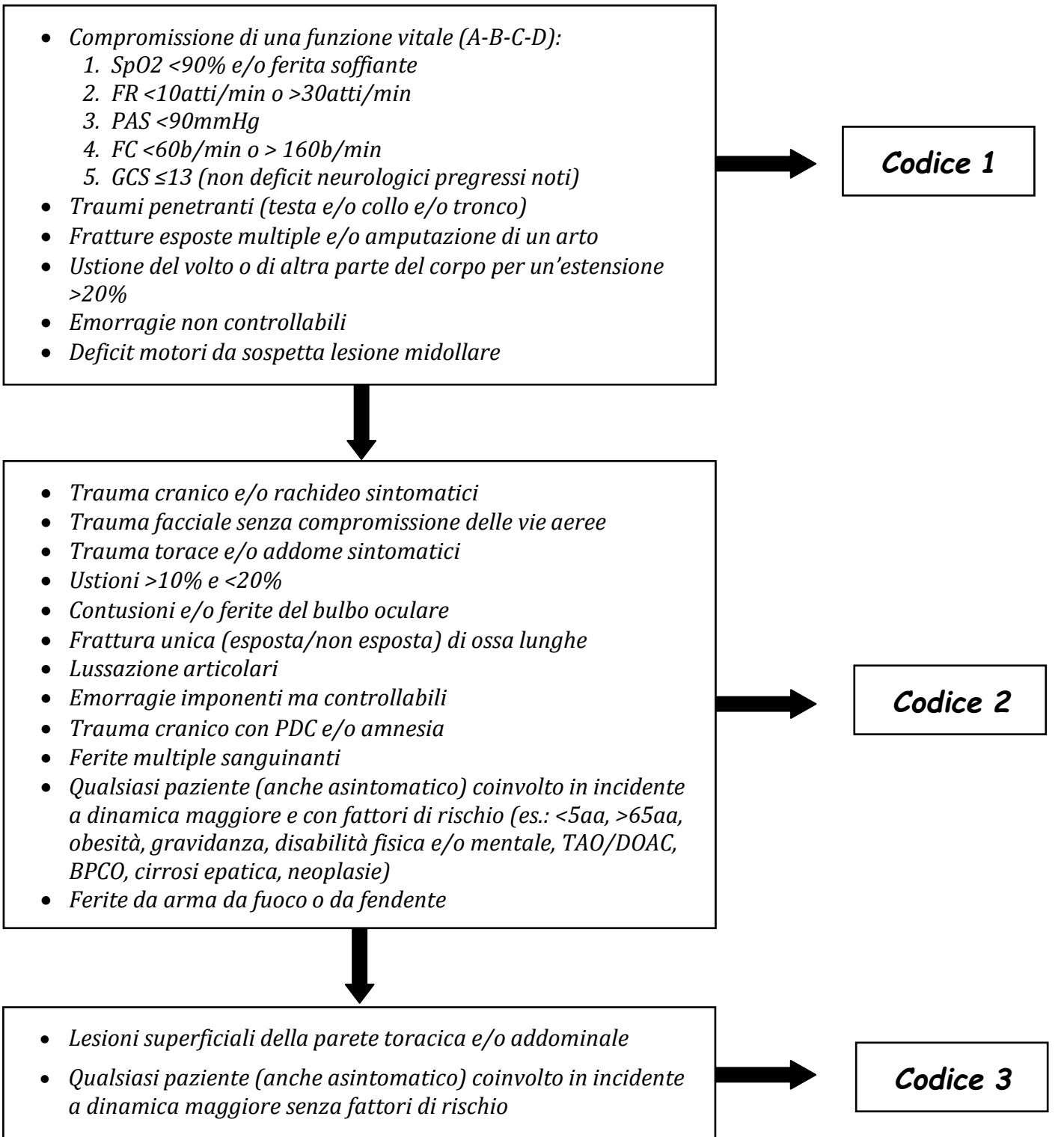
## FLOW-CHART ALTERAZIONI TEMPERATURA CORPOREA



## FLOW-CHART TRAUMA CRANICO

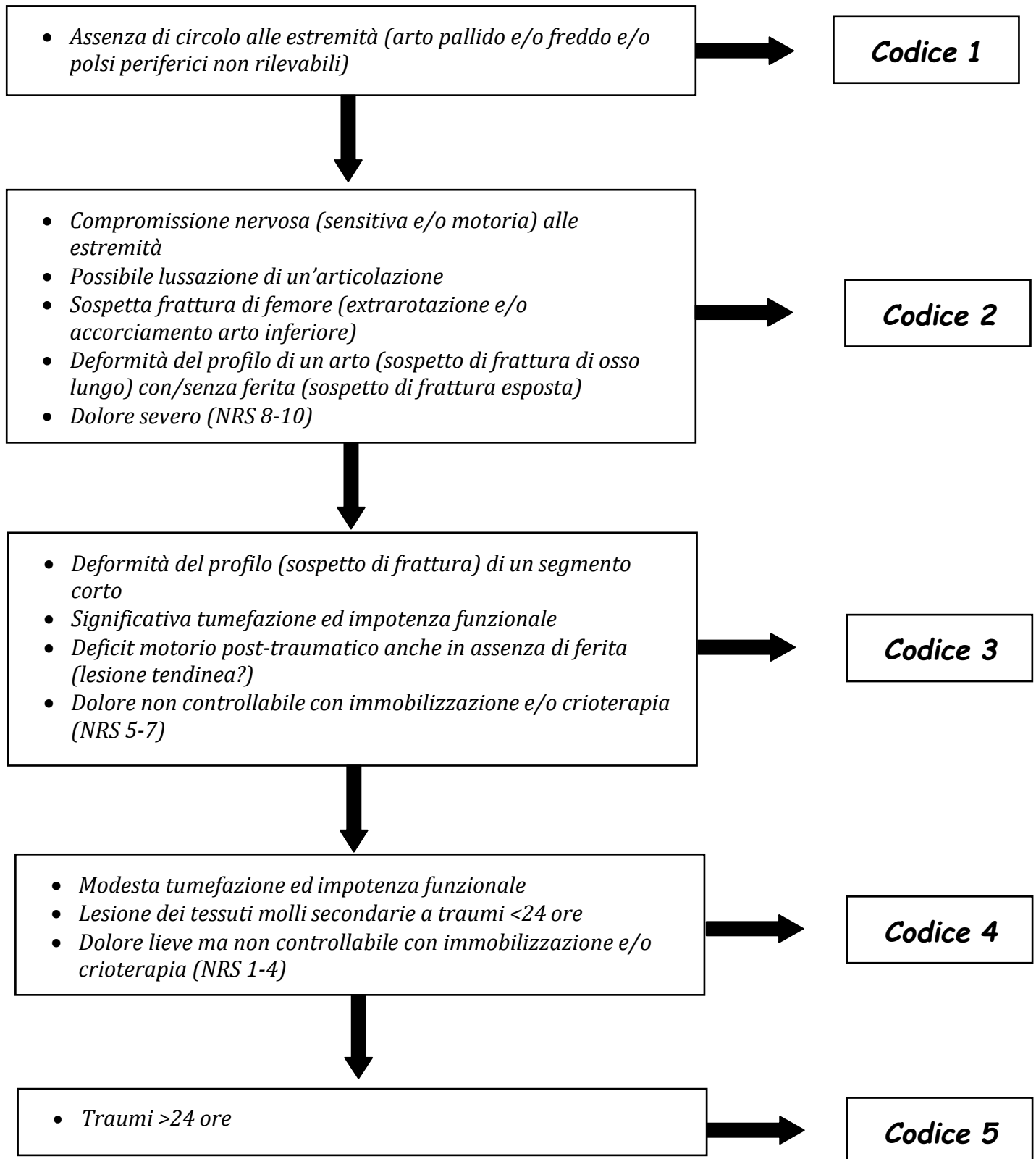


## FLOW-CHART TRAUMA MAGGIORE

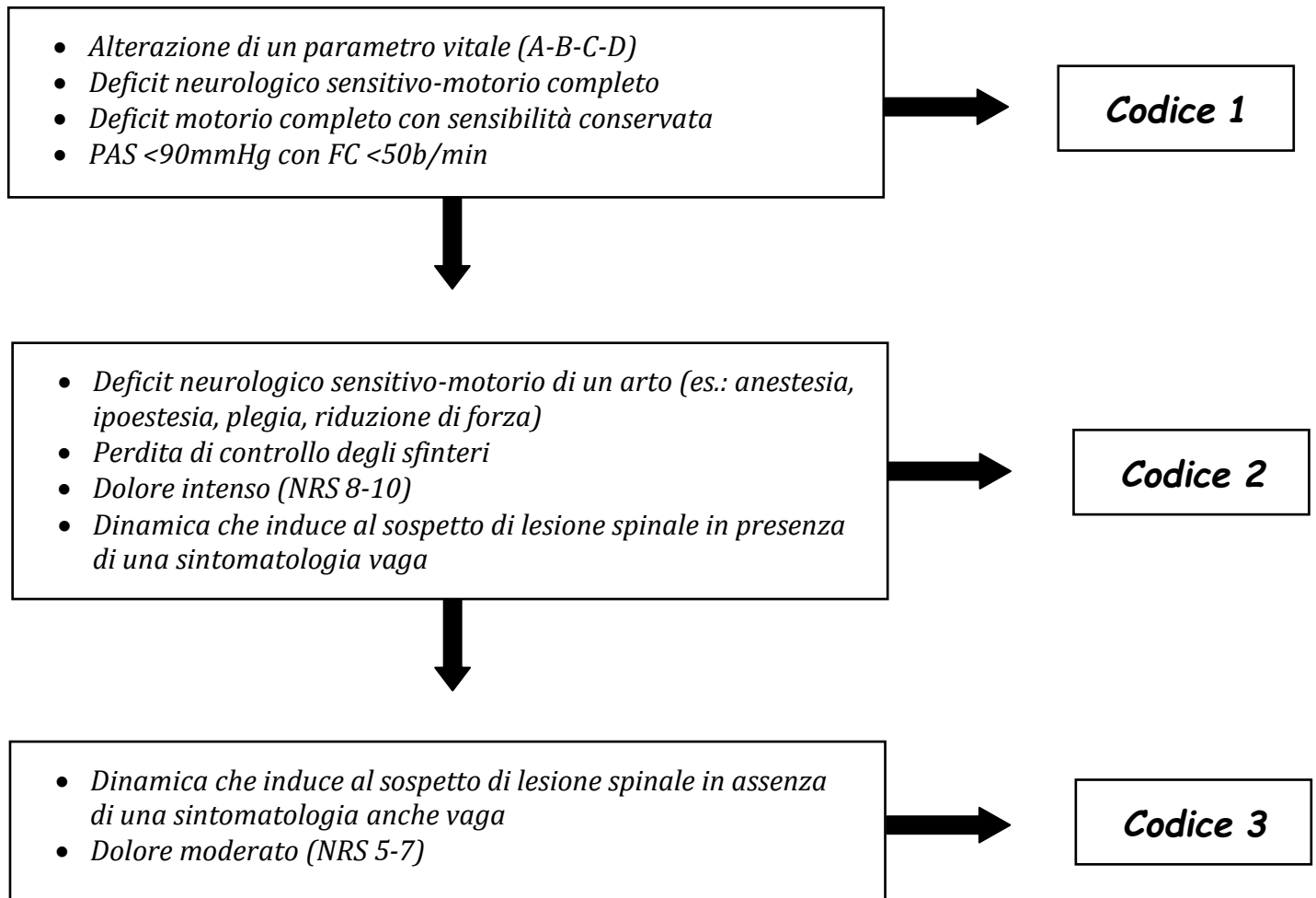


*PER QUESTO SETTING DI PAZIENTI NON SI RITIENE PRUDENTE L'ATTRIBUZIONE DI UN CODICE 4 o 5*

## FLOW-CHART TRAUMA MUSCOLO-SCHELETRICO

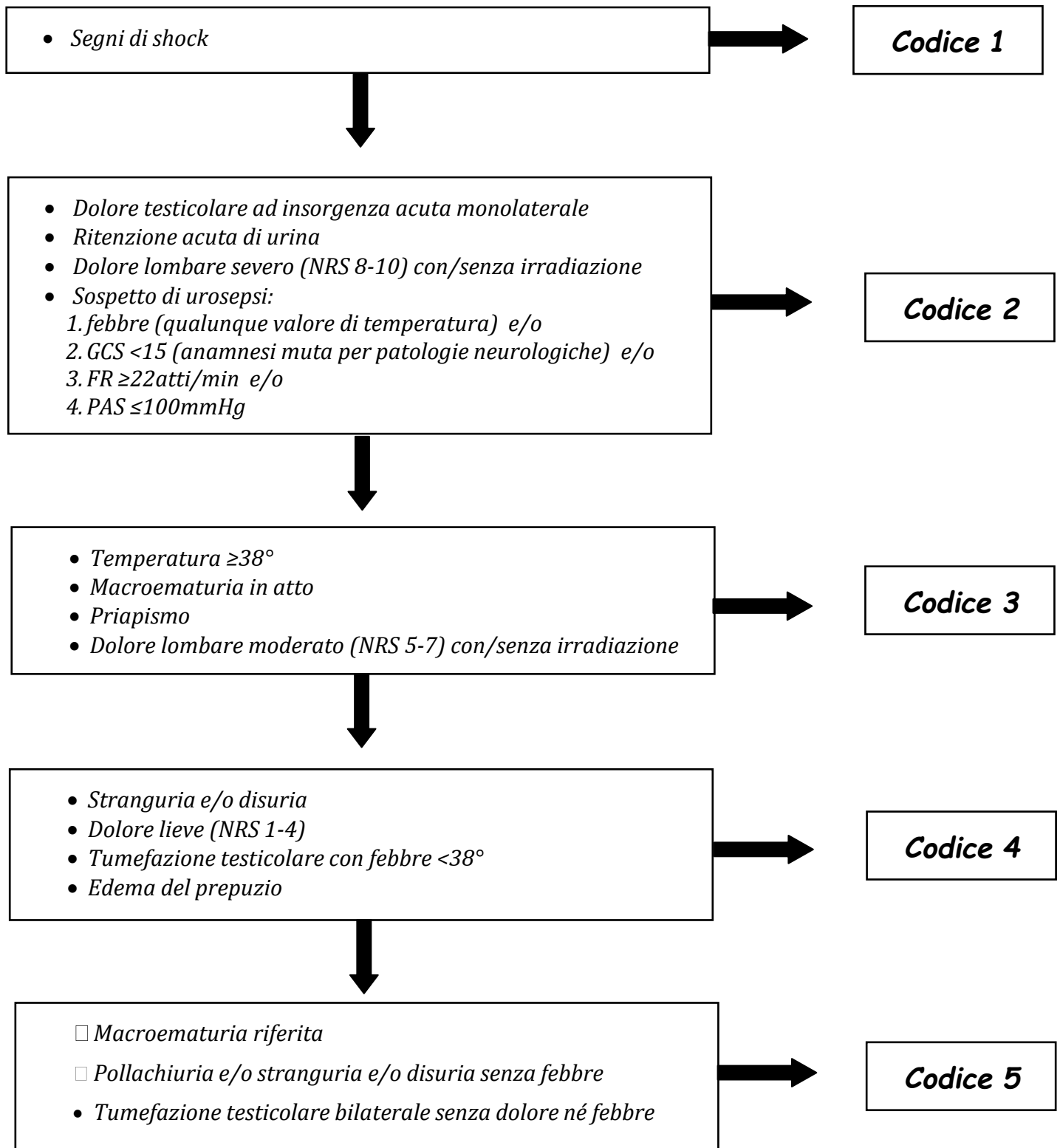


## FLOW-CHART TRAUMA VERTEBRO-MIDOLLARE



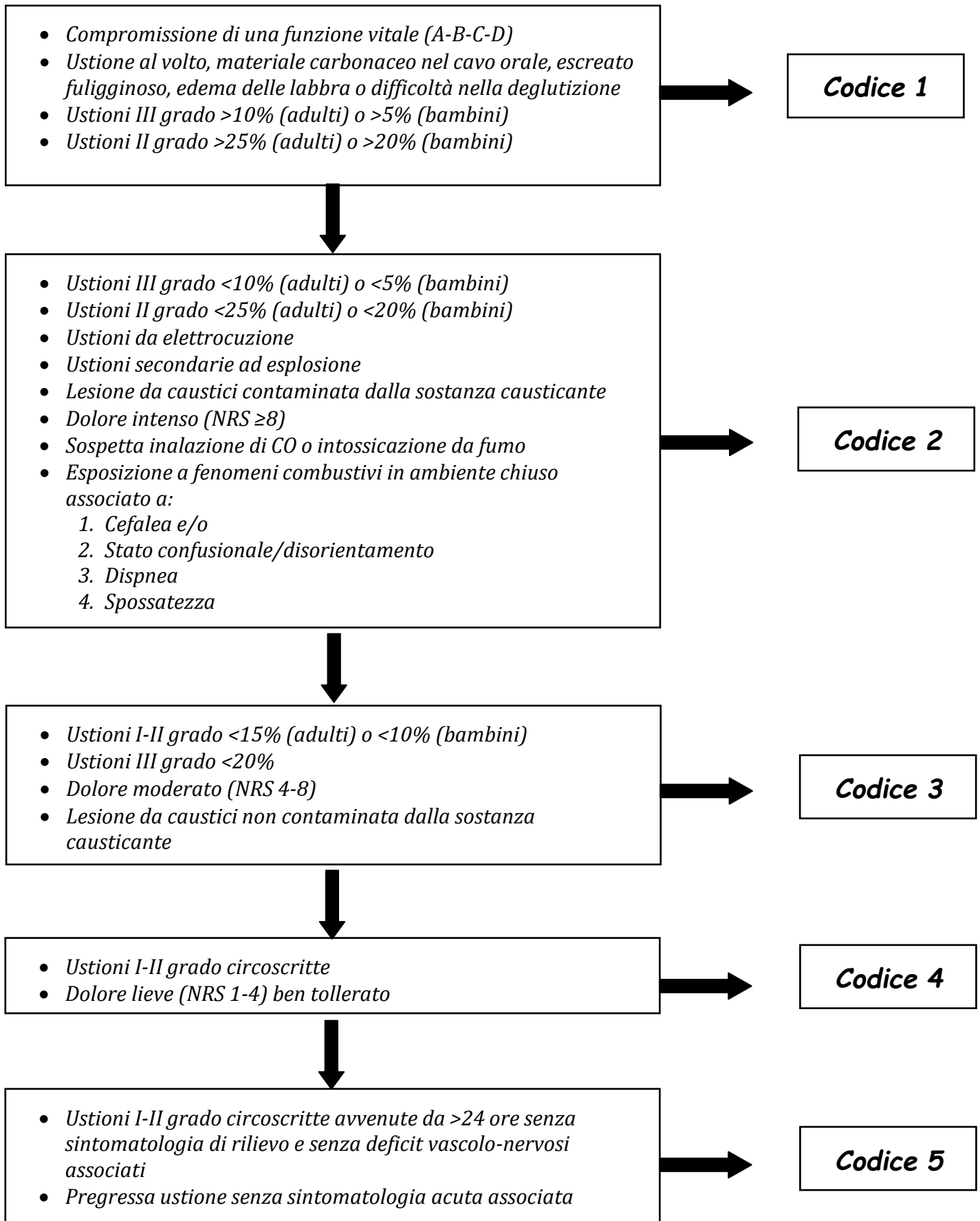
PER QUESTO SETTING DI PAZIENTI NON SI RITIENE PRUDENTE L'ATTRIBUZIONE DI UN CODICE 4 o 5

## FLOW-CHART PATOLOGIE UROLOGICHE



## FLOW-CHART USTIONI

(Vedasi schema per la determinazione dell'area ustionata (Wallace rule))



## FLOW-CHART VERTIGINI ED ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO

