



DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

MANUALE DI TRIAGE 2015

Linee-Guida Aziendali per l'effettuazione del triage nei "Pronto Soccorso" ospedalieri

rev. 01

data di emissione	rev.	redazione	verifica	approvazione
13.01.2012	00	Dr. A. Cavaleri Direzione Sanitaria Aziendale	Dr. A. Seminerio Coordinatore Sanitario Distretto Ospedaliero AG1 Dr.ssa E. Bonelli Responsabile Servizio Infermieristico	Dr. A. Zambuto Direttore Sanitario Aziendale Dr. S. Messina Commissario Straordinario
03.06.2015	01	Dr. A. Cavaleri Direttore incaricato UOC MCAU Ospedale di Agrigento	Prof. Dr. S. Lo Bosco Direttore Sanitario Aziendale ASP AG Dr. A. Seminerio Direttore Sanitario Distretto Ospedaliero AG1 Dr. Francesco Ferrara Direttore del Dipartimento di Emergenza AG1 Dr.ssa E. Bonelli Responsabile Servizio Infermieristico AG1	Prof. Dr. S. Lo Bosco Direttore Sanitario Aziendale Dr. S. L. Ficarra Direttore Generale

INDICE

INDICE	pag. 2
PREMESSA	pag. 5
GRUPPO DI LAVORO	pag. 6
RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI	pag. 6
OBBIETTIVI	pag. 7
CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	pag. 7
SEZIONE I ASPETTI GENERALI DEL TRIAGE	pag. 8
1.1 GENERALITA' E DEFINIZIONI PRELIMINARI	pag. 8
1.2 FASI DEL TRIAGE	pag. 8
1.3 IL RUOLO DECISIONALE DEL TRIAGER	pag. 10
1.4 ALGORITMO DI SINTESI DEL PROCESSO DI TRIAGE	pag. 11
1.5 SCALE UTILI PER LA VALUTAZIONE DEI PARAMETRI DI TRIAGE	pag. 12
1.6 METODOLOGIA GENERALE DI ATTRIBUZIONE DEL CODICE COLORE NELL'ADULTO	pag. 14
1.7 METODOLOGIA GENERALE DI ATTRIBUZIONE DEL CODICE COLORE NEL BAMBINO	pag. 19
SEZIONE II PRINCIPALI QUADRI SINDROMICI DI TRIAGE	pag. 20
2.1 ALTERAZIONI DELLA TEMPERATURA CORPOREA NELL'ADULTO	pag. 20
2.2 FEBBRE NEL BAMBINO < 3 MESI	pag. 20
2.3 FEBBRE NEL BAMBINO > 3 MESI	pag. 21
2.4 ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA NELL'ADULTO	pag. 21
2.5 SINCOPE NELL'ADULTO	pag. 22
2.6 VERTIGINI NELL'ADULTO	pag. 22
2.7 CEFALEA NELL'ADULTO	pag. 23
2.8 CEFALEA NEL BAMBINO	pag. 23
2.9 SINDROMI NEUROLOGICHE ACUTE NELL'ADULTO	pag. 24
2.10 AGITAZIONE PSICOMOTORIA NELL'ADULTO	pag. 25
2.11 PIANTO NEL BAMBINO	pag. 26
2.12 CONVULSIONI NEL BAMBINO	pag. 26
2.13 DISPNEA NELL'ADULTO	pag. 27
2.14 URGENZE RESPIRATORIE NEL BAMBINO	pag. 27
2.15 CARDIOPALMO NELL'ADULTO	pag. 28
2.16 CRISI IPERTENSIVA NELL'ADULTO	pag. 28
2.17 DOLORE TORACICO NON TRAUMATICO NELL'ADULTO	pag. 29
2.18 DOLORE ADDOMINALE NON TRAUMATICO NELL'ADULTO	pag. 30
2.19 URGENZE ADDOMINO-INGUINO-SCROTALI NEL BAMBINO	pag. 31
2.20 IL TRAUMA NELL'ADULTO	pag. 32
2.21 IL TRAUMA NEL BAMBINO	pag. 33
2.22 IL TRAUMA CRANICO NEL BAMBINO	pag. 34
2.23 USTIONI NELL'ADULTO E NEL BAMBINO	pag. 36
2.24 REAZIONE ALLERGICA NELL'ADULTO	pag. 37
2.25 INTOSSICAZIONI NELL'ADULTO	pag. 38
2.26 INTOSSICAZIONI NEL BAMBINO	pag. 39
2.27 EMORRAGIE NON TRAUMATICHE NELL'ADULTO	pag. 40
2.28 URGENZE OSTETRICO-GINECOLOGICHE NELL'ADULTA	pag. 41
2.29 URGENZE OTORINOLARINGOIATRICHE	pag. 41
2.30 URGENZE OFTALMOLOGICHE	pag. 42

SEZIONE III LA FAST-TRACK	pag. 43
3.1 CONSIDERAZIONI GENERALI SULLA FAST-TRACK	pag. 43
3.2 DEFINIZIONI ED OBBIETTIVI	pag. 43
3.3 MODELLO ORGANIZZATIVO	pag. 44
3.4 CRITERI DI APPLICABILITA' DELLA PROCEDURA	pag. 46
A. PATOLOGIA OFTALMOLOGICA	pag. 46
B. PATOLOGIA GINECOLOGICA	pag. 46
C. PATOLOGIA OSTETRICA	pag. 47
D. PATOLOGIA NEUROLOGICA	pag. 47
E. PATOLOGIA ORTOPEDICA	pag. 47
F. PATOLOGIA PSICHIATRICA	pag. 47
G. PATOLOGIA OTORINOLARINGOIATRICA	pag. 48
H. PATOLOGIA PEDIATRICA	pag. 48
3.5 RESPONSABILITA'	pag. 49
3.6 MONITORAGGIO	pag. 49
 SEZIONE IV ASPETTI LOGISTICI ED ORGANIZZATIVI	 pag. 50
4.1. STANDARD LOGISTICI ED OPERATIVI	pag. 50
4.2 FORMAZIONE DEL PERSONALE	pag. 52
 SEZIONE V ASPETTI RELAZIONALI	 pag. 53
5.1 LA COMUNICAZIONE IN TRIAGE	pag. 53
5.2 ASPETTI GENERALI DELLA COMUNICAZIONE	pag. 54
5.3 COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE	pag. 57
5.4 FATTORI CHE INFLUENZANO LA COMUNICAZIONE	pag. 61
5.5 IL PRIMO CONTATTO CON L'UTENTE	pag. 62
5.6 UTENTI CRITICI ED UTENTI DIFFICILI	pag. 65
5.7 L'ASCOLTO ATTIVO	pag. 67
 SEZIONE VI QUALITA', REPORTING E VERIFICHE	 pag. 69
6.1 ASPETTI GENERALI	pag. 69
6.2 INDICATORI	pag. 70
 SEZIONE VII ALLEGATI	 pag. 72
TRIAGE POSTER	pag. 72
TRIAGE DOCUMENTO INFORMATIVO	pag. 73
TRIAGE DOCUMENTO INFORMATIVO PER I CODICI BIANCHI	pag. 74
SCHEDA DI VERIFICA STRUTTURALE DEL TRIAGE	pag. 75

La stesura di questo manuale e l'iter formativo che lo accompagna, a prescindere dagli obblighi normativi ed istituzionali, rappresenta per gli operatori professionali del Pronto Soccorso, lo strumento operativo per esercitare concretamente e pienamente la responsabilità del loro profilo professionale nell'ambito di un ruolo di importanza strategica nelle dinamiche della presa in carico del paziente in area d'emergenza: quello del *triager*.

Per Loro, un ennesimo riconoscimento quali operatori sanitari che hanno assunto a pieno titolo l'autorevolezza nei processi di erogazione dei servizi sanitari; ben oltre il ruolo che storicamente li ha visti come "dipendenti del medico", sempre più autonomi e protagonisti, nello scenario di un ospedale sempre più moderno e qualificato.

Per noi, la soddisfazione di avere dato l'avvio ad un processo di riallineamento agli standard organizzativo-funzionali nazionali e regionali che presuppongono l'acquisizione di un linguaggio comune e di modalità operative sovrapponibili per tutti gli operatori, al fine di fornire livelli uniformi di assistenza in un settore così delicato e critico quale è quello del Pronto Soccorso e della Medicina d'Emergenza.

Oltre alle procedure e alle caratteristiche del triage, in questo manuale si è voluto dare spazio anche a nozioni riguardanti le dinamiche della comunicazione, che ci sono apparsi di grande interesse e rilevanza, nella convinzione che le conoscenze devono sempre e comunque essere affiancate dal saper essere e dal saper fare.

Il tutto trattato in maniera semplice, molto diretta, figurata, facendo riferimento agli standard operativi dettati dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza / Urgenza (SIMEU).

Preme in ultimo ringraziare i componenti del Gruppo di Lavoro e il corpo dei Docenti del Corso di Triage che ha accompagnato la pubblicazione di questo manuale, per la professionalità e l'impegno profuso nello svolgimento di un programma così impegnativo e per avere sostenuto questa iniziativa con interesse e partecipazione

IL DIRETTORE INCARICATO DELLA UOC MCAU
P.O. "SAN GIOVANNI DI DIO" AGRIGENTO

Dr. Alfonso Cavaleri

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA
DISTRETTO OSPEDALIERO AG1

Dr. Francesco Ferrara

IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE
Prof. Dr. Silvio Lo Bosco

PREMESSA

Questo manuale nasce sulla scorta delle indicazioni riportate nei documenti aziendali “Linee di indirizzo aziendali per l’effettuazione del triage nei Pronto Soccorso ospedalieri - rev. 01” e “Linee di indirizzo per la attuazione della *fast-track* al *triage* del Pronto Soccorso” pubblicati nel 2011.

Secondo la classica definizione espressa dalla Società Italiana di Emergenza Urgenza (SIMEU), la *mission* del Pronto Soccorso è quella di *“garantire risposte ed interventi tempestivi. Adeguati ed ottimali ai pazienti giunti in Ospedale in modo non programmato per problematiche di emergenza-urgenza”*; o meglio, *“garantire a ogni cittadino bisognoso, un appropriato orientamento diagnostico-terapeutico e, nei casi di emergenza, il recupero e la stabilizzazione delle funzioni vitali”*.

La necessità del triage nasce dal problema del sovraffollamento (*overcrowding*) del Pronto Soccorso, fenomeno ormai generalizzato in tutti i paesi industrializzati, specie nei centri urbani maggiori.

Stante l’elevata quota di personale arruolato con contratti a tempo determinato e con conseguente elevato turnover delle figure professionali addette al triage, si è avvertita l’esigenza, oltre a fornire un documento ufficiale per la *governance* del *triage*, di proporre un corso formativo a tutto il personale infermieristico operante nel nostro Pronto Soccorso che fosse da stimolo e da momento propedeutico determinante per il raggiungimento degli obiettivi e per il consolidamento dei concetti e delle informazioni riportate nel manuale.

Non appare superfluo sottolineare come la corretta effettuazione del triage alla porta del Pronto Soccorso non è solo fondata sulla conoscenza dei contenuti tecnico-scientifici riportati in questo manuale; ma su atteggiamenti e processi gestionali che devono essere integrati e supportati dalla esperienza lavorativa, dal buon senso, dalla buona pratica sanitaria e soprattutto dalla buona comunicazione con l’utenza: in altri termini *“il saper fare e il saper essere”* che in ogni caso tratteggiano un momento di riqualificazione della figura dell’infermiere in quanto operatore sanitario sganciato dalla figura del medico, consapevole della delicatezza del suo ruolo, nella piena autonomia operativa, forte delle sue conoscenze, della sua esperienza e soprattutto sicuro del gruppo di lavoro che lo sostiene.

Il documento redatto, contiene indicazioni che si ritengono appropriate nel paziente medio, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili e sulla scorta di indicazioni generali riguardanti le attività di Pronto Soccorso.

Esso non ha pertanto la finalità di sostituirsi al giudizio del professionista e l’adesione alla stessa non costituisce parimenti garanzia di un buon esito in ogni caso. Metodi alternativi di valutazione volti agli stessi fini che si discostino da quelli proposti in questo documento sono accettabili, se documentati.

L’adesione a queste indicazioni non costituisce in sé una garanzia dal punto di vista medico-legale.

I dati riportati sono stati desunti dalla banca telematica MEDLINE, dai siti internet specifici e dagli articoli di settore pubblicati su riviste con importante IF; nonché dalla letteratura recente inerente l’argomento.

GRUPPO DI LAVORO

Prof. Dr. Silvio LO BOSCO, Direttore Sanitario Aziendale Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Dr. Antonello SEMINERIO, Direttore Sanitario Distretto Ospedaliero AG1
Dr. Francesco FERRARA, Direttore del Dipartimento di Emergenza Distretto Ospedaliero AG1
Dr. Alfonso CAVALERI, Direttore incaricato UOC MCAU, Ospedale «San Giovanni di Dio» di Agrigento
Dr. Vincenzo SCATURRO, *Risk Manager* Aziendale, ASP di Agrigento
Dr.ssa Gabriella VELLA, Psicologa, UO Patologia Clinica Ospedale «San Giovanni di Dio» di Agrigento
Dr.ssa Elvira BONELLI, Responsabile del Servizio Infermieristico Distretto Ospedaliero AG1
Dr. Antonino VENEZIA, Responsabile del Servizio Infermieristico Distretto Ospedaliero AG2
Dr. Salvatore PANTALENA, Titolare posizione organizzativa Area di Emergenza AG1
Dr.ssa Calogera BARBERA, Titolare posizione organizzativa Area di Emergenza AG2
Giacchino LA MARCA, Infermiere, UOC MCAU, Ospedale «San Giovanni di Dio» di Agrigento
Roberto SPITALI, Infermiere, UOC MCAU, Ospedale «San Giovanni di Dio» di Agrigento

RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI

D.P.R. 27 marzo 1992: Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza (G.U. n. 76 del 31.03.1992)

Atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema d'emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992 - punto 3 funzione di triage (G.U. n.114 del 17.05.1996)

Accordo 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 ospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria" (G.U. n.285 del 07.12.2001)

Atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza urgenza" del 22 maggio 2003 (G.U. n.196 del 25.08.2003)

Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere D.M.S. n. 739 14 settembre 1994 (G.U. n. 6 del 09.01.1995) art. 1, comma 3

Legge 42 del 26 febbraio 1999: Disposizioni in materia di professioni sanitarie

DPCM 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"

Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, D.M. n°509 del 3 novembre 1999. G.U. n°2, 04.01.2000

Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, D.M. "Determinazione delle Classi delle Lauree Specialistiche Universitarie delle Professioni Sanitarie" del 2 aprile 2001.

Decreto Assessorato alla Sanità Regione Sicilia 17.06.2002.

Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione Sicilia

Decreto Assessoriale 18 ottobre 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 53 del 9 novembre 2007, con il quale sono state impartite le disposizioni per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero, codificate come codice bianco, e individuate le categorie dei soggetti esenti dalla compartecipazione (ticket), tenuto conto delle disposizioni nazionali e di quelle regionali

Decreto Assessoriale 22 febbraio 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 12 del 18 marzo 2011, con il quale sono state ridefinite le modalità operative di applicazione del ticket

Decreto Assessorato alla Sanità Regione Sicilia 25.03.2015.

Criteri per l'attribuzione dei codici bianchi alla dimissione dal Pronto Soccorso

OBBIETTIVI

Obbiettivo principale di questo manuale è quello di fornire indicazioni e conoscenze appropriate e consistenti per realizzare al meglio quanto contenuto nelle disposizioni di legge, in letteratura e soprattutto fornire risposte efficaci ed efficienti alle necessità di coloro che tutti i giorni si trovano a svolgere l'importante funzione di triage.

Obbiettivi secondari, che discendono da quanto sopra espresso, sono quelli di regolamentare delle procedure assistenziali di presa in carico e di gestione del paziente in Area d'Emergenza che permetta di:

- 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 Pronto Soccorso anche attraverso l'attivazione e l'inserimento del paziente nel percorso di valutazione e trattamento;
- D.** Sorvegliare le persone in attesa e rivalutare 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.

CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Le indicazioni e le procedure descritte in questo documento devono essere applicate in tutti i pazienti che si presentano al Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento; sono altresì destinate al personale di assistenza sanitaria (medici, coordinatori infermieristici ed infermieri) che operano presso il Pronto Soccorso della stessa Azienda.

sezione I: ASPETTI GENERALI DEL TRIAGE

1.1 GENERALITA' E DEFINIZIONI PRELIMINARI

Il Triage, dal francese *trier* (scegliere, mettere in fila), è stato definito come “l’arte di decidere la priorità di trattamento e l’evacuazione di più feriti dopo una rapida valutazione iniziale”.

Oggi il Triage è meglio definito come **“l’organizzazione di un primo filtro infermieristico che seleziona gli accessi alla visita medica in Pronto Soccorso, utilizzando come priorità un codice di gravità”**.

Nell’ambito del Pronto Soccorso, pertanto, nel momento della presa in carico, i pazienti vengono selezionati e classificati sulla base di criteri stabiliti per dare priorità a quelli con bisogni immediati e non in base all’ordine di arrivo.

Il personale di Triage (*triager*) è costituito da Infermieri opportunamente formati. **Il triager non deve formulare una diagnosi ma valutare le condizioni del paziente al momento dell’accoglimento e identificare i segni di possibile variazione dello stato clinico dello stesso a breve e/o medio termine.**

La valutazione infermieristica è basata sulla storia dell’evento e sulle condizioni cliniche del paziente ed è attuata attraverso un processo sistematico svolto in brevissimo tempo.

Il processo decisionale condiziona l’assistenza del paziente in attesa della visita medica e determina i tempi della rivalutazione del paziente.

Il modello di Triage è quello di TRIAGE GLOBALE, dove un infermiere specificatamente formato, con anzianità di servizio in Pronto Soccorso di almeno 6 mesi, sia presente costantemente nella zona di arrivo dei pazienti e valuti la gravità della situazione, attribuendo la priorità di accesso alla visita medica in base al sintomo/problema che il paziente presenta.

1.2 FASI DEL TRIAGE

L’effettuazione del triage globale prevede la effettuazione di 4 momenti fondamentali per la codifica del codice colore e di una ulteriore fase di rivalutazione dei parametri rilevati al momento della presa in carico, durante l’attesa per l’accesso alla visita medica (fase di post-triage).

1. VALUTAZIONE SULLA PORTA

L’obiettivo del triage “sulla porta” è quello di identificare immediatamente i pazienti in pericolo di vita, facendosi una idea generale sugli utenti che accedono in Pronto Soccorso, ottenendo brevemente delle informazioni minime indispensabili per l’attribuzione del codice di priorità.

Il *triager* deve prestare immediatamente attenzione ai pazienti con:

- compromissione delle funzioni vitali;
- disturbi cardiaci;
- compromissioni neurologiche;
- psicosi acute potenzialmente pericolose per sé o per gli altri;
- traumatismi di organi o apparati vitali;
- traumi da violenze fisiche o psicologiche.

In ogni caso il *triager* deve valutare nel paziente alcuni elementi fondamentali:

- l'aspetto generale;
- la pervietà delle vie aeree (*airways*);
- la funzione respiratoria (*breathing*);
- la funzione circolatoria (*circulation*);
- eventuali deficit neurologici o alterazioni dello stato di coscienza (*defibrillation, disability*)

2. RACCOLTA DEI DATI ANAGRAFICI E ANAMNESTICI

La raccolta dei dati viene definita come una intervista tesa ad ottenere un insieme di fatti e di informazioni riguardanti le condizioni di salute, le condizioni ambientali, familiari e sociali della persona, al fine di avere gli elementi necessari per identificare i problemi di salute. Sulla base di tutte queste informazioni è possibile assegnare un codice di priorità e quindi attuare un piano assistenziale.

Il *triager* deve eseguire una valutazione soggettiva ed oggettiva del paziente per realizzare i seguenti obiettivi:

- La identificazione del sintomo principale (segno sintomo guida = SSG), inteso come il problema di salute dominante (spesso l'unico) che ha indotto il paziente a rivolgersi al Pronto Soccorso. Le domande iniziali dovrebbero essere "aperte", in modo da non mettere sintomi in bocca al paziente e di permettergli di descriverli. Qualora egli non fosse in grado di comunicare, le informazioni possono essere riferite dagli eventuali parenti e/o accompagnatori o dal personale di soccorso extraospedaliero.
- La identificazione dell'evento presente

3. RILEVAZIONE DEI PARAMETRI VITALI E BREVE ESAME FISICO MIRATO

▪ Valutazione della funzione respiratoria

- Determinazione della frequenza respiratoria (FR)
- Rilievo della saturazione periferica di ossigeno (SpO₂)
- Riconcontro di eventuali anomalie della respirazione (polipnea, apnea, sibili, rantoli, tirage, cornage)
- Utilizzo dei muscoli accessori della respirazione (tirage, asimmetria del respiro, respiro paradossale)
- Rilievo del colorito della cute e delle mucose

▪ Valutazione della funzione circolatoria

- Determinazione della pressione arteriosa omerale sistolica e diastolica (PAS)
- Rilievo della frequenza cardiaca (FC)
- Rilievo del colorito della cute

▪ Valutazione della funzione neurologica

- Diametro pupillare
- Presenza di evidenti deficit neurologici focali
- Determinazione del Glasgow Coma Scale (GCS)

▪ Valutazione della gravità del dolore

- Rilievo della scala del dolore

4. ATTRIBUZIONE DEL CODICE COLORE

La definizione di ciascun codice è descritta nell'accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome relativo alle linee-guida sul sistema d'emergenza sanitaria concernenti il "triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria" (G.U. n.285 del 7.12.2001):

- **codice rosso:** molto critico, priorità massima, pazienti con compromissione delle funzioni vitali
- **codice giallo:** mediamente critico, priorità intermedia
- **codice verde:** poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili
- **codice bianco:** non critico, pazienti non urgenti.

I tempi di attesa ottimali per ciascun codice colore sono tratti da standard internazionali e sono così suddivisi:

- **codice rosso:** accesso immediato alle cure
- **codice giallo:** accesso entro 10-15 min.
- **codice verde:** accesso entro 30-60 min.
- **codice bianco:** accesso entro 60-120 min.

5. RIVALUTAZIONE

I pazienti in attesa della visita medica possono variare (migliorando a peggiorando) le proprie condizioni cliniche. Questa fase fa parte integrante del triage e la sua tempistica e frequenza è correlata al codice colore associato o a richiesta del paziente... (*Canadian Triage Acuity Scale*)

Tempistica per la rivalutazione del paziente in post-triage

CODICE GIALLO	CODICE VERDE	CODICE BIANCO
15 minuti	30 minuti	a richiesta del paziente

Le fasi del triage sono da eseguire in maniera consequenziale. In caso di grave peggioramento del paziente le fasi possono essere interrotte per accelerare l'inizio dei trattamenti.

1.3 IL RUOLO DECISIONALE DEL TRIAGER

Il *triager* nella sua funzione operativa può essere descritto come colui che è chiamato a compiere scelte decisionali rapide e precise e che riveste quindi, in un certo senso, un ruolo di “comando”.

Egli decide per due gruppi di persone:

- **per l'utenza**, stabilendo quali fra le persone afferenti al Pronto Soccorso sono prioritari rispetto ad altri e redigendo quindi una lista d'accesso;
- **per i membri della propria equipe**, indicando loro “chi è più grave di chi” e stabilendo quindi chi dovranno visitare per primo.

Questo ruolo pone l'operatore in una condizione di centralità nella gestione contemporanea di molteplici figure (pazienti, familiari, soccorritori, infermieri, medici, ...); perciò è indispensabile che, per il buon espletamento di questa funzione di comando, che vi sia da parte degli interlocutori il totale riconoscimento della funzione attribuita, nei suoi aspetti psicologici, di responsabilità e di potere decisionale.

Due sono le condizioni necessarie affinché questo si verifichi:

- **Riconoscimento istituzionale del ruolo**, soprattutto per quanto riguarda i rapporti con l'equipe, è indispensabile che vi sia il riconoscimento vero e proprio della funzione, istituzionalizzato, formalizzato e previsto dall'organizzazione;
- **Riconoscimento psicologico del ruolo**, attuato non con la sufficiente investitura istituzionale al ruolo, né tantomeno con l'autoritarismo; bensì con l'acquisizione della fiducia e della autorevolezza nei confronti dei fruitori del servizio (pazienti e colleghi di lavoro) in modo che sia loro possibile identificare chiaramente chi compie le scelte decisionali.

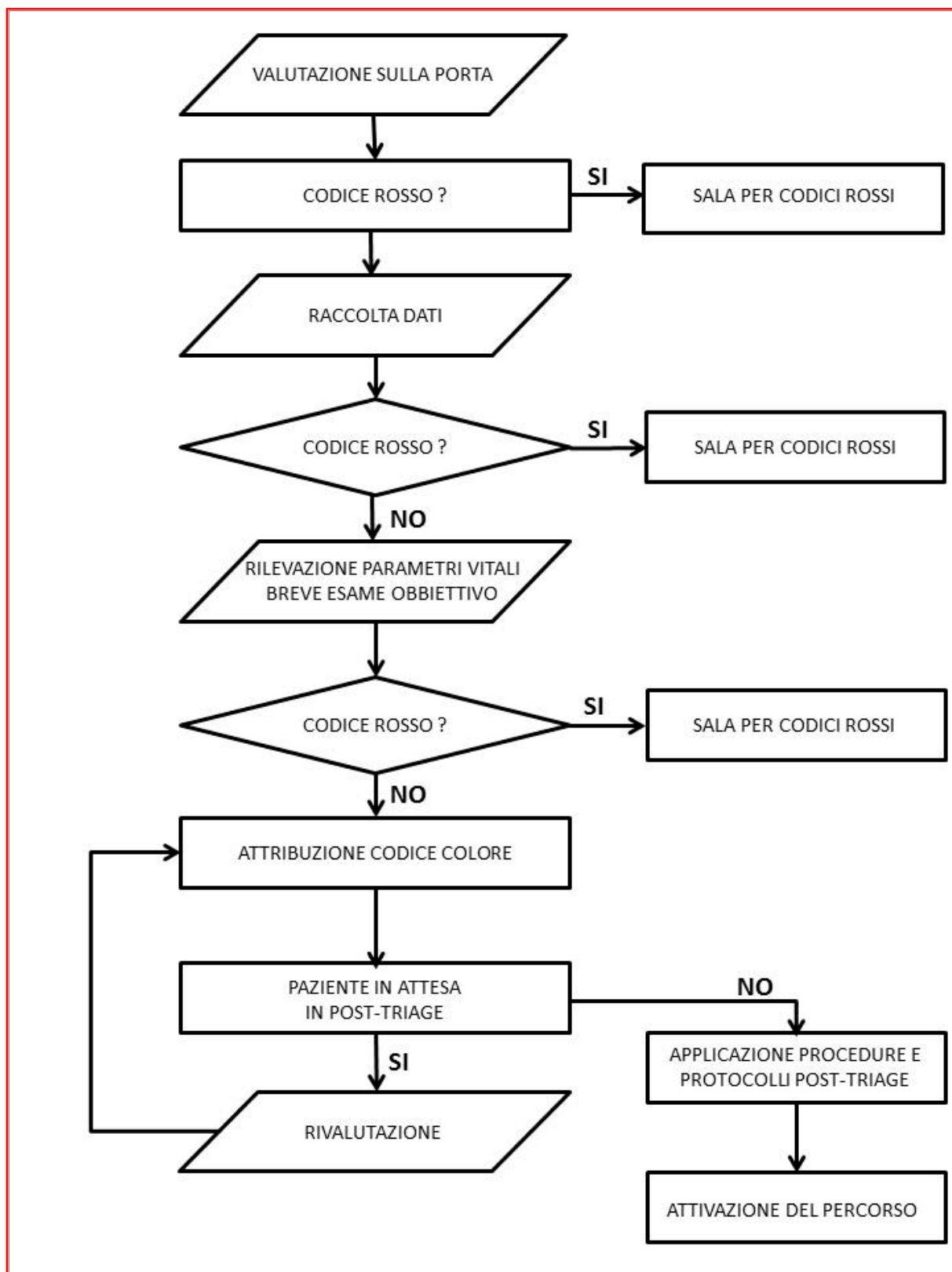
Nonostante il riconoscimento giuridico dell'autonomia professionale, la sudditanza psicologica, in anni e anni di operatività svolta in ausilio e in subordinazione alle decisioni mediche, hanno portato la professione dell'infermiere a soffrire di dipendenza nei confronti dei medici o di figure ritenute gerarchicamente superiori.

L'autonomia è però legata anche all'assunzione di responsabilità, spesso non desiderata dagli infermieri stessi.

In conclusione la funzione del triage del Pronto Soccorso è stata istituita proprio perché nel tempo si è visto che era indispensabile delegare a un operatore l'autonomia decisionale necessaria per effettuare uno screening sugli accessi, riconoscendo i casi più gravi in modo da consentire a medici e infermieri un'operatività più serena, tempestiva e pertinente.

Anche se tanta strada è stata percorsa, ne resta ancora tanta da percorrere. L'importante è saper continuare con gli strumenti giusti per il raggiungimento di una professionalità sempre più necessaria ed indispensabile all'interno di una struttura sanitaria.

1.4 ALGORITMO DI SINTESI DEL PROCESSO DI TRIAGE



1.5 SCALE UTILI PER LA VALUTAZIONE DEI PARAMETRI DI TRIAGE

Tab. 1 – Valori normali dei parametri vitali nell'adulto

PRESSIONE ARTERIOSA OMERALE SISTOLICA (PAO max)	80 - 140 mmHg
PRESSIONE ARTERIOSA OMERALE DIASTOLICA (PAO min)	60 - 80 mmHg
FREQUENZA CARDIACA (FC)	70 – 90 batt/min.
FREQUENZA RESPIRATORIA (FR)	14 – 16 atti/min.
GLASGOW COMA SCALE (GCS)	15
SATURAZIONE PERIFERICA DI OSSIGENO (SpO2)	90 - 100 %
TEMPERATURA CORPOREA (TC)	36° – 37° C

Tab. 2 – Scala di Glasgow per la determinazione del GCS nell'adulto (> 14 anni)

RISPOSTA MOTORIA	Al comando	6
	Localizza il dolore	5
	Si retrae al dolore	4
	Flette al dolore	3
	Estende al dolore	2
	Assente	1
RISPOSTA VERBALE	Orientata	5
	Confusa	4
	Inappropriata	3
	Incomprensibile	2
	Assente	1
APERTURA DEGLI OCCHI	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Assente	1

Tab. 3 – Scala di Glasgow per la determinazione del GCS nel bambino (< 14 anni)

APERTURA DEGLI OCCHI			
PUNTEGGIO	ETA' > 1 anno	ETA' < 1 anno	
4	Spontanea	Spontanea	
3	al comando	al rumore	
2	al dolore	al dolore	
1	nessuna risposta	nessuna risposta	
MIGLIORE RISPOSTA MOTORIA			
PUNTEGGIO	ETA' > 1 anno	ETA' < 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	nessuna risposta	nessuna risposta	
MIGLIORE RISPOSTA VERBALE			
PUNTEGGIO	ETA' > 5 anni	ETA' 2 - 5 anni	ETA' 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	agitato, suoni incomprensibili
1	nessuna risposta	nessuna risposta	nessuna risposta

Tab. 4 – Scala di Gorelick per la determinazione del grado di disidratazione del bambino

SEGNO CLINICO		PUNTEGGIO
occhi alonati		1
mucose visibili asciutte		1
pianto senza lacrime		1
pliche cutanee persistenti > 2 sec.		1
stato generale compromesso (sonnolenza, ipereccitabilità)		1
tempo di refill > 2 sec.		1
polso radiale debole		1
tachicardia in assenza di febbre > 150 batt/min.		1
tachipnea		1
oliguria		1
SCORE (1 punto per ogni segno presente)		
< 3 punti	DISIDRATAZIONE LIEVE (< 5%)	CODICE VERDE
3 – 5 punti	DISIDRATAZIONE MODERATA (5-8%)	CODICE GIALLO
6 – 10 punti	DISIDRATAZIONE GRAVE (≥ 9%)	CODICE ROSSO

Tab. 5 – Scala NRS (numerical rating scale) del dolore e relativa correzione del codice colore verso il rosso

intensità riferita del dolore (*)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
assente	accettabile			moderato			forte		insopportabile	

(*) Qualora il paziente non fosse collaborante può essere utilizzata la scala PAINAD

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)	
	PUNTEGGIO
1. Respirazione	
Normale	0
Respiro affannoso	1
Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	2
2. Vocalizzazione	
Nessun problema	0
Piatti occasionali o brontolii	1
Ripetuti urli o lamenti	2
3. Espressioni del volto	
Sorridente o inespressivo	0
Triste e/o ciglia aggrottate	1
Smorfie	2
4. Linguaggio del corpo	
Rilassato	0
Teso	1
Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire	2
5. Consolazione	
Nessun bisogno di essere consolato	0
Confuso e che cerca rassicurazione	1
Incapacità di distrazione e/o consolazione	2
TOTALE PAINAD	

SCALA PAINAD

per il rilievo del dolore percepito dal paziente con disturbi cognitivi o difficoltà di comunicazione

come riportato nello schema a fianco, tale metodica rileva la presenza di dolore, valutando 5 aree comportamentali ad esso collegate.

A ciascuno di questi comportamenti è attribuito un punteggio basato sulla osservazione del paziente, con una scala di valori da 0 a 2.

Il punteggio totale ottenuto può essere interpretato secondo la stessa modalità applicabile alla scala NRS

Il dolore è un sintomo soggettivo in grado di determinare reazioni emotive e comportamentali spesso imprevedibili: esso può essere di difficile interpretazione e per questo deve essere particolarmente attenzionato dal triager.

Il dolore viene definito come “una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un danno reale o potenziale dei tessuti”. Esso è l’insieme di ciò che sente e soffre il paziente, e la sua percezione è il risultato di eventi complessi che comprendono aspetti cognitivi ed emozionali.

Si tenga pertanto presente che **diventa impossibile o quanto meno estremamente difficile gestire oltre 10 minuti l’attesa di un paziente che abbia un dolore forte-moderato.**

I principi generali della valutazione clinica impongono al triager:

- di valutare il paziente secondo i principi generali e assegnare il codice colore;
- di credere ai disturbi lamentati dal paziente (il dolore è ciò che il paziente dice essere dolore)
- di valutare la intensità del dolore secondo la scala NRS (chiedere: da 0 a 10 quanto è forte il dolore?)
- di correggere verso il verde, giallo o il rosso codici colore inferiori (secondo la tabella 5 sopra riportata)

1.6 METODOLOGIA GENERALE DI ATTRIBUZIONE DEL CODICE COLORE NELL'ADULTO (> 14 anni)

CODICE ROSSO

Pazienti con pericolo di vita, nei quali è in atto la compromissione di almeno una delle tre funzioni vitali: COSCIENZA, RESPIRO e CIRCOLO.

VALUTAZIONE SULLA PORTA

- Paziente privo di coscienza e/o respiro e/o circolo
- Segni di allarme:
 - respirazione rumorosa
 - alterazioni dell'aspetto della cute (cute cianotica, pallida e sudata, marezzata)
 - incapacità a mantenere la stazione eretta

ATTENZIONE: I segni di allarme devono indurre al sospetto di codice rosso, che deve essere comunque confermato dalla determinazione dei parametri vitali.

RACCOLTA MIRATA DEI DATI ANAGRAFICI ED ANAMNESTICI

Domande specifiche devono essere rivolte al paziente in base alla patologia da cui è affetto.

RILEVAZIONE DEI PARAMETRI VITALI E BREVE ESAME FISICO MIRATO

L'alterazione di almeno uno dei parametri vitali, come indicato in tabella 7, sono segnali d'allarme per l'eventuale attribuzione di codice rosso: il tutto va rapportato sempre al contesto clinico del paziente.

Tab. 7 – Alterazioni dei parametri vitali suggestive per l'attribuzione di codice rosso nell'adulto

PRESSIONE ARTERIOSA OMERALE SISTOLICA (PAO max)	< 90 mmHg o > 250 mmHg
PRESSIONE ARTERIOSA OMERALE DIASTOLICA (PAO min)	> 130 mmHg
FREQUENZA CARDIACA (FC)	< 40 batt/min. o > 160 batt/min.
FREQUENZA RESPIRATORIA (FR)	< 10 atti/min. o > 34 atti/min.
GLASGOW COMA SCALE (GCS)	< 12
SATURAZIONE PERIFERICA DI OSSIGENO (SpO2)	< 86%
TEMPERATURA CORPOREA (TC)	< 35° C

ESEMPI DI SITUAZIONI CLINICHE SUGGERITIVE PER L'ATTRIBUZIONE DI CODICE ROSSO

- tutte le situazioni in cui di fatto è compromessa una delle tre grandi funzioni vitali
- convulsioni in atto
- cefalea acuta con deficit neurologici
- alterazioni dello stato di coscienza con rilievo anamnestico di esposizione a tossici/overdose.

RIVALUTAZIONE

Il codice rosso non prevede rivalutazione.

INTERVENTI ASSISTENZIALI

Il codice rosso entra immediatamente in sala per codici rossi (sala d'emergenza).

CODICE GIALLO

Pazienti in potenziale pericolo di vita, nei quali vi è minaccia di cedimento di una funzione vitale.

VALUTAZIONE SULLA PORTA

Il paziente può presentare i seguenti segni di allarme:

- Alterazioni della respirazione (sibili, rantoli, dispnea oggettiva)
- Alterazioni dell'aspetto della cute (cute pallida e sudata)
- Incapacità a mantenere la stazione eretta
- Difficoltà nell'eloquio e nella comprensione delle domande poste
- Evidenza clinica di uno stato di sofferenza

ATTENZIONE: Tali segni di allarme devono indurre alla determinazione immediata dei parametri vitali, i cui valori permettono una maggiore precisione nel corretto inquadramento dei pazienti. Non è da sottovalutare in questo processo l'istinto e il "colpo d'occhio" del triager esperto per l'individuazione di situazioni di emergenza/urgenza, anche a parametri vitali normali. In ogni caso, il tutto va rapportato sempre al contesto clinico del paziente.

RACCOLTA MIRATA DEI DATI ANAGRAFICI ED ANAMNESTICI

Domande specifiche devono essere rivolte al paziente in base alla patologia da cui è affetto.

RILEVAZIONE DEI PARAMETRI VITALI E BREVE ESAME FISICO MIRATO

L'attribuzione del codice giallo, fa riferimento alla alterazione di almeno uno dei parametri vitali, come indicato in tabella 8; si ricorda però che essi vanno sempre rapportati al contesto clinico del paziente (demenza, BPCO...).

Tab. 8 – Alterazioni dei parametri vitali suggestive per l'attribuzione di codice giallo nell'adulto

PRESSIONE ARTERIOSA OMERALE SISTOLICA (PAO max)	180 - 250 mmHg
PRESSIONE ARTERIOSA OMERALE DIASTOLICA (PAO min)	120 - 130 mmHg
FREQUENZA CARDIACA (FC)	40-60 batt/min. o 110- 160 batt/min. o aritmia
FREQUENZA RESPIRATORIA (FR)	25 – 33 atti/min.
GLASGOW COMA SCALE (GCS)	12 - 14
SATURAZIONE PERIFERICA DI OSSIGENO (SpO2)	86 – 90 %
TEMPERATURA CORPOREA (TC)	35° - 35.5° C o > 39° C
SCALA DEL DOLORE	grado > 3

ESEMPI DI SITUAZIONI CLINICHE SUGGERITIVE PER L'ATTRIBUZIONE DI CODICE GIALLO

- Cefalea acuta senza segni neurologici in paziente senza storia di cefalea
- Assunzione incongrua di farmaci e/o di tossici
- Dolore addominale di III grado della scala del dolore
- Dolore toracico
- Deficit neurologico focale
- Ritenzione acuta di urina
- Ematemesi, melena, emoftoe in atto
- Epistassi massiva in atto
- Reazione allergica insorta da meno di 30 minuti (rash cutaneo, angioedema)

RIVALUTAZIONE

Deve essere effettuata ogni 15 minuti o in base al giudizio del triager.

INTERVENTI ASSISTENZIALI

- Accesso alla visita medica entro 15 minuti; se non possibile, e se ritenuto necessario:
 - Posizionare il paziente in barella
 - Reperire un accesso venoso periferico
 - Effettuare i prelievi per esami di routine (emocromo, profilo di accesso, coagulazione, emogruppo)
 - Eseguire atti e procedure previste dalle linee di indirizzo per ogni singola patologia

CODICE VERDE

Pazienti che non presentano compromissione significativa dei parametri vitali, che non appaiono particolarmente sofferenti e per i quali è estremamente improbabile un peggioramento del quadro clinico.

VALUTAZIONE SULLA PORTA

Il paziente è solitamente vigile, eupnoico, con colorito cutaneo normale.

RACCOLTA MIRATA DEI DATI ANAGRAFICI ED ANAMNESTICI

Domande specifiche devono essere rivolte al paziente in base alla patologia da cui è affetto.

RILEVAZIONE DEI PARAMETRI VITALI E BREVE ESAME FISICO MIRATO

I parametri vitali si presentano normali, e comunque compresi nei valori indicati in tabella 9.

Tab. 9 – Alterazioni dei valori dei parametri vitali nell'adulto, suggestivi per l'attribuzione di codice verde

PRESSIONE ARTERIOSA OMERALE SISTOLICA (PAO max)	90 - 180 mmHg
PRESSIONE ARTERIOSA OMERALE DIASTOLICA (PAO min)	< 120 mmHg
FREQUENZA CARDIACA (FC)	60 – 110 batt/min.
FREQUENZA RESPIRATORIA (FR)	10 – 24 atti/min.
GLASGOW COMA SCALE (GCS)	15
SATURAZIONE PERIFERICA DI OSSIGENO (SpO ₂)	90 - 99 %
TEMPERATURA CORPOREA (TC)	35.5° – 39.5° C
SCALA DEL DOLORE	grado 1 - 3

ESEMPI DI SITUAZIONI CLINICHE SUGGERITIVE PER L'ATTRIBUZIONE DI CODICE VERDE

- Cefalea senza segni neurologici in paziente con storia di cefalea
- Riferita melena (se datata > 24 h)
- Riferita emoftoe
- Epistassi moderata o riferita
- Reazione allergica insorta da oltre 12 ore e senza disturbi respiratori (rash cutaneo)

RIVALUTAZIONE

Deve essere effettuata ogni 30 minuti o in base al giudizio del triager.

INTERVENTI ASSISTENZIALI

- Accesso alla visita medica entro 30 minuti; se non possibile, e se ritenuto necessario:
 - Tranquillizzare il paziente
 - Mostrare massima disponibilità durante l'attesa
 - Effettuare la rivalutazione anche a richiesta
 - Eseguire atti e procedure previste dalle linee di indirizzo per ogni singola patologia

CODICE BIANCO

Pazienti che richiedono prestazioni sanitarie che non rivestono alcun carattere di urgenza e per le quali potrebbero essere presi in considerazione percorsi sanitari alternativi (ambulatorio di medicina di base, poliambulatori ...).

Per le prestazioni sanitarie di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (*"Codici Bianchi"*), l'Assessorato della Salute, con nota Assessoriale n. 1 del 2 gennaio 2007 (Dipartimento Regionale Assistenza Sanitaria ed Ospedaliera) e successivamente con DECRETO 18 ottobre 2007 *"Applicazione del ticket a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 296/2006 (Finanziaria dello Stato per l'anno 2007) per prestazioni di Pronto soccorso"* (in GURS N. 53 suppl. del 9 novembre 2007) e DECRETO 22 febbraio 2011 *"Integrazione e modifica del decreto 18 ottobre 2007, concernente applicazione del ticket a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 296/2006 (Finanziaria dello Stato per l'anno 2007) per prestazioni di Pronto soccorso"* (in GURS N° 12 parte I del 18 marzo 2011), ha fornito le disposizioni sulla compartecipazione alla spesa sanitaria a carico dei cittadini, assoggettandole al pagamento di un ticket.

Il processo assistenziale di tali pazienti è stato ulteriormente normato dall'Assessorato Regionale della Salute con il D.A. 25.03.2015 *"Criteri per l'attribuzione dei codici bianchi alla dimissione dal pronto soccorso"*, pubblicato nella GURS n. 15 parte I del 10 aprile 2015.

I pazienti che presentano caratteristiche assimilabili a codice bianco, vanno inviate all'apposito ambulatorio per codici bianchi (se attivo); oppure messi in attesa informando gli stessi che la erogazione di queste prestazioni potrebbe comportare tempi particolarmente lunghi e che è più conveniente rivolgersi al proprio medico di famiglia. In ogni caso occorre informare il paziente delle disposizioni di legge che prevedono il pagamento di un ticket.

VALUTAZIONE SULLA PORTA

Il paziente è solitamente in apparenti buone condizioni generali.

RACCOLTA MIRATA DEI DATI ANAGRAFICI ED ANAMNESTICI

Domande specifiche devono essere rivolte al paziente in base alla patologia da cui è affetto.

RILEVAZIONE DEI PARAMETRI VITALI E BREVE ESAME FISICO MIRATO

I parametri vitali non vanno necessariamente rilevati. Secondariamente al problema sanitario manifestato dal paziente può essere richiesto il controllo di uno o più parametri.

Tab. 8 – Valori normali dei parametri vitali nell'adulto, usuali nella attribuzione del codice bianco

PRESSIONE ARTERIOSA OMERALE SISTOLICA (PAO max)	80 - 140 mmHg
PRESSIONE ARTERIOSA OMERALE DIASTOLICA (PAO min)	60 - 80 mmHg
FREQUENZA CARDIACA (FC)	70 – 90 batt/min.
FREQUENZA RESPIRATORIA (FR)	14 – 16 atti/min.
GLASGOW COMA SCALE (GCS)	15
SATURAZIONE PERIFERICA DI OSSIGENO (SpO2)	90 - 100 %
TEMPERATURA CORPOREA (TC)	36° – 37° C
SCALA DEL DOLORE	grado 1

ESEMPI DI SITUAZIONI CLINICHE SUGGERITIVE PER L'ATTRIBUZIONE DI CODICE BIANCO

- Febbricola datata (oltre le 24 h)
- Dolore articolare in artrosico noto
- Lomalgie e rachialgie non traumatiche
- Contusioni e distorsioni minori (senza frattura o lussazione)
- Colpi di frusta cervicali e distorsioni lombari di modesta entità (senza frattura o alterazioni neurologiche) o dopo le dodici ore;
- Traumatismi minori causati da dinamiche semplici e non pericolose
- Punture di insetto senza reazioni generalizzate sistemiche, e senza alterazione dei parametri vitali e/o anamnesi allergica
- *Rash* cutanei iatrogeni e orticaria di modesta entità

- Dermatiti superficiali, prurito diffuso senza manifestazioni cutanee generalizzate, verruche, nevi, herpes simplex, micosi, foruncolosi, cisti sebacee con o senza flogosi, paterecci ed unghie incarnite, alopecia, eritema solare o da lampada, idrosadenite, cisti pilonidale, malattia a trasmissione sessuale, parassitosi cutanea
- Malattie esantematiche e tumefazione linfonodale non complicata
- Ustioni di primo grado di estensione limitata
- Ferite superficiali che non necessitano di sutura ed esiti di ferita, abrasioni, rimozione punti di sutura e medicazioni
- Congiuntivite, patologia palpebrale e degli annessi oculari, escluso corpo estraneo
- Otitis, acufeni, riniti, faringo-tonsilliti ed altre flogosi minori di interesse ORL; tappi di cerume, epistassi pregressa e non in terapia anticoagulante, epistassi modeste
- Odontalgia, stomatiti, gengiviti, afte, odontalgia od otalgia acuta
- Patologie ginecologiche minori; test gravidici di esclusione; metrorragia senza alterazione dei parametri vitali
- Uretriti, vaginiti, cistiti, sostituzione di catetere vescicale
- Gastroenteriti acute non complicate; Dolori addominali o colica addominale presenti da alcuni giorni in assenza di peritonismo
- Sindrome dispeptica, singhiozzo, stipsi cronica, sindrome emorroidaria, ematemesi e melena pregressa in assistito asintomatico
- Vomito e diarrea in soggetti giovani senza alterazioni dei parametri vitali
- Sindromi influenzali; febbre inferiore a 38 °C senza complicanze
- Rialzo pressorio asintomatico
- Ansia
- Richiesta di vaccinazione antitetanica
- Richieste di visite mediche preventive o di esami di laboratorio e radiologici in assenza di motivazioni specifiche
- Cefalea senza segni neurologici in assistito cefalalgico noto
- Vertigini senza segni neurologici

RIVALUTAZIONE

Deve essere effettuata a richiesta del paziente o in base al giudizio del triager.

INTERVENTI ASSISTENZIALI

- Spiegare al paziente le procedure previste per l'accesso dei codici bianchi, con particolare riguardo ai meccanismi inerenti l'attesa e il pagamento del ticket
- Predisporre l'apposito modulo di pagamento o esenzione del ticket
- Mostrare massima disponibilità durante l'attesa
- Effettuare la rivalutazione solo a richiesta
- Eseguire atti e procedure previste dalle linee di indirizzo per ogni singola patologia

1.7 METODOLOGIA GENERALE DI ATTRIBUZIONE DEL CODICE COLORE NEL BAMBINO (< 14 anni)

tab. 9 - Valori normali dei parametri vitali pediatrici

	FC (veglia)	FC (sonno)	FR	PA sistolica	PA diastolica	SpO2
NEONATO	100-180	80-160	40-60	60-90	20-60	96-100%
LATTANTE (6 mesi)	100-160	75-160	30-60	87-105	53-66	
INFANZIA (1 - 6 anni)	70-100	60-90	22-34	96-110	55-70	
ETA' SCOLARE (7 - 14 anni)	65-110	60-90	18-30	97-112	57-71	

tab. 10 – Funzioni vitali e segni clinici di allarme nel bambino

FUNZIONE	PARAMETRI VITALI, SEGNI E SINTOMI	CODICE COLORE
NEUROLOGICA	- Non risponde a stimoli verbali o tattili - Convulsioni in atto - GCS $\leq$ 8	ROSSO
	- Scarsa reattività - GCS 9 – 12 - Storia di convulsioni $\leq$ 12 ore	GIALLO
RESPIRATORIA	- Grave distress respiratorio (rientramenti marcati, alitamento pinne nasali, silenzio respiratorio, ridotta espansione toracica) - FR > 80 atti/min. (NEONATO) - FR > 60 atti/min. - FR < 15 atti/min. - Cianosi a riposo - SpO2 < 90% - Apnee > 10 sec. - Agitazione o letargia (segni di ipossiemia o ipercapnia)	ROSSO
	- Moderato distress respiratorio (rientramenti, stridori o sibili) - FR 40 – 60 atti/min. - SpO2 90 – 94% - Cianosi durante il pianto	GIALLO
CARDIOCIRCOLATORIA	- Agitazione, letargia, coma (segni di ipoperfusione cerebrale) - FC > 180 batt/min. o < 80 batt/min. in $\leq$ 5 aa. - FC > 160 batt/min. o < 60 batt/min. in > 5 aa. - PAO < 60 mmHg (< 6 aa.) o < 90 mmHg (> 6 aa.) - Tempo di refill(*) > 4 sec. (in normotermia)	ROSSO
	- FC > 180 batt/min. in $\leq$ 5 aa. con PAO normale - FC > 160 batt/min. in > 5 aa. con PAO normale - Tempo di refill(*) > 2 sec. (in normotermia) - Cute pallida, sudata, cianotica o marezzata	GIALLO

(*) Tempo di ricapillarizzazione necessario alla cute del torace a livello presternale per riacquistare il colorito roseo, dopo una pressione applicata con un dito per 5 secondi. I valori di FC e FR espressi nelle tabelle sono riferiti a bambini afebrili, che non piangono.

Nel bambino, sono in ogni caso ritenuti segni clinici di allarme:

- Apnea > 10 sec., Tachipnea con FR > 60 atti/min.
- Respiro agonico, distress respiratorio grave
- SpO2 < 90% in aria ambiente
- Cianosi con estremità fredde e marezzate
- Polsi periferici flebili o assenti
- Riempimento capillare > 4 sec. in paziente normotermico
- Punteggio GCS < 12
- Pupille anisocoriche o non reagenti
- Convulsioni in atto
- Glukotest rapido < 40 mg/100 dl. o > 300 mg/dl

sezione II: PRINCIPALI QUADRI SINDROMICI DI TRIAGE

2.1 ALTERAZIONI DELLA TEMPERATURA CORPOREA NELL'ADULTO

IPOTERMIA (< 35°) ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO ALMENO UN SEGNO DI ALLARME ALMENO UN FATTORE DI RISCHIO AGGIUNTIVO	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO ASSENZA DI SEGNI DI ALLARME CEFALEA SEVERA ETA' > 65 ANNI PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO AGGIUNTIVI	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE INSORGENZA DA MENO DI 48 ORE ASSENZA DI FATTORI DI RISCHIO AGGIUNTIVI ALTERAZIONI CUTANEE	VERDE
NORMALITA' DEI PARAMETRI VITALI DI BASE INSORGENZA OLTRE LE 48 ORE	BIANCO
SEGNI DI ALLARME	
ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA IPOTENSIONE ARTERIOSA MAREZZATURE DELLA CUTE E PRESENZA DI PETECCHIE	CEFALEA, RIGIDITA' NUCALE DISPNEA E/O ALTERAZIONE DI SPO2 (< 86%) TEMPERATURA CORPOREA < 35° O > 39.5° C
FATTORI DI RISCHIO AGGIUNTIVO	
TERAPIA CON NEUROLETTICI E TC > 38° C ETA' > 65 ANNI	IMMUNODEPRESSIONE (HIV, DIABETE, TUMORI, SPLENECTOMIA)

2.2 FEBBRE NEL BAMBINO < 3 MESI

IPERTERMIA (> 38°) ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO DISIDRATAZIONE SEVERA (6-10 DELLA SCALA DI GORELICK) PRESENZA DI PETECCHIE O DI RASH CUTANEO PURPUREO	ROSSO
IPERTERMIA (> 38°) ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO DISIDRATAZIONE MODERATA (3-5 DELLA SCALA DI GORELICK) FONTANELLA ANTERIORE "BOMBEE" PIANTO FLEBILE, IRRITABILITA' INCONSOLABILE ETA' < 1 MESE CONVULSIONE RECENTE (< 12 ORE) ANAMNESI POSITIVA PER TUMORI O DEFICIT IMMUNITARI	GIALLO
IPERTERMIA (> 38°) IRRITABILITA' EVIDENTE, MA CONSOLABILE DISIDRATAZIONE LIEVE (< 3 DELLA SCALA DI GORELICK) CONVULSIONE NON RECENTE (> 12 ORE)	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

2.3 FEBBRE NEL BAMBINO > 3 MESI

IPERTERMIA (> 39°) ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO DISIDRATAZIONE SEVERA (6-10 DELLA SCALA DI GORELICK) PRESENZA DI PETECCHIE O DI RASH CUTANEO PURPUREO	ROSSO
IPERTERMIA (> 39°) ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO DISIDRATAZIONE MODERATA (3-5 DELLA SCALA DI GORELICK) FONTANELLA ANTERIORE "BOMBEE" PIANTO FLEBILE O LAMENTOSO, IRRITABILITA' INCONSOLABILE CONVULSIONE RECENTE (< 12 ORE) ANAMNESI POSITIVA PER TUMORI O DEFICIT IMMUNITARI	GIALLO
IPERTERMIA (> 38°) DISIDRATAZIONE LIEVE (< 3 DELLA SCALA DI GORELICK) CONVULSIONE NON RECENTE (> 12 ORE)	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

2.4 ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA ASSOCIATA AD IPER- O IPO-TERMIA CONVULSIONI IN ATTO AGGRESSIVITA' NON CONTROLLABILE PRESENZA DI DEFICIT NEUROLOGICI	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO STATO POST-CRITICO PSICOSI ACUTA CONTROLLABILE (delirio, allucinazioni, turbe ideative o affettive) AGITAZIONE PSICOMOTORIA FOBIE O PANICO NON CONTROLLABILE	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE FOBIE O PANICO CONTROLLABILE ALTERAZIONI CRONICHE DELLO STATO DI COSCIENZA	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO
POSSIBILI CAUSE DI ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA	
ARITMIA INFARTO DEL MIOCARDIO RECENTE INSUFFICIENZA CARDIACA ANEMIA INTOSSICAZIONE DA MONOSSIDO DI CARBONIO EMBOLIA POLMONARE ALTERAZIONE DELL'EQUILIBRIO ACIDO-BASE ALTERAZIONE DELL'EQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO IPER-, IPO-TIROIDISMO IPOGLICEMIA COMA DIABETICO IPO-, IPER-TERMIA, COLPO DI CALORE	IPERTENSIONE ENDOCRANICA (tumori, idrocefalo) EPILESSIA EMORRAGIA CEREBRALE O SUBARACNOIDEA EMATOMA SUB- O EPI-DURALE MENINGITE, ENCEFALITE STATO MANIACALE ACUTO PSICOSI SCHIZOFRENICA, DISTURBO DELIRANTE ATTACCO DI PANICO AVVELENAMENTO (da sostanze d'abuso, da farmaci) INSUFFICIENZA D'ORGANO (rene, polmone, fegato) STATO SETTICO STATO CACHETTICO

2.5 SINCOPE NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO PRESENZA DI SEGNI DI ALLARME	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO ANAMNESI DI PERDITA DI COSCIENZA CON PRESENZA DI PATOLOGIE GRAVI	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE RIFERITO EPISODIO DI PERDITA DI COSCIENZA ENTRO 24 ORE RIFERITO EPISODIO DI PRESINCOPE CON PRESENZA DI PATOLOGIE GRAVI	VERDE
RIFERITO EPISODIO DI PERDITA DI COSCIENZA OLTRE LE 24 ORE IN ASSENZA DI CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DI UN CODICE SUPERIORE	BIANCO
SEGNI DI ALLARME	
DISPNEA DOLORE TORACICO E/O ARTI SUPERIORI	DOLORE ADDOMINALE IN ETA' SENILE PERDITE EMATICHE
FATTORI DI RISCHIO AGGIUNTIVO	
INCONTINENZA DEGLI SFINTERI IPERTENSIONE ARTERIOSA RECENTE INTERVENTO PELVICO PRESENZA DI APPARECCHIO GESSATO AGLI ARTI INF.	EVIDENZA DI DEFICIT NEUROLOGICO O CEFALEA TRAUMA CRANICO, TORACICO O ADDOMINALE TROMBOSI VENOSA PROFONDA PREGRESSA CONVULSIONE O PRESENZA DI MORSUS

2.6 VERTIGINI NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO DISTURBI DELLA DEAMBULAZIONE, DISFONIA, DISFAGIA, CEFALEA VOMITO, SUDORAZIONE IN ATTO PRESENZA DI DEFICIT MOTORI O DI PARALISI DEL FACIALE	GIALLO
ALTERAZIONE DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE VERTIGINE IN ATTO ETA' INFERIORE A 60 ANNI	VERDE
VERTIGINE RIFERITA ASSENZA DI CRITERI PER ASSEGNAZIONE DI CODICE DIVERSO	BIANCO

2.7 CEFALEA NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO PRESENZA DI SEGNI DI ALLARME	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO CARATTERISTICHE O MODALITA' DIVERSE DAGLI EPISODI PRECEDENTI PRESENZA DI FEBBRE O VOMITO DOLORE SEVERO (LIVELLO 3)	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE STORIA DI CEFALEA, CARATTERISTICHE NOTE STORIA DI PROCESSI INFIAMMATORI (TRIGEMINITE, SINUSITE ...) DOLORE LIEVE O MODERATO (LIVELLO 1-2)	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO
SEGNI DI ALLARME	
PRIMO EPISODIO AD ESORDIO IMPROVVISO DIVERSA MODALITA' DI INSORGENZA in cefalea nota IPERTERMIA VOMITO A GETTO, non correlato all'assunzione di cibo	ESORDIO O ACUTIZZAZIONE A SEGUITO DI SFORZO ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA SEGNI NEUROLOGICI FOCALI, MENINGISMO

2.8 CEFALEA NEL BAMBINO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO PRESENZA DI SEGNI NEUROLOGICI MOTORI E SENSORIALI CEFALIA FORTEMENTE INVALIDANTE STATO SOPOROSO, CONFUSIONE RIGIDITA' NUCALE E ALTRI SEGNI MENINGEI	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO PRESENZA DI FEBBRE PRESENZA DI IPERTENSIONE ARTERIOSA DIFFICOLTA' AD INTERAGIRE, INCAPACITA' AD ESEGUIRE COMANDI SEMPLICI DOLORE SEVERO (LIVELLO 3) CONVULSIONI RECENTI (DA MENO DI 12 ORE) ASSOCIAZIONE DI GRAVI DISTURBI VISIVI O DI DEFICIT MOTORI O SENSORIALI	GIALLO
DOLORE LIEVE O MODERATO (LIVELLO 1-2) CONVULSIONI NON RECENTI (OLTRE LE 12 ORE)	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

2.9 SINDROMI NEUROLOGICHE ACUTE NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO CONVULSIONI CEFALEA, VOMITO STATO SOPOROSO, CONFUSIONE RIGIDITA' NUCALE, DECUBITO A "CANE DI FUCILE" PRESENZA DI SEGNI NEUROLOGICI COME DA TABELLA SOTTOSTANTE INSORGENZA DEI SINTOMI DA MENO DI 6 ORE	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO PRESENZA DI SEGNI NEUROLOGICI COME DA TABELLA SOTTOSTANTE INSORGENZA DEI SINTOMI DA 6 A 24 ORE	GIALLO
PRESENZA DI SEGNI NEUROLOGICI COME DA TABELLA SOTTOSTANTE INSORGENZA DEI SINTOMI DA OLTRE 24 ORE	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

TABELLA 1: CINCINNATI PRE-HOSPITAL STROKE SCALE (CSS)		
PARESI FACCIALE	Chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti e controllare:	se entrambi i lati della faccia si muovono ugualmente (normale)
		Se un lato si muove diversamente dall'altro (patologico)
DEFICIT MOTORIO DEGLI ARTI SUPERIORI	Chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10 secondi mentre tiene gli occhi chiusi e controllare:	se gli arti si muovono alla stessa maniera (normale)
		Se uno degli arti cade o si muove diversamente dall'altro (patologico)
ANOMALIE DEL LINGUAGGIO E DELL'ORIENTAMENTO spazio/tempo	Fare delle domande al paziente (come si chiama?, quando è nato?, che giorno è?, dove si trova?) e controllare:	se risponde coerentemente e parla in maniera fluente (normale)
		Se risponde in maniera non coerente, se strascica le parole e è incapace di parlare
CHIEDERE SEMPRE AI FAMILIARI SE EVENTUALI ANOMALIE RISCONTRATE SONO PREESISTENTI		

**IN PRESENZA DI ALMENO UNO DI QUESTI SEGNI BISOGNA SOSPETTARE
UN EVENTO CEREBROVASCOLARE ACUTO**

2.10 AGITAZIONE PSICOMOTORIA NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO AGITAZIONE CON AGGRESSIVITA' TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO TENTATO SUICIDIO	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO ALTERAZIONI DELIRANTI DEL PENSIERO DISORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE RECENTE TRAUMA CRANICO RISCHIO DI SUICIDIO	GIALLO
STATO DI ANSIA FOBIA O PANICO CONTROLLABILE	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

CAUSE ORGANICHE DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA	
SQUILIBRI METABOLICI	Ipossia, ipoglicemia, epatopatie, nefropatie, tossicosi e crisi di astinenza
MALATTIE INFETTIVE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE	Encefaliti, meningiti
MALATTIE NEUROLOGICHE	Encefalopatia ipertensiva o arteriosclerotica, o tipo Alzheimer, epilessia nelle fasi post-critiche, traumi cranici
FARMACI	Corticosteroidi, estroprogestinici, ormoni tiroidei, indometacina, fenilbutazione, acido acetilsalicylico, reserpina, metildopa, digitalici, farmaci dopaminergici, anticolinergici, anoressizzanti
SOSTANZE D'ABUSO	Alcool e droghe

2.11 Pianto nel bambino

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO PIANTO NEL NEONATO PIANTO LAMENTOSO, FLEBILE, INCONSOLABILE RIGIDITA' NUCALE E/O FONTANELLA ANTERIORE "BOMBEE"	GIALLO
PIANTO CONSOLABILE OTALGIA	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

2.12 Convulsioni nel bambino

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO CONVULSIONE IN ATTO CONVULSIONE CON PAZIENTE IN STATO POST-CRITICO	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO CONVULSIONE RECENTE (meno di 12 ore) STORIA DI RECENTE TRAUMA CRANICO	GIALLO
CONVULSIONE NON RECENTE (oltre 12 ore)	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

2.13 DISPNEA NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO PRESENZA DI SINTOMI O SEGNI CLINICI DI OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DOLORE TORACICO	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO STATO DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA EMOFTOE IN ATTO	GIALLO
TUTTE LE CONDIZIONI CLINICHE CHE ESCLUDONO L'ATTRIBUZIONE DI CODICE ROSSO O GIALLO	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

TABELLA 1: TIPOLOGIE DI DISPNEA, SINTOMI ASSOCIATI E POSSIBILI CAUSE

DISPNEA	SINTOMI ASSOCIATI	POSSIBILI CAUSE
a riposo	stridore (cornage), respirazione rumorosa, rientramenti della fossa sovraclaveare e del giugulo (tirage)	ostruzione acuta delle vie aeree crisi asmatica
a riposo	respirazione rumorosa, suforazione, pallore o cianosi, emoftoe	malattie cardiache malattie polmonari
da sforzo	sudorazione, cianosi	malattie cardiache malattie polmonari
ortopnea (insorge con il decubito supino)	tosse con scarso espettorato rosato e schiumoso, sonno solo con cuscini, malattie polmonari croniche	malattie cardiache malattie polmonari
dispnea atipica	elevata frequenza degli atti respiratori difficoltà a completare una inspirazione profonda	alterazioni psichiche

2.14 URGENZE RESPIRATORIE NEL BAMBINO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO DISFAGIA, DISFONIA, SCIALORREA AGITAZIONE, LETARGIA (SEGNI DI IPOSSIA E DI IPERCAPNIA) INALAZIONE DI FUMI (INCENDIO, LUOGHI CHIUSI E RISCALDATI...) EPISODIO DI SOFFOCAMENTO DA INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO EPISODIO DI APNEA, RIFERITO EPISODIO DI CIANOSI RIFERITO EPISODIO DI CIANOSI DURANTE IL PIANTO POSSIBILE INGESTIONE DI SOSTANZA TOSSICA	GIALLO
TOSSE PERSISTENTE INSORTA ACUTAMENTE, PARAMETRI RESPIRATORI NORMALI DOLORE TORACICO	VERDE
NORMALITA' DEI PARAMETRI VITALI DI BASE RINORREA, CONGESTIONE NASALE ASSENZA DI DISIDRATAZIONE TOSSE CRONICA (INSORTA DA PIU' DI 3 SETTIMANE)	BIANCO

2.15 CARDIOPALMO NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO TACHICARDIA E SINTOMI ASSOCIATI (sudorazione algida, dispnea, pallore cutaneo) BRADICARDIA E SINTOMI ASSOCIATI (sudorazione algida, dispnea, pallore cutaneo)	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE VERDE	VERDE
NORMALITA' DEI PARAMETRI VITALI DI BASE RIFERITO CARDIOPALMO DA OLTRE 24 h, SENZA ALTERAZIONI DEL RITMO ASSENZA DI SEGNI E SINTOMI ASSOCIATI ASSENZA DI PATOLOGIE CORRELABILI ALLA ALTERAZIONE DEL RITMO CARDIACO	BIANCO

attenzione!!! Attenzione!!! Attenzione!!! Attenzione!!! Attenzione!!! Attenzione!!! Attenzione!!!

I CRITERI RIPORTATI NELLA SEZIONE GENERALE, NELLE TABELLE DEI PARAMETRI ALTERATI RIGUARDANTI LA FREQUENZA CARDIACA PER CIASCUN CODICE COLORE, HANNO VALENZA MAGGIORE (CON ELEVAZIONE DEL CODICE DI PRIORITA') SE ASSOCIATI AD ALMENO UNO DEI SINTOMI SEGUENTI: DOLORE TORACICO, SINCOPE, DISPNEA, ALTERAZIONE DELLO STATO MENTALE

2.16 CRISI IPERTENSIVA NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO SEGNI DI DISFUNZIONE O DANNO D'ORGANO SEGNI DI ECLAMPSIA	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO PAD $\geq$ 90 mmHg e PAS $\geq$ 160 mmHg nelle gravide dopo la 20.a settimana	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE VERDE	VERDE
RIFERITI AUMENTI DELLA PRESSIONE ARTERIOSA RICHIESTA DI CONTROLLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	BIANCO

SINTOMI E SEGNI FREQUENTI NELLA IPERTENSIONE ARTERIOSA	
SISTEMA O APPARATO	SINTOMI O SEGNI
sistema nervoso centrale	Evidenti deficit neurologici Nausea, vertigini, deficit visivi Alterazioni dello stato di coscienza
sistema cardiovascolare	Dolore toracico, alterazione dei polsi periferici Dispnea, rumori respiratori Palpitazioni, disturbi del ritmo
apparato renale	Oligo-anuria

2.17 DOLORE TORACICO NON TRAUMATICO NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO PRESENZA DI ALMENO 1 DEI SEGNI DELLA TABELLA 1	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO DOLORE TIPICO O ATIPICO CON PRESENZA O MENO DI 1 SEGNO DELLA TABELLA 1 DOLORE TIPICO O ATIPICO CON PRESENZA O MENO DI 1 FATTORE DELLA TABELLA 2	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE VERDE DOLORE ATIPICO DI LIEVE INTENSITA' IN ASSENZA DI FATTORI DELLA TABELLA 2	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

TABELLA 1 – TIPOLOGIE DI DOLORE TORACICO E POSSIBILI CAUSE CORRELATE	
TIPOLOGIA DI DOLORE TORACICO	POSSIBILE CAUSA
oppressivo / costrittivo con senza o senza irradiazione (*) (dispnea, angoscia, pallore cutaneo, sudorazione algida, sincope, cianosi)	angina, IMA, reflusso esofageo
tipo "pugnalata", ad insorgenza improvvisa continuo, violento, irradiato al dorso, arti, mandibola, collo, talora migrante	dissecazione aortica
sensazione di dolore toracico dispnea sospirata, parestesie alla bocca e alle estremità	ansia, iperventilazione
urente , sensibile ad antiacidi, esacerbato dal decubito supino	gastrite, esofagite
puntorio, localizzato sensibile agli atti del respiro e del movimento (possibile storia di pregresso trauma)	patologia muscolare o scheletrica
traffittivo , sensibile agli atti del respiro, colpi di tosse, esacerbato dai movimenti e dal decubito supino, migliorato dalla posizione seduta (febbre, tosse, dispnea)	pericardite, pleurite
ad insorgenza improvvisa (dispnea, tachipnea, tachicardia, sincope)	embolia polmonare
ad insorgenza improvvisa , spontaneo o successivo a sforzo o colpo di tosse (dispnea, crepitio sottocutaneo sovraclaveare)	pneumotorace, pneumomediastino
(*) questa tipologia di dolore si definisce "tipica" per cardiopatia ischemica. Le restanti tipologie sono definite, per convenzione "non tipiche"	

TABELLA 2 – FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI RILEVANTI PER LA CODIFICA DEL TRIAGER	
FATTORI CARDIOVASCOLARI	FATTORI AGGIUNTIVI
età: > 45 anni nell'uomo > a 55 anni nella donna	utilizzo di sostanze d'abuso: cocaina, stimolanti, droghe di vario genere
fumo	sincope
ipertensione arteriosa	dolore con caratteristiche incerte
diabete mellito	trombosi venosa profonda
dislipidemia	
familiarità per malattie cardiovascolari (ictus, diabete, aneurismi...)	
storia di cardiopatia ischemica (angina, infarto, bypass, stenting...)	
pregresso ictus o TIA	

2.18 DOLORE ADDOMINALE NON TRAUMATICO NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO PRESENZA DI ALMENO 1 DEI SEGNI DELLA TABELLA 1 DISPNEA	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO PRESENZA DI ALMENO DI 1 SEGNO DELLA TABELLA 1 STATO DI AGITAZIONE, IPERtermIA (> 38°C)	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE VERDE ASSENZA DI SEGNI DELLA TABELLA 1 O ALTRI STATI MORBOSI RILEVANTI	VERDE
RIFERITO DOLORE ADDOMINALE REGREDITO DA ALMENO 24 ORE	BIANCO

figura 1 - RAPPRESENTAZIONE DELLA LOCALIZZAZIONE DEL DOLORE NELLE REGIONI ADDOMINALI

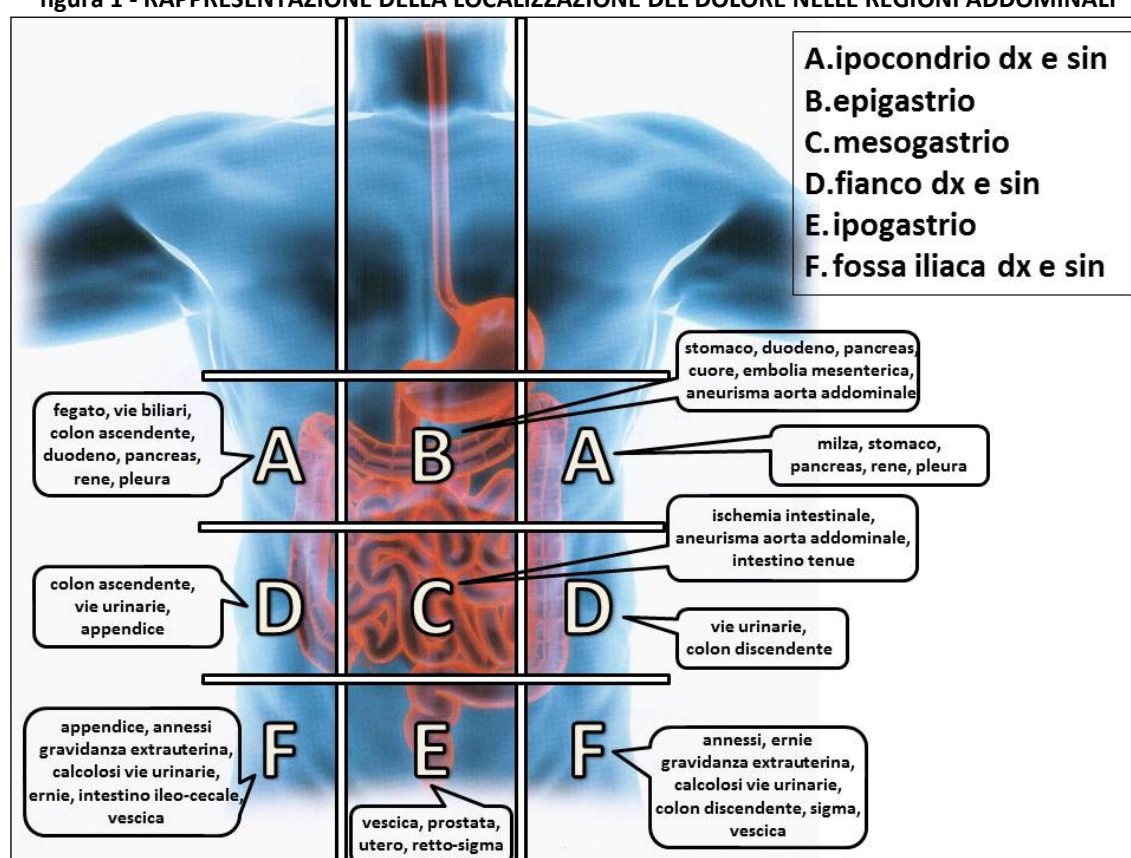


TABELLA 1 – SEGNI CLINICI DI ALLARME NEL DOLORE ADDOMINALE NON TRAUMATICO NELL'ADULTO

Dolore severo ad insorgenza improvvisa o rapidamente progressivo, scala del dolore ≥ 8
Massa pulsante addominale o storia di aneurisma addominale
Stato di agitazione
Ematemesi o melena in atto
Vomito ripetuto
Diarrea profusa

LA PRESENZA DI ALTERAZIONE DI UNO O PIU' PARAMETRI VITALI ASSOCIATA AD UNO DI QUESTI SINTOMI, IDENTIFICA UN CODICE ROSSO; LA PRESENZA DI UNO O PIU' SEGNI CLINICI, SENZA ALTERAZIONE DEI PARAMETRI VITALI, IDENTIFICA UN CODICE GIALLO

2.19 URGENZE ADDOMINO-INGUINO-SCROTALI NEL BAMBINO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO DISIDRATAZIONE SEVERA (SCORE DI GORELICK 6-10) EMATEMESI IN ATTO	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO DISIDRATAZIONE MODERATA (SCORE DI GORELICK 3-5) VOMITO FRANCAEMENTE EMATICO, BILIARE O CAFFEANO RETTORRAGIA TRAUMA RECENTE (< 12 ORE) INSONNIA O IRRITABILITA' DEL LATTANTE INTENSO DOLORE ADDOMINALE ANCHE IN ASSENZA DI FEBBRE TUMEFAZIONE INGUINO-SCROTALE, DOLORE SCROTALE ACUTO STORIA DI TRAUMA RECENTE (< 12 ORE) STORIA DI PATOLOGIA ADDOMINALE CRONICA, LAPAROTOMIE, ... INGESTIONE O INALAZIONE DI SOSTANZE TOSSICHE	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE DISIDRATAZIONE LIEVE (SCORE DI GORELICK <3) IRRITABILITA' CONSOLABILE VOMITO, DIARREA STIPSI OSTINATA FEBBRE	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

2.20 IL TRAUMA NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO RTS < 11 CRISI EPILETTICHE IN ATTO, AGITAZIONE PSICOMOTORIA, DEFICIT NEUROLOGICI EMORRAGIA ESTERNA MASSIVA IN ATTO AMPUTAZIONE (*) FERITA PENETRANTE DEL COLLO, TORACE, ADDOME, TESTA SOSPETTA FRATTURA MULTIPLA O ESPOSTA DELLE OSSA LUNGHE O DEL BACINO (*) l'amputazione di una delle dita, pur non rappresentando un pericolo di vita immediato per il paziente, costituisce una emergenza in termini psicologici e per il recupero funzionale	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO GCS = 13-14 GCS = 15 CON AMNESIA RETROGRADA GCS = 15 CON STORIA DI TERAPIA ANTICOAGULANTE O SOSTANZE D'ABUSO TRAUMA CRANICO CON STORIA DI PREGRESSO INTERVENTO NEUROCHIRURGICO TRAUMA CERVICALE SINTOMATICO (DOLORE, PARESTESIE, DEFICIT MOTORIO) CONTUSIONE / FERITA DEL BULBO OCULARE TRAUMA TORACICO O ADDOMINALE CHIUSO SINTOMATICO TRAUMA FACCIALE CON ALTERAZIONE DELLA FISIONOMIA FERITA PENETRANTE DEGLI ARTI CON PARAMETRI VITALI NORMALI SOSPETTA FRATTURA DELLE OSSA LUNGHE SOSPETTA LUSSAZIONE DI GROSSE ARTICOLAZIONI PRESENZA DI DOLORE INTENSO (SCALA 8-10)	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE FERITE DEI TESSUTI MOLLI DI LIEVE ENTITA' SENZA PERDITE EMATICHE (*) SOSPETTA FRATTURA DI PICCOLI SEGMENTI SCHELETRICI SENZA COMPLICAZIONI (*) TRAUMA ARTICOLARE CON IMPOTENZA FUNZIONALE, DOLORE SCALA 4-7 (*) TRAUMA TORACO-ADDOMINALE ASINTOMATICO CON PARAMETRI VITALI NORMALI TRAUMA CRANICO E FACCIALE LIEVE, GCS 15 PIENO) (*) traumi datati entro le 24 ore	VERDE
ESCORIAZIONI, FERITE MINIME O DATATE OLTRE LE 24 ORE TRAUMI OSTEO-ARTICOLARI DATATI ENTRO LE 24 ORE SENZA SEGNI OBBIETTIVABILI USTIONI LOCALIZZATE DATATE OLTRE LE 24 ORE TRAUMI OSTEO-ARTICOLARI DATATI OLTRE LE 24 ORE	BIANCO

NELLA PAGINA SEGUENTE SI POSSONO CONSULTARE LE TABELLE CON I CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL REVISED TRAUMA SCORE (RTS) PER L'ADULTO E I CRITERI SITUAZIONALI ED ANATOMICO-DIANMICI IDENTIFICATIVI DI TRAUMA MAGGIORE

TABELLA 1: R.T.S. REVISED TRAUMA SCORE NELL'ADULTO		
PARAMETRO VALUTATO	DATO RILEVATO	PUNTEGGIO ASSEGNATO
FREQUENZA RESPIRATORIA	10-29	4
	> 29	3
	6 – 9	2
	1 – 5	1
	0	0
PRESSIONE ARTERIOSA SISTEMICA	> 89	4
	76 – 89	3
	50 – 75	2
	1 – 49	1
	0	0
GCS	13 – 15	4
	9 – 12	3
	6 – 8	2
	4 – 5	1
	3	0
TOTALE PUNTEGGIO		0 – 12

CRITERI SITUAZIONALI IDENTIFICATIVI DI TRAUMA MAGGIORE

- Incidenti autostradali o su strada a scorrimento veloce con situazioni di traffico o di distanza dai PET con ambulanza medicalizzata tali da non consentire l'arrivo dell'ambulanza in tempi brevi.
- Incidenti stradali in area suburbana o rurale con notizia di scontro frontale.
- Interessamento di mezzi pesanti.
- Interessamento di numero elevato di mezzi.
- Caduta da oltre 5 metri (2 metri nel bambino).
- Occupanti sbalzati dall'abitacolo.
- Incastrati.
- Riduzione volume dell'abitacolo.
- Altri pazienti coinvolti deceduti.
- Veicolo rovesciato o uscito di strada.
- Scontro tra moto.
- Pedone o ciclista investito su strada extraurbana.
- Motociclista investito su strada extraurbana.
- Auto investita da autocarro.
- Incidente da corrente elettrica.
- Incidente agricolo o montano
- Esplosioni
- Crolli.

CRITERI ANATOMICI-DINAMICI IDENTIFICATIVI DI TRAUMA MAGGIORE

- Trauma del rachide con deficit motori o sensitivi
- Ustione di II o III grado con interessamento della superficie corporea >30% nei bambini e 20% negli adulti
- Trauma toracico con lembo mobile
- Trauma toracico chiuso con parametri vitali alterati
- Trauma toracico chiuso con stato di shock
- Ferita penetrante della testa, collo, torace o addome
- Frattura di due o più ossa lunghe
- Amputazione o subamputazione di arto
- Età inferiore a 5 anni o superiore a 55 anni
- RTS inferiore a 11

2.21 IL TRAUMA NEL BAMBINO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO RTS < 11 SEVERO DISTRESS RESPIRATORIO EMORRAGIA ESTERNA MASSIVA IN ATTO TRAUMA SCORE = < 8 GCS = > 8 EMIPARESI, PARALISI AMPUTAZIONE O COMPROMISSIONE NEUROVASCOLARE DI UN ARTO FERITA PENETRANTE DEL COLLO, TORACE, ADDOME, TESTA, INGUINE FRATTURA ESPOSTA TRAUMA MAGGIORE (vedi tabella relativa al trauma nell'adulto)	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO MODERATO DISTRESS RESPIRATORIO EVIDENZA DI TRAUMA SIGNIFICATIVO DI TESTA, TORACE, COLLO, ADDOME, PELVI LUSSAZIONE DI NOTEVOLE ENTITA' DI UNA ARTICOLAZIONE CONVULSIONE POST-TRAUMATICA RECENTE LETARGIA DEFICIT MOTORI O SENSORIALI LOCALIZZATI POLSI PERIFERICI DEBOLI	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE VERDE TRAUMA MINORE DI TESTA, COLLO, TORACE, ADDOME O PELVI SOSPETTA FRATTURA DI PICCOLI SEGMENTI SCHELETRICI SENZA COMPLICAZIONI	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

TABELLA 1 – TRAUMA SCORE PEDIATRICO

PUNTEGGIO	+2	+1	-1
PESO CORPOREO	> 20 Kg	10 – 20 Kg	< 10 Kg
VIE AEREE	pervie	gestibili con cannula e maschera	non gestibili da intubare
PRESSIONE ARTERIOSA (*)	> 90 mmHg	50 – 90 mmHg	< 50 mmHg
STATO DI COSCIENZA	vigile	obnubilato perdita di coscienza	coma decerebrazione
LESIONI OSSEE	assenti	frattura singola non esposta	fratture multiple o esposte
LESIONI CUTANEE	assenti	ferite minori	ferite penetranti
(*) se non è possibile rilevare la Pressione Arteriosa si sostituisce il punteggio con: +2 polso radiale palpabile, +1 polso femorale palpabile, -1 nessun polso palpabile			

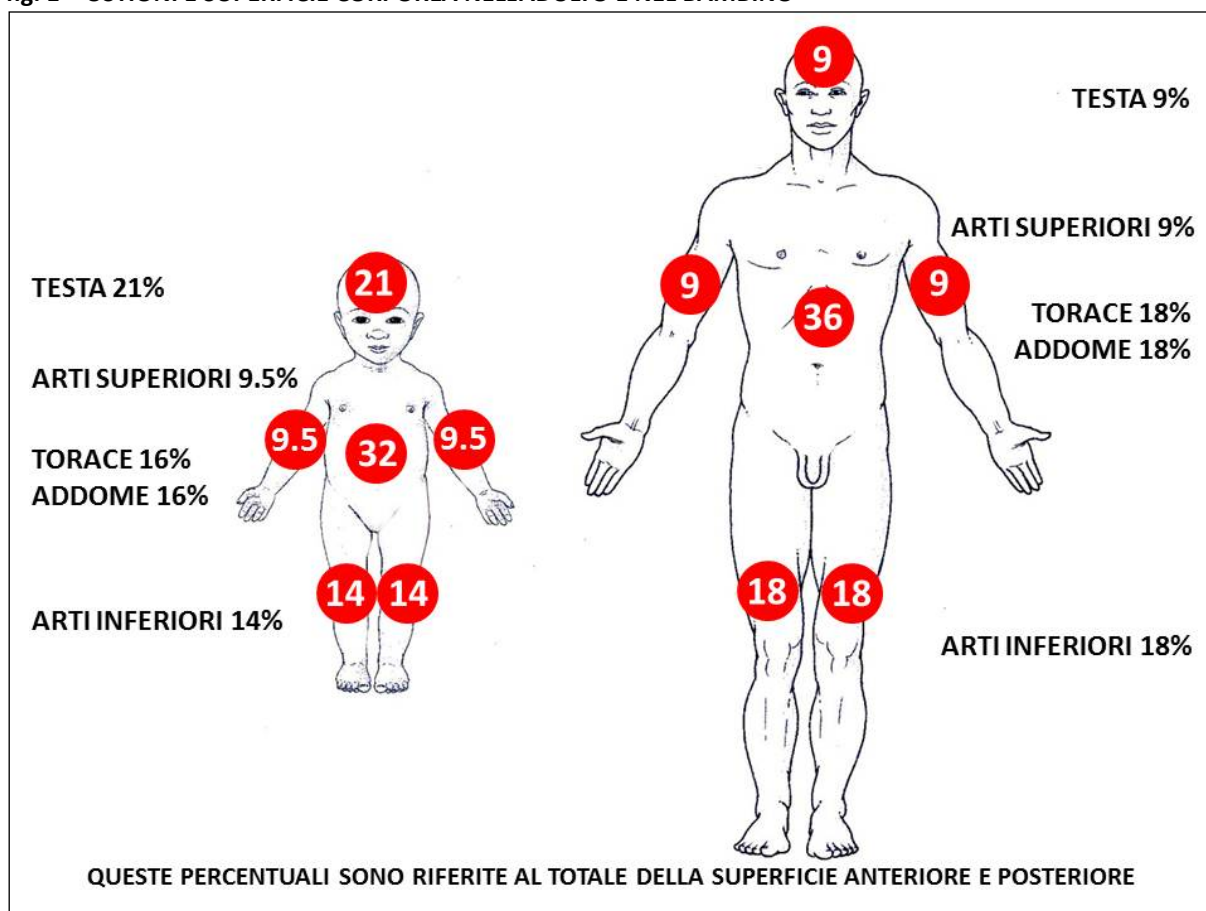
2.22 IL TRAUMA CRANICO NEL BAMBINO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO PRESENZA DI DERIVAZIONE VENTRICOLO-PERITONEALE STORIA DI PATOLOGIE DELLA COAGULAZIONE SCALP DEL CUIOIO CAPELLUTO CON SANGUINAMENTO PULSATILE ANISOCORIA O PUPILLE NON REAGENTI ALLA LUCE LINGUAGGIO CONFUSO, DEFORMITA' FACCIALE, DEFICIT NEUROLOGICI OTORRAGIA, RINORRAGIA OTOLIQUEURREA, RINOLIQUEURREA GCS = < 8 EMORRAGIA ESTERNA MASSIVA IN ATTO TRAUMA SCORE = < 8 GCS = > 8	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO TRAUMA CRANICO CON RIFERITA PERDITA DI COSCIENZA TRAUMA CRANICO IN NEONATO O LATTANTE < 6 MESI VOMITO PERSISTENTE DEL POST-TRAUMA AMNESIA, IRRITABILITA', PIANTO INCONSOLABILE FERITE MULTIPLE, CONTUSIONI, LACERAZIONI CONVULSIONI RECENTI (MENO DI 12 ORE DAL TRAUMA) ECCHIMOSI RETROAUTRICOLARI (SEGNO DI BATTLE) ECCHIMOSI PERIORBITALI AVVALLAMENTO DELLA TECA CRANICA CEFALEA INTENSA DEFICIT VISIVO EPISODI SINCOPALI VASTE LACERAZIONI DELLA TESTA E/O DEL VOLTO GCS 9-12	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE TRAUMA CRANICO MINORE, SENZA PERDITA DI COSCIENZA O VOMITO FERITE LOCALIZZATE, CONTUSIONI, LACERAZIONI GCS 13 – 14	VERDE
FUNZIONI CARDIORESPIRATORIA E NEUROLOGICA STABILI SENSORIO INTEGRO TRAUMA CRANICO MINORE > 24 ORE, SENZA PERDITA DI COSCIENZA O VOMITO GCS 15	BIANCO

2.23 USTIONI NELL'ADULTO E NEL BAMBINO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO USTIONI IN OLTRE IL 20% DEL CORPO A PRESCINDERE DAL GRADO USTIONI IN MENO DEL 20% DEL CORPO, MA CON ALMENO 1 DEI SEGUENTI: • ETA' INFERIORE A 3 ANNI O SUPERIORE A 60 ANNI • USTIONE II° E III° GRADO IN OLTRE IL 10% DEL CORPO • PRESENZA DI ALTRE MALATTIE O TRAUMI • LOCALIZZAZIONE AL VISO, COLLO, PERINEO, VIE RESPIRATORIE USTIONI DA FOLGORAZIONE O CHIMICHE a prescindere dal grado e dalla estensione	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO USTIONI DI I° GRADO IN 20-10% DEL CORPO USTIONI DI II°-III° GRADO IN MENO DEL 10% DEL CORPO USTIONI IN MENO DEL 10% DEL CORPO LOCALIZZATE ALLE MANI, VOLTO, PERINEO DOLORE INTENSO ASSOCIATO (SCALA 7-10)	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE VERDE USTIONI IN < 10% DEL CORPO senza interessamento di mani, volto e perineo DOLORE CONTENUTO INFERIORE A 7	VERDE
USTIONE DATATA OLTRE LE 24 ORE INTERESSANTE < 10% DEL CORPO	BIANCO

fig. 1 – USTIONI E SUPERFICIE CORPOREA NELL'ADULTO E NEL BAMBINO



2.24 REAZIONE ALLERGICA NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO PRESENZA DI ALMENO 1 DEI SEGUENTI SINTOMI: • EDEMA DEL CAVO ORALE CON DIFFICOLTA' RESPIRATORIA • SENSO DI COSTRIZIONE ALLA GOLA O AL TORACE CON DISPNEA • SPO2 =< 86% • IPOTENSIONE ARTERIOSA (shock anafilattico) • PERDITA O ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO DISFONIA E/O TOSSE SECCA ORTICARIA GIGANTE PUNTURE PLURIME DI IMENOTTERI (VESPE, CALABRONI, API...) EVIDENZA CLINICA DI REAZIONE ALLERGICA LIEVE IN STORIA DI ANAFILASSI ANGIOEDEMA DEL VOLTO VOMITO, DIARREA, DOLORE ADDOMINALE	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE ORTICARIA O RASH CUTANEO DA PUNTURA DI INSETTO INSORTI DA < 24 ORE	VERDE
ORTICARIA INSORTA DA OLTRE 24 ORE PUNTURA DI INSETTO DATATA OLTRE 24 ORE ASSENZA DI CRITERI PER UNA CODIFICA DIVERSA	BIANCO

2.25 INTOSSICAZIONI NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO DONNA IN STATO DI GRAVIDANZA CON INTOSSICAZIONE NON NOTA	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO INTOSSICAZIONE DA SOSTANZE NON COMPRESSE NELLA TABELLA 1 INTOSSICAZIONE IN DONNA IN STATO DI GRAVIDANZA	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE INTOSSICAZIONE DA SOSTANZE A BASSA TOSSICITA' (TABELLA 1)	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

tabella 1 – SOSTANZE A BASSA TOSSICITA'

MEDICINALI
contraccettivi, vitamine, antiacidi, glicerina, vaselina, fermenti lattici, enzimi digestivi, granuli deidratanti (silicagel), mercurio del termometro
COSMETICI
talco, cipria, polveri da trucco, ombretti, mascara, matite, rossetto, dentifricio, fondotinta, latte detergente, creme e gel per capelli e per il viso, cerette a strappo, polveri adesive per dentiere
CANCELLERIA
inchiostro, matita, gessetti, pastelli, acquarelli, tempere, lucidi da scarpe, candele e lumini, cerini e fiammiferi (fino a 10)

tabella 2 – ODORI CARATTERISTICI DI ALCUNE SOSTANZE TOSSICHE

SOSTANZA TOSSICA	ODORE CARATTERISTICO
cloroformio, acetone, etere	dolce
cloralio idrato	pera
cianuri	mandorle amare
arsenico, fosforo	aglio
trementina	violetta

2.26 INTOSSICAZIONI NEL BAMBINO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO CONVULSIONE IN ATTO CONVULSIONE IN PAZIENTE IN STATO POST-CRITICO DOLORE TORACICO LANCINANTE (intossicazione da CO) DISFAGIA, DISFONIA, SCIALORREA	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO ESPOSIZIONE A SOSTANZE NON COMPRESSE NELLA TABELLA 1 ESPOSIZIONE A SOSTANZE NON COMPRESSE NELLA TABELLA 1 CON SINTOMI: • SINCOPE • VOMITO O NAUSEA • LETARGIA • CEFALEA •	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE VERDE ESPOSIZIONE A SOSTANZE A BASSA TOSSICITA' (TABELLA 1) DATATA OLTRE 12 ORE	VERDE
PER QUESTA CONDIZIONE PATOLOGICA NON E' PREVISTA LA CODIFICA DI CODICE BIANCO	BIANCO

tabella 1 – SOSTANZE A BASSA TOSSICITA'

MEDICINALI

- contraccettivi, vitamine, antiacidi, glicerina, vaselina, fermenti lattici, enzimi digestivi, granuli deidratanti (silicagel), mercurio del termometro

COSMETICI

- talco, cipria, polveri da trucco, ombretti, mascara, matite, rossetto, dentifricio, fondotinta, latte detergente, creme e gel per capelli e per il viso, cerette a strappo, polveri adesive per dentiere

CANCELLERIA

- inchiostro, matita, gessetti, pastelli, acquarelli, tempere, lucidi da scarpe, candele e lumini, cerini e fiammiferi (fino a 10)

2.27 EMORRAGIE NON TRAUMATICHE NELL'ADULTO

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO PRESENZA DI SEGNI DI SHOCK: • PALLORE INTENSO, VOLTO CERE0 • STATO DI AGITAZIONE O DI SOPORE • AUMENTO DELLA FC E DELLA FR • DIMINUZIONE DELLA PAO EMATEMESI MASSIVA IN ATTO	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO EMATEMESI RECENTE MELENA IN ATTO RETTORRAGIA IN ATTO SENZA ALTERAZIONE DEI PARAMETRI VITALI EPISTASSI IN CORSO DI CRISI IPERTENSIVA	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE EMATOCHESIA (STILLICIDIO EMATICO RETTALE) RETTORRAGIA O MELENA DATATA ENTRO 72 ORE EMOFTOE, EMOTTISI EPISTASSI EMATURIA FRANCA	VERDE
RIFERITA EMATURIA RIFERITA EPISTASSI	BIANCO

2.28 URGENZE OSTETRICO-GINECOLOGICHE NELL'ADULTA

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO PRESENZA DI SEGNI DI SHOCK: • PALLORE INTENSO, VOLTO CERE0 • STATO DI AGITAZIONE O DI SOPORE • AUMENTO DELLA FC E DELLA FR • DIMINUZIONE DELLA PAO SANGUINAMENTO MASSIVO IN ATTO SEVERO DOLORE ADDOMINALE O PELVICO IN GRAVIDANZA (con o senza febbre) SANGUINAMENTO MODESTO IN GRAVIDANZA PRESUNTA O ACCERTATA SOSPETTA ECLAMPSIA • CEFALIA CON IPERTENSIONE ARTERIOSA • CONVULSIONI • ALTERAZIONI PSICHICHE TRAVAGLIO DI PARTO PRETERMINE	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE GIALLO SANGUINAMENTO MODERATO IN ATTO SEVERO DOLORE ADDOMINALE SOSPETTA PRE-ECLAMPSIA • CEFALIA, EDEMI DECLIVI, DISTURBI VISIVI, Uditivi • PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA > 160 mmHg, DIASTOLICA > 110 mmHg TRAVAGLIO DI PARTO A TERMINE CON INTERVALLO DI CONTRAZIONI < 10 minuti	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGERITIVE PER CODICE VERDE SANGUINAMENTO MINIMO IN ATTO DOLORE MESTRUALE IN STORIA DI DISMENORREA TRAVAGLIO DI PARTO A TERMINE CON INTERVALLO DI CONTRAZIONI > 10 minuti	VERDE
RIFERITO SANGUINAMENTO PRURITO O PERDITE VAGINALI NON EMATICHE RICHIESTA DI CONTRACCEZIONE FARMACOLOGICA	BIANCO

2.29 URGENZE OTORINOLARINGOIATRICHE

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGERITIVE PER CODICE ROSSO EMORRAGIA MASSIVA DELLE ALTE VIE AEREE OSTRUZIONE ACUTA DELLE ALTE VIE AEREE	ROSSO
EPISTASSI IN CORSO DI CRISI IPERTENSIVA, EMOPATIA, TERAPIA ANTICOAGULANTE SORDITA' IMPROVVISA TRAUMI FACCIALI CON EPISTASSI E DEFORMAZIONE MARCATA DEL PROFILO NASALE	GIALLO
CORPO ESTRANEO DEL NASO E DEL FARINGE, ASINTOMATICO CORPO ESTRANEO DEL CONDOTTO Uditivo OTALGIA E FARINGODINIA CON FEBBRE E SECREZIONI MODICA EPISTASSI CON PRESSIONE ARTERIOSA NORMALE	VERDE
OTALGIA E FARINGODINIA DA OLTRE 48 ORE RIFERITO TAPPO DI CERUME RIFERITA EPISTASSI	BIANCO

2.30 URGENZE OFTALMOLOGICHE

ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI DI BASE SUGGESTIVE PER CODICE ROSSO FERITE PENETRANTI DEL BULBO LESIONI GRAVI DA CONTATTO CON SOSTANZE CAUSTICANTI (calce viva)	ROSSO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE GIALLO GRAVE DIMINUZIONE DEL VISUS INSORTA IMPROVVISAMENTE DA < 48 ORE CONTUSIONI GRAVI DEL BULBO CON EVENTUALE EMATOMA O EDEMA ESTESE USTIONI OCULARI DA MENO DI 12 ORE DISTURBI OCULARI ASSOCIATI A VOMITO SPONTANEO O CEFALEA TURBE ASPECIFICHE DEL VISUS ASSOCIATE A CEFALEA	GIALLO
ALTERAZIONI DEI PARAMETRI VITALI SUGGESTIVE PER CODICE VERDE GRAVE DIMINUZIONE DEL VISUS INSORTA DA OLTRE 48 ORE MODERATA DIMINUZIONE DEL VISUS ALTERNATA TURBE ASPECIFICHE DEL VISUS PRESENZA DI MACCHIE FISSE O MOBILI DEL CAMPO VISIVO FLASH LUMINOSI RECENTI (meno di 48 ore) DIPLOPIA CONTUSIONE LIEVE, SOSPETTA ABRASIONE CORNEALE FERITA PALPEBRALE LIEVE EDEMA PALPEBRALE MOLTO ESTESO PAPULE E/O LESIONI CUTANEE PALPEBRALI LESIONI DA CONTATTO CON SOSTANZE IRRITANTI O CAUSTICHE DA OLTRE 12 ORE LESIONI CORNEALI (da sospetto corpo estraneo, sostanze irritanti o agenti termici)	VERDE
MODERATA E CONTINUATIVA DIMINUZIONE DEL VISUS DA OLTRE 48 ORE MACCHIE MOBILI DEL CAMPO VISIVO DA OLTRE 48 ORE FLASH LUMINOSI DA OLTRE 48 ORE EDEMA PALPEBRALE MODERATO EMORRAGIA SOTTOCONGIUNTIVALE SENSAZIONE DI SABBIA NEGLI OCCHI BRUCIORE, PRURITO, LACRIMAZIONE, SECREZIONE, IPEREMIA CONGIUNTIVALE	BIANCO

sezione III: LA FAST-TRACK

3.1 CONSIDERAZIONI GENERALI SULLA FAST-TRACK

Ad una valutazione grossolana, effettuata su un campione non significativo di utenti del Pronto Soccorso, oltre il 10% di pazienti si presenta al Pronto Soccorso per problematiche di ordine specialistico, per le quali, il medico del Pronto Soccorso, si limita ad effettuare una semplice presa d'atto, prescrivendone l'invio ai reparti specialistici.

La **FAST-TRACK** realizza un percorso facilitato all'interno dell'ospedale per pazienti a basso rischio, affetti elettivamente da patologie di interesse prettamente specialistico (oculistico, otorinolaringoiatrico, ortopedico, ostetrico-ginecologico, psichiatrico...).

Tale procedura, già da tempo in uso in altri ospedali italiani e siciliani viene effettuata dai triager (infermieri addetti al triage) con processo codificato e controllato, previe istruzioni e formazione specifica.

Atteso che oltre il 98% degli infermieri in servizio nei Pronto Soccorso ospedalieri dell'Azienda saranno formati entro i prossimi 60 giorni con un corso di formativo e di *retraining* di triage, durante il quale si parlerà diffusamente di *fast-track*, appare opportuno – alla luce di queste evidenze - codificare e condividere i processi per la realizzazione di tale procedura.

3.2 DEFINIZIONE ED OBIETTIVI

Con il termine di **FAST-TRACK** (percorso veloce) si indica il processo da attuare al triage del pronto soccorso che prevede l'invio diretto del paziente sotto la responsabilità del triager ai reparti di pertinenza per un consulto specialistico.

Si viene così a costituire un corridoio veloce, un percorso facilitato all'interno dell'ospedale per pazienti a basso rischio, affetti elettivamente da patologie di interesse specialistico (oculistica, otorinolaringoiatrica, ortopedica, ginecologica, psichiatrica, pediatrica ...), permettendo il rapido smistamento dei pazienti ed evitando i fenomeni di *overcrowding* (sovraffollamento) tipico delle aree di emergenza.

Il processo e la tipologia dei pazienti sono codificati e specificatamente indicati in questa sezione del manuale di triage.

I risultati attesi sono:

- la decongestione dei flussi dei pazienti;
- la riduzione dei tempi di attesa;
- la possibilità di implementare nuove linee assistenziali (ecg, profili diagnostici di laboratorio o strumentali di controllo ...);
- la ottimizzazione delle possibilità di controllo dei pazienti in post-triage.

Sono da valutare altresì alcuni effetti negativi prevedibili quali:

- la riduzione del potere di deterrenza dell'attesa;
- il conseguente aumento del numero di accessi impropri.

3.3 MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello organizzativo classico prevede la seguente articolazione del processo:

- 1 presa in carico del paziente da parte del triager;
- 2 valutazione della applicabilità della procedura;
- 3 applicazione delle linee di indirizzo;
- 4 espletamento delle procedure di accettazione ed invio diretto del paziente al consulto;
- 5 effettuazione del consulto da parte dello specialista;
- 6 ritorno del paziente al triage;
- 7 valutazione dell'esito del consulto ed eventuale dimissione;
- 8 archiviazione della documentazione.

① PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DA PARTE DEL TRIAGER

Il triager nel prendere in carico il paziente avrà cura di eseguire i controlli e le procedure previste per l'attribuzione del codice colore già trattate nelle sezioni precedenti.

② VALUTAZIONE DELLA APPLICABILITA' DELLA PROCEDURA

Espletata la valutazione infermieristica ed attribuito il codice, il triager valuterà – caso per caso – la applicabilità della procedura, sulla scorta delle informazioni contenute in questa sezione del documento.

Si precisa che SOLO CODICI VERDI O BIANCHI POSSONO ESSERE EVASI CON LA FAST-TRACK.

③ APPLICAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO

Il triager deve essere a conoscenza delle indicazioni contenute nel presente documento, in quanto la perfetta comprensione di esse è condizione indispensabile al corretto funzionamento di tale processo.

In presenza di situazioni cliniche non chiare o borderline è da preferire in ogni caso l'accesso usuale, evitando l'utilizzo della *fast-track*.

④ ESPLETAMENTO DELLE PROCEDURE DI ACCETTAZIONE ED INVIO DIRETTO DEL PAZIENTE AL CONSULTO

Attesa la fattibilità del percorso, il triager, compila l'apposito form (informatico o cartaceo) per la richiesta allo specialista e quindi ne promuove l'avvio. Nel form è previsto anche un item preciso per la attribuzione del codice colore, in relazione alle formalità previste per il pagamento del ticket sanitario.

La richiesta può essere affidata allo stesso paziente, se in condizioni di raggiungere autonomamente la UO di destinazione; altrimenti consegnata al personale di supporto (ausiliario, OTA, OSS) qualora fosse necessario l'accompagnamento, anche su carrozzino o su barella.

Nella effettuazione della FAST-TRACK non dovrebbe essere previsto l'accompagnamento infermieristico, stante la limitazione imposta per i soli codici verdi o bianchi.

⑤ EFFETTUAZIONE DEL CONSULTO DA PARTE DELLO SPECIALISTA

Lo specialista interpellato effettuerà il consulto secondo le procedure in uso, stilando un regolare referto, SCRITTO IN FORMA LEGGIBILE (POSSIBILMENTE IN STAMPATELLO).

A margine del consulto prodotto, lo specialista dovrà specificare la necessità o meno di ricovero presso la propria U.O. e – qualora lo ritenesse necessario – l'indicazione ad ulteriori accertamenti da eseguirsi in Pronto Soccorso, limitatamente a quelli richiesti per il problema lamentato dal paziente e inerente la specialità.

Anche se il giudizio di dimissibilità espresso dallo specialista è limitato al problema clinico lamentato dal paziente, si raccomanda il massimo della cura e della sorveglianza per tutti quei casi in cui una errata valutazione del triager o una particolare ambiguità del caso clinico possano in qualche modo generare disagi o – peggio - rischi per il paziente.

Vale la pena ricordare che in questi casi, non è sufficiente scrivere; ma, conformemente al codice deontologico, è necessario che confronti, precisazioni, o eventuali criticità vengano espresse – in forma riservata, anche telefonicamente – tra i singoli operatori (medici o infermieri che siano), scartando facili e poco edificanti diciture viste talvolta nei referti ufficiali.

In caso di dimissione lo specialista dovrà confermare o disconfermare il codice colore attribuito dal triager.

6 RITORNO DEL PAZIENTE AL TRIAGE

Espletato il consulto, redatto il referto secondo quanto indicato, lo specialista avvierà il paziente al triage.

Il referto, debitamente piegato e spillato, può essere affidato allo stesso paziente, se in condizioni di raggiungere autonomamente la UO di destinazione; altrimenti consegnato al personale di supporto (ausiliario, OTA, OSS) qualora fosse necessario l'accompagnamento, anche su carrozzino o su barella.

Nella effettuazione della *fast-track* non dovrebbe essere previsto l'accompagnamento infermieristico, stante la limitazione imposta per i soli codici verdi o bianchi.

7 VALUTAZIONE DEL CONSULTO ED EVENTUALE DIMISSIONE

Il triager prende visione del referto stilato dallo specialista e, sulla scorta delle indicazioni, lo avvia alla dimissione, fatte salve tutte quelle situazioni per le quali fossero necessari ulteriori accertamenti.

La condizione di dimissibilità deve chiaramente emergere dal responso dello specialista o da accordi verbali intercorsi con lo stesso paziente. Si invita il personale infermieristico a diffidare per tutte quelle situazioni in cui il referto sia scarsamente leggibile o il paziente sia scarsamente soddisfatto o con atteggiamenti dubitativi circa il processo assistenziale, optando per un passaggio – anche postumo – dall'ambulatorio medico di pronto soccorso.

Non ultime vanno regolarizzate – a cura del triager - le procedure relative al pagamento del ticket di pronto soccorso, attesa la conferma di codice bianco espressa dallo specialista.

La chiusura del processo assistenziale viene confermata dal triager con l'annotazione sulla scheda di triage: USCITA ORE xx.xx e firma; e consegna di copia di questa documentazione al paziente. Se non strettamente necessario (infortuni di lavoro, procedure amministrative che prevedono l'ufficialità della documentazione, ...), la scheda di pronto soccorso può essere chiusa a fine giornata, sulla scorta dei dati indicati nel foglio di consulenza.

8 ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

La scheda di triage e il form relativo al consulto specialistico effettuato, vanno archiviati secondo le procedure usuali di archiviazione della documentazione sanitaria del Pronto Soccorso.

3.4 CRITERI DI APPLICABILITA' DELLA PROCEDURA

Di seguito sono riportate – distinte per branca specialistica – le patologie suggestive per la effettuazione della fast-track.

Si sottolinea che l'elencazione è meramente orientativa, rientrando ogni singolo caso nella valutazione complessiva del paziente effettuata dal triager che ne ha piena responsabilità

A. PATOLOGIA OFTALMOLOGICA

Improvvisa perdita totale o sub-totale del visus in uno o entrambi gli occhi
Dolore oculare intenso con o senza disturbi visivi
Calo visus improvviso monolaterale (scotomi fissi) o bilaterale, visione annebbiata
Occhio rosso non traumatico senza disturbi del visus
Riferiti deficit aspecifici del campo visivo
Edemi ed arrossamenti palpebre ed annessi
Malposizione delle palpebre: eversione, introflessione, ciglia in trichiasi
Emorragie sottocongiuntivali spontanee, iperemia congiuntivale con o senza secrezione
Disturbi vaghi post-chirurgici (oltre 15 gg. dall'intervento)
Visione di corpi mobili vitreali (mosche-ragnatele)
Causticazioni o ustioni con lesioni corneali
Contusioni bulbari in assenza di disturbi visivi e senza o con piccole ferite palpebrali
Sensazione di corpo estraneo oculare
Contusione bulbare datata oltre 24 h.

B. PATOLOGIA GINECOLOGICA

Dolore pelvico e contemporanea presenza di perdite vaginali
Ritenzione di corpi estranei vaginali
Intercezione post-coitale (prescrizione della pillola del giorno dopo)
Perdite vaginali
Tutte le emorragie ginecologiche in assenza di alterazione dei parametri vitali

controindicazioni assolute all'utilizzo della fast-track

ANAMNESI DI EVENTO TRAUMATICO RECENTE
ALTERAZIONE DEI PARAMETRI VITALI DI BASE
PRESENZA DI SEGNI CLINICI PER L'ATTRIBUZIONE DI CODICE ROSSO O GIALLO

C. PATOLOGIA OSTETRICA

Dolore pelvico
Arrossamento o dolore al seno
Ragadi al seno
Perdite vaginali
Contrazioni uterine
Tutte le emorragie ostetriche in assenza di alterazione dei parametri vitali
Riferita assenza di movimenti attivi fetali

controindicazioni assolute all'utilizzo della fast-track

PARTO IN CORSO CON IMPEGNO VAGINALE DI PARTI FETALI
ANAMNESI DI EVENTO TRAUMATICO RECENTE
ALTERAZIONE DEI PARAMETRI VITALI DI BASE
PRESENZA DI SEGNI CLINICI PER L'ATTRIBUZIONE DI CODICE ROSSO O GIALLO

D. PATOLOGIA NEUROLOGICA

Controllo di pazienti asintomatici già studiati in Pronto Soccorso e rimandati a controllo specialistico
--

E. PATOLOGIA ORTOPEDICA

Pazienti già visti in Pronto Soccorso e rimandati per controllo specialistico (*)
Riferito discomfort di arto in gesso
Rottura o sconfezionamento di apparecchio gessato
Controllo di paziente già visto dallo specialista con indicazione SCRITTA
Evidenza di disturbo di circolo in arto in gesso

(*) previa verifica che il paziente sia regolarmente munito della documentazione iconografica utile alla valutazione specialistica

F. PATOLOGIA PSICHIATRICA

Crisi di ansia controllabile in paziente con patologia psichiatrica nota
Richiesta di ricovero o controllo in paziente con patologia psichiatrica nota
Disturbi aspecifici dell'umore in pazienti già in trattamento con psicofarmaci
Paziente con provvedimento di T.S.O., accompagnato dalla polizia municipale (*)

(*) previo espletamento delle formalità burocratiche previste per il ricovero da formalizzarsi nelle more dell'avvio del paziente al competente S.P.D.C.

G. PATOLOGIA OTORINOLARINGOIATRICA

Corpo estraneo nasale, o della gola senza segni di dispnea
Corpo estraneo del condotto uditivo
Otalgia, otodinia
Otorrea, otorragia
Rinorrea
Faringodinia
Epistassi riferita o comunque non presente in atto (già tamponata)
Riduzione dell'udito datata oltre le 24 ore
Controllo di pregressi accessi con problematiche relative a persistenza o peggioramento dei sintomi
Senso di ovattamento nella percezione dei suoni (possibile tappo di cerume)

PATOLOGIA PEDIATRICA

Sindrome respiratoria in assenza di segni o sintomi clinici suggestivi per codice rosso o giallo
Sindrome gastrointestinale in assenza di segni o sintomi clinici suggestivi per codice rosso o giallo
Sindrome febbrile in assenza di segni o sintomi clinici suggestivi per codice rosso o giallo
Rash cutaneo in assenza di segni o sintomi clinici suggestivi per codice rosso o giallo
Riferita assenza o perdita di coscienza in assenza di alterazioni dello stato di coscienza
Riferito dolore toracico in assenza di segni o sintomi clinici suggestivi per codice rosso o giallo
Riferita contusione cranica senza perdita di coscienza, senza vomito e con GCS 15
Pregressa crisi epilettica in epilettico noto

controindicazioni assolute all'utilizzo della fast-track

ANAMNESI DI EVENTO TRAUMATICO RECENTE (esclusa la contusione cranica minore)
ALTERAZIONE DEI PARAMETRI VITALI DI BASE
PRESENZA DI SEGNI CLINICI PER L'ATTRIBUZIONE DI CODICE ROSSO O GIALLO

Sono TASSATIVAMENTE ESCLUSI dalla procedura:

- i codici gialli e rossi;
- gli infortuni di lavoro per i quali sia prevista certificazione INAIL;
- tutti i casi in cui è prevista la stesura di un referto per l'autorità Giudiziaria (incidenti stradali, atti di violenza).

CONDIZIONE INDISPENSABILE ALLA EFFETTUAZIONE DELLA FAST-TRACK E' LA PRESENZA ATTIVA DEL MEDICO NELLA UO DI DESTINAZIONE.

Tale condizione, nei casi dubbi, deve essere preventivamente accertata da parte del triager.

3.5 RESPONSABILITA'

Tutti gli operatori che partecipano al processo di diagnosi, di cura e di assistenza del paziente sono responsabili dell'applicazione dei comportamenti definiti dal protocollo.

I Direttori e i Coordinatori di tutte le Unità Operative interessate sono tenuti a garantire l'applicazione del protocollo presso la propria struttura.

Il Servizio Infermieristico e il Direttore della UO Medicina e Chirurgia di Accettazione / Urgenza sono tenuti a vigilare sulla corretta interpretazione delle linee di indirizzo, sulla reale effettuazione dei processi descritti, valutandone l'efficacia, segnalando eventuali difformità e suggerendo possibili ulteriori miglioramenti o cambiamenti

3.6 MONITORAGGIO

Il monitoraggio di tale processo viene descritto nella sezione apposita "Qualità, reporting e verifiche". Essa si articola essenzialmente attraverso la verifica e la valutazione dei seguenti dati:

- numero di procedure eseguite;
- numero e tipologia delle UU.OO. coinvolte e percentuale di coinvolgimento;
- tipologia dei quesiti diagnostici frequenti;
- percentuale di ulteriori accertamenti integrativi richiesti (possibilmente differenziati per quesito diagnostico);
- percentuali di under- ed over-triage;
- numero di invii in UU.OO. inappropriate;
- numero di quesiti diagnostici errati.

Il rilievo di tali dati dovrebbe essere semestrale anche su campione statisticamente significativo. La responsabilità di tali controlli è in capo alla Direzione di U.O.

sezione IV: ASPETTI LOGISTICI ED ORGANIZZATIVI

4.1 STANDARD LOGISTICI ED OPERATIVI

La postazione di triage deve essere ampia per permettere lo sbarellamento del paziente e nel contempo permettere tutte le operazioni previste per la registrazione anagrafica, la valutazione e la codifica colore; deve essere garantito il rispetto della privacy.

Deve essere bene evidente apposita cartellonistica riguardante le funzioni di triage; la presenza di un ambiente confortevole, accogliente e distensivo facilita la comunicazione e favorisce il rispetto delle regole e l'attesa anche in situazioni di emergenza. Può essere prevista apposita segnaletica per la visualizzazione dei tempi di attesa e/o eventuale trasmissione di programmi di informazione e di educazione sanitaria realizzate attraverso videoproiezioni.

Possono essere distribuite note informative edite a stampa indicanti le funzioni del triage. Nella successiva sezione sono riportati alcuni form riguardanti tali pubblicazioni.

Devono essere presenti infrastrutture, attrezzature, apparecchiature e generi di conforto come di seguito elencato:

- presenza di camera calda;
- ingresso separato per codici rossi e barellati e altri codici appiedati;
- locale per deposito barelle e sedie portantine;
- sala d'attesa per familiari, con presenza di distributore di generi di prima necessità e servizi igienici;
- vicinanza con personale addetto alla sicurezza o ufficio di polizia;
- locale attesa post-triage (possibilmente distinto per codice colore);
- deposito materiale sporco / pulito;
- sfigmomanometro, fonendoscopio, pulsio-ossimetro, termometro; fotometro per glucotest rapido;
- elettrocardiografo;
- carrello di triage munito di:
 - kit di provette per esami di routine
 - pack di ghiaccio monouso
 - maschere per ossigenoterapia
 - occhiali per ossigenoterapia
 - bombola di ossigeno portatile
 - pallone di ventilazione (per adulti e pediatrico)
 - serie di maschere facciali in silicone
 - serie di cannule orofaringee di guedel
 - laccio emostatico
 - serie di cateteri venosi tipo corto
 - deflussori in plastica con controllo del gocciolamento
 - siringhe monouso
 - aghi monouso
 - guanti monouso ambidestri in lattice
 - cestello di garza 10 x 10
 - recipiente cilindrico per pinza per garza
 - disinfettante per uso esterno
 - leucoplasto in tnt 10 x 5
 - garza vaselinata 10 x 10 confezione singola
 - forbici per bendaggi cm. 24
 - recipiente cilindrico per ovatta
 - telini sterili monouso in tnt
 - bende di cambric
 - gel per elettrodi ecg
 - elettrodi cutanei per ecg
 - scatola per aghi usati
 - borsa urina monouso lt.2
 - rasoio monouso per tricotomia
 - cesoio per abiti e scarpe
- postazione telefonica
- computer con software dedicato
- contenitore per rifiuti speciali e per quelli assimilabili ai rifiuti solidi urbani

Il triage globale dovrebbe prevedere la presenza di due operatori:

- un addetto alla consolle per la registrazione dei dati anagrafici
- un infermiere (triager) per tutte le operazioni di nursing, codifica colore e rivalutazione

Il triager dovrebbe essere impegnato per turni non superiori alle due ore, favorendo la rotazione di tutti gli infermieri presenti al Pronto Soccorso durante ogni turno di servizio.

Deve possedere conoscenze e competenze relativamente a:

- procedure e processi di codifica del codice di triage
- dinamiche della comunicazione e dell'approccio con l'utenza
- disposizione ed avviamento al *problem solving*.

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 stessa, 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 ...).

In sede di triage è possibile la definizione e l'attivazione di percorsi di cura predefiniti (percorsi brevi, percorsi a gestione infermieristica, fast-track ...); inoltre durante l'attesa della visita medica possono essere svolte attività diagnostiche – assistenziali e trattamenti utili ad ottimizzare il percorso del paziente.

Queste attività, anche se svolte in area di triage, costituiscono infatti uno dei modi possibili per attivare il percorso assistenziale, interrompono la durata dell'attesa, e devono essere regolate da specifici protocolli interni nonché registrate sulla documentazione di PS.

Le attività accessorie al triage (registrazione dei dati anagrafici, supporto logistico, assistenza di base) si svolgono sotto la responsabilità dell'infermiere il quale si può avvalere di personale amministrativo o di supporto per la loro esecuzione.

La rivalutazione, quale fase del processo di triage, deve essere definita come attività professionale mirata a mantenere il controllo degli assistiti durante l'attesa. Il suo valore di tutela aumenta direttamente con l'aumento degli accessi e della complessità della casistica; è in queste occasioni che, pertanto, l'organizzazione deve prevedere sia svolta nel rispetto delle indicazioni contenute nel presente documento.

L'infermiere di triage ha la responsabilità degli assistiti e della loro rivalutazione durante l'attesa pertanto gestisce le liste di accesso al trattamento. La rivalutazione si compone di rilievi soggettivi e/o oggettivi che, devono essere registrati ed ai quali si possono associare iniziative mirate a migliorare l'attesa ed il suo comfort non necessariamente assicurati dal professionista infermiere.

Il Triage in PS viene svolto da infermieri appartenenti all'organico del PS formati secondo gli standard nazionali ed in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni vigenti.

L'organico di PS deve prevedere un numero di infermieri adeguato per quantità e competenza per la realizzazione dell'attività di Triage secondo il modello ed i criteri descritti in questo manuale.

Oltre al personale infermieristico è necessario prevedere personale amministrativo e di supporto in base ai modelli organizzativi esistenti.

E' opportuno che la funzione di Triage sia svolta a rotazione da tutti gli infermieri del PS in possesso dei requisiti specifici.

Nei Pronto Soccorso con un numero superiore a 25.000 accessi l'anno, il triage deve essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva, con incremento delle risorse dedicate in proporzione al numero degli accessi, alla loro complessità, alle necessità di rivalutazione.

4.2 FORMAZIONE DEL PERSONALE

La funzione di Triage infermieristico in PS richiede una formazione abilitante, alla quale si accede se in possesso dei seguenti requisiti:

- Titolo di studio ed abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico o ostetrica;
- Esperienza lavorativa non inferiore a sei mesi in Pronto Soccorso (una volta assolto il periodo di prova).

La Formazione abilitante deve avvenire attraverso la partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione e ad un periodo di affiancamento ad un infermiere (in funzione di tutor) esperto.

Il Corso teorico deve prevedere una metodologia didattica sviluppata da lezioni frontali ed interattive della durata minima di 8 ore, che sviluppino le seguenti capacità di governo del paziente:

- Acquisizione delle competenze sull'organizzazione del PS e sulla gestione delle principali situazioni cliniche critiche;
- Acquisizione di una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato sulla semeiotica clinica;
- Acquisizione di capacità relazionali atte alla gestione di situazioni critiche ed ansiogene, soprattutto in considerazione delle dinamiche psicologiche che si sviluppano nel *setting* logistico ed operativo del triage tra il triager, l'utente e i familiari e/o accompagnatori;
- Approfondimento degli aspetti relativi all'autonomia ed alla responsabilità professionale con particolare attenzione alle problematiche legali derivate dalla attività di triage;
- Acquisizione di una metodologia per la progettazione e l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in triage, in linea con le linee di indirizzo internazionali, nazionali e regionali;
- Acquisizione di metodologie per il miglioramento della qualità applicato al sistema di triage, con possibili indicatori di efficacia, efficienza e performance;

Il percorso formativo deve prevedere una valutazione finale che certifichi il superamento del corso. Superato l'esame finale, l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento con un collega esperto (in funzione di tutor) di durata non inferiore a 12 ore, che permetterà di dichiararne la completa idoneità.

Tale percorso formativo dovrà essere riproposto a tutto il personale con cadenza biennale, che permetta agli infermieri, compresi quelli con funzioni di coordinamento, di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali.

sezione V: ASPETTI RELAZIONALI

5.1 LA COMUNICAZIONE IN TRIAGE

Il triage è la zona del pronto soccorso in cui avviene il primo incontro, nonché lo scambio reciproco di informazioni, tra utente e infermiere. È un momento molto delicato che incide sulla psiche del paziente, perché deve necessariamente parlare di cose personali, ma soprattutto perché tale comunicazione gli determina spesso un senso di incompetenza, frustrazione e passività.

Uno dei bisogni fondamentali della persona in aiuto al Pronto Soccorso, è quello di essere capito, non solo nel senso clinico e diagnostico (chiaramente prioritario se questione di vita o morte), ma anche relazionale. Personalizzare l'assistenza risponde ad un bisogno del paziente, entrare in relazione con lui significa averne una visione olistica.

La comunicazione è bidirezionale, senza di essa non si ha una relazione, questa deve necessariamente, essendo svolta da personale professionista e professionale, in maniera adeguata, valida e condivisa.

Purtroppo, all'aspetto relazionale si dedica troppo poco tempo durante i corsi di formazione di triage, lasciando ai professionisti la opportunità di imparare sul campo, attraverso competenze apprese o innate.

In un Pronto Soccorso che vanti un accesso medio annuo di oltre 40.000 pazienti, il triager non può essere formato solo da un punto di vista empirico, perché il rapporto con l'altro non si risolve più solamente tra infermiere e paziente, ruotando intorno ad esso anche i familiari e altre figure professionali con cui collaborare.

Pertanto, con la struttura attuale e l'organizzazione interna, che prevede ad oggi, la sosta del paziente all'interno del Pronto Soccorso per numerose ore, durante le quali esso ha bisogno di assistenza fisica e psicologica, saper relazionarsi con lui in maniera corretta, renderebbe tutto molto più fluido nel completamento dell'iter diagnostico.

La sala d'attesa, viene quotidianamente gestita dal triager, che deve saper motivare l'attesa di visita medica, del responso di un esame o notizie relative ad un familiare; riuscire ad applicare tecniche comunicative mirate risulterebbe utile nella gestione dei comportamenti conflittuali, nello stress da attesa che ogni giorno si verificano nel Dipartimento di Emergenza.

La conflittualità, quindi, risulta essere il grosso ostacolo da superare da parte dell'infermiere, che sottoposto a numerosi agenti stressanti, si lascia umanamente sopraffare da un comportamento più caratteriale che professionale.

L'introduzione dei processi di qualità nelle aziende sanitarie ha comportato un profondo cambiamento di prospettiva nei confronti di coloro che di tali aziende richiedono i servizi.

Il cambiamento si è visto nell'utilizzo del termine paziente, ambiguo nel significato, perché consentiva di ritenere i malati non solo pazienti nel senso di *"(...) persone che patiscono a causa di una malattia (...)"*, ma nel senso di *"(...) persone passive di fronte alle cure dei sanitari (...)"*.

Per superare il concetto di passività insito nel termine paziente, ci si è abituati a utilizzare il termine utente, che fa riferimento all'iniziativa della persona che si rivolge a un servizio. Anche questo termine tuttavia non ha consentito di superare pienamente una mentalità ancora radicata nella cultura italiana, secondo la quale il cittadino può utilizzare i servizi che lo stato eroga, considerandolo più *"suddito"* che *"persona"* a cui offrire, per compito istituzionale, i servizi da lui pagati con tasse e imposte.

Di qui la necessità, per liberare il campo da ogni equivoco, di aderire a quella che all'estero è una prassi comune: riconoscere all'utente la caratteristica di cliente.

L'infermiere dovrebbe fare proprio il bagaglio di conoscenze dei principi della soddisfazione dell'utente e incorporarli sempre nell'assistenza che eroga, soprattutto perché spesso è proprio dal Pronto Soccorso che il paziente ricava la prima e l'unica impressione dell'ospedale come struttura e come personale.

L'infermiere è chiamato ad attuare una valutazione eccellente, a prendere decisioni rapide e precise, ad erogare assistenza specialistica di qualità, a documentare attentamente e a rispettare i principi della qualità al servizio dell'utente. L'insoddisfazione dell'utente consiste nel trattare l'altro così come noi vorremmo essere trattati, in un clima positivo, di serenità e benessere.

Il tempo e gli sforzi spesi per la soddisfazione dell'utente sono sempre spesi bene. Vale la pena ricordare sempre che in ospedale, il primo incontro con il paziente è di importanza determinante per tutto l'iter dello stesso all'interno della struttura.

5.2 ASPETTI GENERALI DELLA COMUNICAZIONE

“Comunicazione è qualsiasi evento, cosa, comportamento, che modifica il valore di probabilità del comportamento di un organismo” (Paul Watzlawick).

La comunicazione è una condizione essenziale della vita umana e dell'ordinamento sociale, poiché contribuisce a creare il senso d'identità della persona e permette la trasmissione di informazioni tra i membri della società. Il termine deriva dal latino «communicare» rendere comune, mettere in comune, partecipare, condividere.

Le principali funzioni della comunicazione sono le seguenti:

- **Strumentale**, per soddisfare le esigenze personali (chiedere il giornale dal giornalaio o la carne dal macellaio);
- **Di controllo**, per controllare le altre persone e condizionarne i comportamenti (un genitore che insegna al proprio figlio come comportarsi);
- **Informativa**, quando si comunica allo scopo di spiegare o scoprire qualcosa (il binario da cui parte il nostro treno);
- **Espressiva**, per comunicare sentimenti e stati d'animo (un bambino che piange per una bocciatura);
- **Di contatto sociale**, con lo scopo di stabilire un rapporto (intavolare un discorso sul tempo per rompere il ghiaccio con una persona che non conosciamo);
- **Di sollievo dall'ansia**, per abbassare i propri timori e l'ansia le persone cercano il contatto tra di loro (le chiacchiere nella sala d'aspetto del dentista);
- **Rituale**, legata al ruolo sociale che stiamo rivestendo (i riti religiosi);
- **Di stimolazione**, stante che ogni individuo ha una certa fame di stimoli (il bambino che ha bisogno di interagire con la madre per un adeguato sviluppo psichico).

La comunicazione, secondo Paul Grise, è composta dai seguenti elementi:

- **EMITTENTE**: è la persona che avvia la comunicazione attraverso un messaggio.
- **CANALE DI TRASMISSIONE**: il mezzo di propagazione fisica del codice (onde sonore o elettromagnetiche, scrittura, bit elettronici)
- **RICEVENTE**: accoglie il messaggio, lo decodifica, lo interpreta e lo comprende.
- **CODICE**: parola parlata o scritta, immagine, tono impiegato per "formare" il messaggio.
- **CONTESTO**: l'ambiente significativo all'interno del quale si comunica.
- **REFERENTE**: l'oggetto della comunicazione, a cui si riferisce il messaggio.
- **MESSAGGIO**: è ciò che si comunica e il modo in cui lo si fa.
- **FEED-BACK**: il messaggio di ritorno mandato dal ricevente all'emittente

Questi elementi sono in relazione circolare tra loro: nel cerchio ogni parte è sia il principio che la fine; emittente (E) e ricevente (R) si scambiano i ruoli attraverso un sistema di codifica e di decodifica dei messaggi (M); ed è cosa ben diversa dalla informazione dove l'emittente invia un messaggio (M) attraverso un canale di trasmissione al ricevente (R).



Il processo comunicativo ha quindi una intrinseca natura bidirezionale: il modello va interpretato nel senso che si ha comunicazione quando gli individui coinvolti sono a un tempo emittenti e riceventi messaggi.

In realtà, anche in un monologo chi parla ottiene dalla controparte un feedback continuo, anche se il messaggio non è verbale (vedi la frase: *"parla quanto vuoi, tanto non ti ascolto"*).

Questo fenomeno è stato riassunto con l'**assioma di Paul Watzlawick** secondo il quale, in una situazione in presenza di persone, *"non si può non comunicare"*.

Perfino in una situazione anonima come in un vagone della metropolitana, si emettono per le persone vicine continuamente segnali non verbali (che significano pressappoco *"anche se sono a pochi centimetri da te, non ti minaccio e non intendo immischiarmi nella tua sfera intima"*); e le persone vicine accolgono il messaggio, lo confermano e lo rinforzano (*"bene; lo stesso vale per me nei tuoi confronti"*).

Al fine di chiarire i diversi tipi di comunicazione esistenti, si elencano i 5 seguenti stili comunicativi:

- **Stile Passivo:** Sempre accondiscendente con ciò che vogliono gli altri. Non prende iniziative. Non esprime i suoi pensieri ed emozioni. Ha paura di dire no. Non riconosce i propri desideri e bisogni. Ciò può comportare una violazione dei propri diritti.
- **Stile Aggressivo:** È esigente, ostile e scortese. Per affermare le sue opinioni viola i diritti altrui. Intimidisce gli altri per evitare che facciano ciò che vogliono. È irrispettoso. Gli altri potrebbero sentirsi umiliati o accusati.
- **Stile Passivo-Aggressivo:** Al fine di evitare i conflitti, dice alle persone ciò che esse vogliono sentirsi dire. Tuttavia, nel suo animo prova rabbia e pertanto non soddisfa aspettative e richieste, provocando negli altri sentimenti di frustrazione, rabbia, confusione o risentimento.
- **Stile Manipolativo:** Cerca di ottenere dagli altri quello che vuole facendoli sentire in colpa. Tende ad assumere il ruolo di vittima o di martire, al fine di indurre gli altri ad assumersi la responsabilità nei confronti dei suoi bisogni.
- **Stile Assertivo:** Afferma in maniera diretta, sincera e adeguata i suoi pensieri, emozioni, bisogni o desideri. È capace di assumersi le proprie responsabilità e mostra rispetto per gli altri. In pratica sa affermare le sue opinioni senza violare i diritti degli altri.

A proposito della **assertività** occorre precisare che essa è la capacità di esprimere i propri bisogni e i propri diritti, le proprie sensazioni positive o negative, senza violare i diritti ed i limiti altrui. Comunicare ed ascoltare in modo aperto, diretto ed onesto. La comunicazione assertiva può essere verbale o non verbale. Per essere assertivi è necessario un buon livello di autostima, ovvero essere in grado di darsi il giusto valore senza per questo però violare i diritti altrui.

Tutto ciò che viene percepito viene traslato in linguaggio attraverso le parole. Austin afferma che ciò che passa per realtà (un bicchiere, un tavolo ecc.), dipende dalle nostre categorie linguistiche.

Se accettiamo l'assunto che nulla esista al di fuori di ciò che viene percepito, va da sé che ognuno di noi è un po' diverso da tutti gli altri: percepisce e costruisce il suo mondo e il suo reale in maniera leggermente differente e ha un linguaggio originale.

Una storiella indiana racconta che a non vedenti viene richiesto di toccare e poi descrivere un elefante. Il primo tocca la proboscide il secondo la pancia, il terzo la coda e il quarto la zampa. Tutti e 4 danno descrizioni dettagliate di quello che hanno toccato ma i racconti sono molto diversi l'uno dall'altro. Eppure parlano della stessa realtà. Chi ha ragione, chi ha torto?

Non esiste la risposta vero/falso, bene/male poiché il tutto è grigio, è vero, è possibile. Goethe riprendeva questo concetto, spiegando la sua teoria sui colori.

Prendi un disco composto a spicchi di colori diversi e fallo girare velocemente. I colori singoli scompaiono e tutto il disco diventa di un grigio indistinto. Se fermiamo il movimento i colori ricompaiono. E' come se il grigio li contenesse tutti, eppure è un solo colore.

Il problema del comunicare nasce dall'ottica riduttiva in cui ogni persona, chiusa nel fortino del proprio sapere e del proprio campo percettivo, si illude di possedere la verità, si illude che la sua visione personale e solo quella, sia la giusta visione alla quale, confessiamolo, si rinuncia malvolentieri.

Ogni realtà cambia a seconda del punto di vista dal quale si guarda ciò conduce a reazioni diverse sulla base delle diverse attribuzioni che si possono avere alla medesima realtà. Della stessa realtà si possono avere percezioni e opinioni molto diverse, e come, sulla base di ognuna di questi, le reazioni delle persone cambino.

Ogni realtà cambia a seconda del punto di vista dal quale la si guarda: ciò conduce a reazioni diverse sulla base delle diverse attribuzioni che si possono fare alla medesima realtà.

Prendendo in considerazione gli aspetti pragmatici della comunicazione, ossia lo studio degli effetti che il nostro modo di comunicare può produrre sul comportamento e sulla percezione che le persone hanno della realtà, è fondamentale analizzare in virtù di quali elementi due persone arrivano a costruirsi una immagine implicita l'una dell'altra ancor prima di aver iniziato una comunicazione verbale. Per poi passare ad analizzare le varie tappe attraverso cui l'interazione si sviluppa dal punto di vista verbale che non verbale.

La possibilità di esercitare una qualche forma di influenzamento su un ipotetico interlocutore, passa innanzitutto attraverso un insieme di elementi comunicativo del tipo non verbale che precedono l'interazione verbale: la cosiddetta **PRIMA IMPRESSIONE**, ossia quell'immagine di una data persona che strutturiamo nel momento in cui la incontriamo per la prima volta.

Si tratta di impressioni che si creano a un livello percettivo ed emotivo non del tutto consapevoli e che saranno in grado di influenzare pesantemente tutta l'interazione successiva, poiché sulla scia di queste sottili percezioni verranno a strutturare vere e proprie credenze che, una volta formate, risulteranno difficilmente modificabili.

Una volta che ci siamo formati una prima impressione su una data persona, tendiamo ad andare alla ricerca di elementi che la confermino piuttosto che la smentiscano.

Per esempio, immaginiamo di entrare in un locale convinti di essere antipatici e indesiderati: entreremo con lo sguardo diffidente ci guarderemo intorno con fare circospetto diffidente, non tenteremo neppure di abbozzare un benché minimo sorriso. Proviamo a spostare la prospettiva e mettiamoci nei panni delle persone che sono nel locale e che ci vedono entrare con questo atteggiamento così chiuso e diffidente. Ovviamente tali persone contraccambieranno con analoghi sguardi di diffidenza e antipatia.

L'effetto finale sarà che avremo avuto la conferma della nostra supposizione di essere antipatici e indesiderati, senza renderci conto che tutto ciò è una nostra costruzione di realtà. Analogamente se immaginiamo di entrare nel locale convinto di essere simpatici e graditi, l'effetto finale sarà opposto a quello precedente.

Questo esempio deve farci riflettere su come gran parte della possibilità di esercitare una qualche forma di influenzamento sul nostro interlocutore si giochi spesso nei primi minuti dell'interazione.

La prima impressione che ci formiamo di una persona non si basa tanto su ciò che questa dirà una volta iniziata l'interazione, quanto piuttosto su elementi di tipo prevalentemente non verbale, soprattutto visivi, che precedono l'interazione verbale vera e propria.

5.3 COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE

La comunicazione avviene su tre livelli:

- **VERBALE:** è tutto ciò che può essere “dattiloscritto” (incidenza del 7% sull'intero processo comunicativo);
- **PARAVERBALE:** è quanto può essere prodotto e/o variato con l'apparato vocale, cioè il tono, il timbro, il ritmo ed il volume della voce (incidenza del 38% sull'intero processo comunicativo);
- **NON VERBALE:** è quanto può essere prodotto e/o variato con movimenti del corpo (incidenza del 55% sull'intero processo comunicativo)

□ COMUNICAZIONE VERBALE

Nell'analizzare gli aspetti prettamente verbali, non ci occuperemo tanto del contenuto semantico di ciò che viene detto, quanto piuttosto degli effetti concreti che una data comunicazione produce in virtù della forma che assume.

Una comunicazione strategica, infatti è caratterizzata dal suo esser sempre orientata in direzione di un obiettivo da raggiungere. In un processo che voglia essere realmente persuasorio non sarà veicolato dai significati, quanto piuttosto dalla forma della comunicazione. L'uso di tecniche di suggestione, di paradossi, di trappole comunicative e comportamentali appare, di conseguenza, necessario per condurre prima possibile gli altri a vedere la realtà da punti di vista diversi, ossia a cambiare le proprie opinioni attraverso esperienze concrete e non spiegazioni.

La regola comunicativa principe consiste nell'osservare, imparare e utilizzare il linguaggio di chi sta di fronte.

Tale tecnica è definita “tecnica del ricalco”: si basa sull'utilizzo del linguaggio e delle modalità rappresentazionali dell'interlocutore, in modo tale da entrare in sintonia con le sue modalità di percezione della realtà, creare un clima di suggestione positiva e ridurre la diffidenza del primo dialogo.

La predisposizione di una comunicazione dovrebbe iniziare da parte di chi la vuole gestire con un atteggiamento non verbale aperto, un ammicco o una prima breve domanda, per poi lasciare subito spazio all'altro e fare introdurre a lui l'argomento importante.

In un'ottica persuasoria, infatti, risulta molto più efficace indurre l'altro a prendere l'avvio, piuttosto che aspettare che sia l'altro a iniziare e doversi poi adattare a seguire il percorso da lui tracciato.

Una volta che la persona ha iniziato a parlare, appare estremamente importante interagire, come detto prima, a livello non verbale con ammicchi che denotino attenzione e consenso.

Parallelamente, si deve continuare a gestire il contatto oculare in maniera fluttuante e fluida.

A questo livello, appare molto più importante lavorare sulla comunicazione non verbale piuttosto che su quella verbale, mediante cenni e annuizioni per far sentire all'altro che lo si sta ascoltando e che si concorda con quanto dice.

Sul piano verbale, al contrario è importante evitare di mostrare un forte accordo con frasi del tipo “sì, lei ha ragione”, “sono perfettamente d'accordo”.

Questa tecnica, infatti appare ormai talmente inflazionata e abusata da creare immediatamente nell'altro una reazione di rifiuto poiché si avverte troppo scopertamente il tentativo di fingere un accordo per ben disporre l'interlocutore.

A livello verbale appare invece più efficace utilizzare tutta una serie di domande del tipo : *“mi faccia capire meglio...”, “forse questa cosa non mi è abbastanza chiara..”* e poi parafrasare quello che l'altro ha appena detto sempre in forma interrogativa: *“se non ho capito male, quello che lei mi sta dicendo è..?”*.

Nel parafrasare si ripete ciò che l'altro ha detto secondo una nostra formulazione che si esprime ancora in forma di domanda.

Questa tecnica comunicativa evoluta fa percepire all'altro una grande attenzione da parte dell'interlocutore, un concreto interesse a capire bene cosa sta dicendo prima di esprimersi su un eventuale accordo. Nel parafrasare non si mostra dichiaratamente l'accordo con la posizione dell'altro, ma si crea una realtà in cui è lui a dover costruire l'accordo, conducendolo a sforzarsi sempre di più nel tentativo di chiarire la propria posizione.

La tecnica della parafrasi interrogativa mette, quindi chi la utilizza in una posizione che appare **one-down** agli occhi dell'altro, che si vive come **one-up**, ma in realtà produce esattamente il contrario negli effetti.

L'interlocutore, di fronte a una persona che assume la posizione “sottomessa” di chi si sforza per capire meglio, avrà l'illusione di star guidando l'interazione, mentre in realtà questa sarà completamente guidata dall'altro.

Una volta fatto questo, il persuasore è in grado di assumere il punto di vista dell'altro, di utilizzare la sua logica, la sua prospettiva, il suo linguaggio, fino ad arrivare a sentire tale prospettiva ragionevole.

Quando è entrato nella prospettiva logica dell'altro fino al punto di trovarla ragionevole, il persuasore non deve far altro che aggiungere quel qualcosa che porterà al cambiamento senza apparentemente cambiare, ossia dirottare la percezione dell'altro nella direzione da lui voluta.

Nel far questo è importante evitare di utilizzare formule negative rispetto alla prospettiva dell'altro, poiché ciò crea solo un forte irrigidimento e aumenta enormemente la resistenza al cambiamento.

L'utilizzo di affermazioni negative nei confronti delle idee o del comportamento di una persona, infatti tendono a colpevolizzarla e ad aumentare la resistenza, promuovendo reazioni di rigidità e rifiuto delle nostre comunicazioni.

Al contrario, appare importante saper riorientare in chiave positiva le esperienze e le prospettive che la persona ci propone.

Qualsiasi tipo di richiesta o indicazione, inoltre, si imprime molo più efficacemente se espressa in termini positivi: *“ricordati di imbucare la lettera”* rimane molto più impresso dell'apparentemente analogo: *“non dimenticare di imbucare la lettera”*.

L'arte della persuasione sta quindi nel saper “aggiungere” non nel togliere, per dirottare la prospettiva della persona nella direzione voluta. Questo a partire dalla sua percezione della realtà e mediante la sua logica e il suo linguaggio.

□ COMUNICAZIONE PARAVERBALE

La comunicazione para-verbale comprende l'insieme dei suoni emessi nella comunicazione; riguarda cioè l'importanza della voce sotto i seguenti aspetti:

- **Il tono**, che viene influenzato da fattori fisiologici (età, costituzione fisica) e dal contesto: per esempio una persona di elevato livello sociale che si trova a parlare con una di livello sociale più basso tenderà ad avere un tono di voce più grave;
- **La frequenza**, e anche in questo caso l'aspetto sociale ha una forte influenza: un sottoposto che si trova a parlare con un superiore tenderà ad avere una frequenza di voce più bassa rispetto al normale;

- **Il ritmo**, che conferisce in un discorso maggiore o minore autorevolezza alle parole pronunciate. Parlare ad un ritmo lento per esempio, inserendo delle pause tra una frase e l'altra e magari anche abbassando leggermente il volume della voce, dà un tono di solennità a ciò che si dice rispetto all'utilizzo di un ritmo più elevato. Nell'analisi del ritmo nel linguaggio para-verbale va considerata anche l'importanza delle pause.
- **Il silenzio**, anche esso fa parte del linguaggio para-verbale e le sue caratteristiche possono essere spesso fortemente ambivalenti e soprattutto con esso giocano un ruolo fondamentale gli aspetti sociali e gerarchici.

Sottovalutando l'importanza della voce, possono essere commessi degli errori che possono inficiare l'atto comunicativo.

Innanzitutto di solito o il volume di voce è costantemente basso o costantemente troppo alto; altri errori che rendono la comunicazione assolutamente non persuasoria sono la parlata eccessivamente veloce, la mancanza di intensità tonale, la presenza frequente di intercalari, il cattivo uso delle pause.

L'importanza della voce sta nel fatto di trasmettere emozioni, e solo dopo contenuti, ecco perché l'uso efficace della voce comprende la dinamicità. La voce non dovrebbe mai essere statica e fossilizzata sugli stessi andamenti di tono, ma dovrebbe assumere una tonalità variabile, ossia che utilizza tutte e tre le tipologie di toni - basso, medio, alto – in una sequenza non ripetitiva e non prevedibile.

In questo modo gli interventi saranno più modulati e l'interlocutore, o gli interlocutori, di fronte ai cambiamenti di tono manterranno sicuramente un livello di attenzione e di coinvolgimento più elevato.

Utilizzare dinamicamente la voce vuol dire anche usare correttamente le pause: parlare senza mai fermarsi crea sempre e comunque nell'altro un abbassamento di concentrazione, inoltre pause strategiche possono anche essere utilizzate, unitamente a toni di voce bassi e lenti, per enfatizzare una parola od una frase all'interno del discorso.

La voce efficace è dunque quella vibrante e ricca di armonici. Il grande drammaturgo George Bernard Shaw affermava: *“Col tono giusto, si può dire tutto. Col tono sbagliato, nulla. L'unica differenza consiste nel trovare il tono”*.

COMUNICAZIONE NON VERBALE

La comunicazione non verbale è quella parte della comunicazione che comprende tutti gli aspetti di uno scambio comunicativo che non riguardano il livello puramente semantico del messaggio, ossia il significato letterale delle parole che compongono il messaggio stesso, ma che riguardano il linguaggio del corpo, ossia la comunicazione non parlata tra persone.

Inoltre importantissimi sono i tanti codici della cultura comune i quali ci aiutano a capire i vari messaggi che le parole, i toni e i movimenti del corpo, esprimono solo parzialmente.

Si distinguono classicamente:

- LA COMUNICAZIONE NON VERBALE STATICA
- LA COMUNICAZIONE NON VERBALE DINAMICA

LA COMUNICAZIONE NON VERBALE STATICA

Si tratta di quell'insieme di fattori strettamente legati al nostro apparire estetico: la pettinatura, il trucco, la barba, lo stile che utilizziamo nei vestiti, gli accessori che portiamo (occhiali, gioielli, orologi, ...).

Quello statico è spesso ritenuto l'aspetto più consapevolmente controllabile della comunicazione non verbale e di conseguenza anche più facile da gestire.

In realtà il più delle volte la percezione che abbiamo della nostra estetica raramente coincide con la visione che comunichiamo agli altri. Questo rende estremamente importante il feedback che ci proviene dagli altri, ossia la capacità di osservare noi stessi attraverso il filtro degli occhi altrui, piuttosto che sulla base delle nostre convinzioni.

A differenza di quanto si ritiene, è importante evitare di apparire eccessivamente precisi, omologati nel look. L'eccesso di precisione non solo non piace, ma crea spesso un senso di fastidio e irrigidimento nell'interlocutore.

Appare utile inserire nel proprio stile qualcosa di caratteristico e originale, un particolare dissonante in contrasto con il resto dell'immagine che abbia l'effetto di colpire e catturare l'attenzione dell'altro.

I piccoli contrasti sono in grado di suscitare attenzione, curiosità o fascino.



LA COMUNICAZIONE NON VERBALE DINAMICA

Si tratta di tutti quegli elementi non verbali che precedono la comunicazione del tipo verbale, per poi accompagnarla nel corso di tutta l'interazione.

Vi sono 6 principali fattori di comunicazione non verbale dinamica:

- 1 lo sguardo e il contatto oculare
- 2 la gestualità, la gestione dello spazio prossemico, la postura
- 3 la mimica del volto
- 4 gli aspetti paralinguistici della comunicazione (tono, timbro e volume del voce).

①

Lo sguardo e il contatto oculare. Il contatto visivo è uno dei segnali non verbali più potenti di cui disponiamo. Nella maggior parte degli incontri quotidiani l'adeguata quantità di contatti oculari è regolata in modo delicato, in base al sesso allo status, all'intimità e alla natura della relazione.

Il contatto oculare non è qualcosa che andrebbe mantenuto per tutto il corso di un'interazione, ma dovrebbe essere continuamente intervallato da momenti in cui si sposta lo sguardo, per poi ristabilire il contatto, in una continua fluttuazione che permette di far procedere l'interazione in modo armonico e senza tensioni. A questo proposito, basti pensare al significato di sfida o invadenza che un contatto oculare mantenuto a lungo e in modo persistente finisce per implicare. Un tale atteggiamento porta generalmente a un'escalation simmetrica nel rapporto fra pari sesso e crea un forte senso di fastidio fra esponenti di sesso opposto. Il fissare senza interruzioni è un antico segnale di sfida e dominanza.

Fra uomo e donna, invece, uno sguardo protratto troppo a lungo viene generalmente interpretato come un tentativo di seduzione.

Se si rende necessario adottare un tipo di sguardo in grado di colpire e mettere in soggezione l'interlocutore, basterà spostare l'asse del nostro sguardo di qualche millimetro verso l'interno o l'esterno delle sue pupille. La persona senza rendersene conto a livello razionale, sarà costretta a inseguire il nostro sguardo e sperimenterà una sensazione di forte soggezione psicologica.

②

La gestualità, la gestione dello spazio prossemico, la postura. Si tratta di elementi della comunicazione non verbale il cui significato varia enormemente da cultura a cultura. Studiosi come Ekman e Friesen hanno da tempo dimostrato come il tentativo di attribuire un significato univoco a una data postura, per esempio, sia ormai una credenza infondata, che solo una certa forma di psicologia popolare continua ad assumere come vera.

Se vogliamo comunicare al nostro interlocutore un'impressione piacevole anche mediante i movimenti, la postura e la gestualità, dunque, dovremo in primo luogo stare attenti a evitare di suscitare in lui sensazioni sgradevoli o di minaccia. A questo fine è estremamente importante evitare qualsiasi aspetto di rigidità nella postura: una postura rigida, sia sotto forma di contrazione che di distensione, mette sulla difensiva e crea nell'altro allontanamento. Nel corso di tutta l'interazione il corpo deve muoversi in perfetta armonia con lo sguardo e con la mimica facciale, facendo particolare attenzione a non violare lo spazio prossemico dell'altro.

③ **La mimica facciale.** Appaiono fondamentali i cosiddetti “ammicchi”. L’ammiccamento rimane un importante componente di rinforzo della comunicazione verbale nel corso di tutta l’interazione. Via via che l’altro parla, il persuasore accompagna ciò che ascolta con dei cenni mimici di accordo, annuisce, facendo sentire all’altro che è d’accordo con lui e cercando di provocare lo stesso tipo di risposte non verbali nell’interlocutore. Questa reciprocità di ammicchi contribuisce notevolmente alla creazione di un buon rapporto fra gli interlocutori e incrementa la possibilità di un accordo finale. Fra i cenni mimici del volto, una nota particolare merita il sorriso. Per creare fin dall’inizio un’alleanza con gli altri, il sorriso è un elemento fondamentale. Il sorriso, infatti è un importante predittivo e rafforzativo di alleanza, ma in quanto tale andrebbe evitato prima che all’alleanza sia venuta a crearsi.

④ **Aspetti paralinguistici della comunicazione: il timbro, il tono e il volume della voce.** Sono i fattori non verbali che intervengono per ultimi, quando si inizia la comunicazione verbale. Essi devono essere modulati in modo tale da risultare armonici rispetto alla posizione del corpo, ai gesti e al contenuto della comunicazione. Per esempio, se si è in una posizione più rilassata il timbro e il tono della voce devono essere altrettanto morbidi quanto la postura, il volume non deve superare un certo livello, né essere troppo basso, in modo tale che dalla somma di tutti questi elementi scaturisca un insieme armonico di cui gli aspetti paralinguistici costituiscono la melodia.

5.4 FATTORI CHE INFLUENZANO LA COMUNICAZIONE

I fattori che influenzano il comportamento comunicativo sono:

- il **CONTESTO SOCIO-AMBIENTALE** (rumori, grida, cattivi odori, luoghi poco rassicuranti....);
- il **TIPO DI RELAZIONE** (su tre direttrici: parità-potere, familiarità-estraneità, confidenza-freddezza);
- i **RUOLI DEI COMUNICANTI** a causa della loro identità al momento dello scambio, riferita alla uguaglianza o alla differenza delle relazioni. Si distinguono a tal proposito:
 - **relazioni simmetriche**, in cui entrambi i partecipanti tendono a rispecchiare il comportamento dell’altro (ad es. nel caso della diade dirigente-dirigente, o dipendente-dipendente);
 - **relazioni complementari**, in cui il comportamento di uno dei comunicanti completa quello dell’altro (ad es. dirigente-dipendente).Nella relazione complementare uno dei due comunicanti assume la posizione *one-up* (superiore) e l’altro quella *one-down* (inferiore); i diversi comportamenti dei partecipanti si richiamano e si rinforzano a vicenda, dando vita ad una relazione di interdipendenza in cui i rispettivi ruoli (*one-up* e *one-down*) sono stati accettati da entrambi (ad es. le relazioni madre-figlio, medico-paziente, istruttore-allievo, insegnante-studente). È fondamentale avere chiaro il concetto che le relazioni simmetriche e quelle complementari non devono assolutamente essere equiparate a “buona” e “cattiva”, né le posizioni *one-up* e *one-down* vanno accostate ad epiteti quali “forte” e “debole”; si tratta solo di una suddivisione che ci permette di classificare ogni interazione comunicativa in uno dei due gruppi.
- il **CANALE COMUNICATIVO** (visivo, telefonico, epistolare, ...).

Ogni comunicazione è soggetta ad un certo grado di **DISTORSIONE DEL MESSAGGIO**. I 3 meccanismi principali in tal senso sono:

- La **CANCELLAZIONE**, dipendente dalla capacità attentiva volta a percepire solo una quantità ridotta di stimoli;
- La **GENERALIZZAZIONE**, quando si categorizza in modo erroneo, appunto generalizzando più per un pregiudizio che per una relazione logica.
- La **DEFORMAZIONE**, dipendente dai limiti sensoriali (spesso dove non arriva lo stimolo sensoriale arriva la fantasia); oppure dipendente da aspettative eccessive o difese psicologiche.

Il **FALLIMENTO DELLA COMUNICAZIONE**, ovvero quando un individuo che comunica non riesce a trasmettere il messaggio, si ha per i 3 seguenti fenomeni:

- **EMISSIONE INEFFICACE:** l'emittente non riesce a tradurre efficacemente in codice il suo messaggio (può avere cause diverse: inibizione emotiva, povertà lessicale,).
- **RICEZIONE INEFFICACE:** dovuta ad una deficienza sensoria del ricevente, o ai meccanismi di distorsione sopra riportati.
- **DISGIUNZIONE DELLA COMUNICAZIONE:** quando le persone che interagiscono non condividono lo stesso codice (linguaggio o convenzioni non verbali).

5.5 IL PRIMO CONTATTO CON L'UTENTE

Quando un utente entra in Pronto Soccorso dovrebbe sempre essere accolto e salutato dall'infermiere al triage e nella prima conversazione dovrebbero essere inclusi due aspetti fondamentali:

- 1 il riconoscimento del paziente
- 2 il riconoscimento del problema.

La raccolta delle informazioni dovrebbe cominciare solo dopo che si sono instaurate buone relazioni. Ci sono dei particolari che possono essere molto importanti durante il primo colloquio:

- dare il benvenuto e salutare il paziente;
- utilizzare il cognome del paziente;
- sorridere
- cercare di mantenere il contatto visivo;
- usare il tatto se le circostanze lo richiedono;
- essere educati;
- trattare il paziente con rispetto;
- dare al paziente il massimo dell'attenzione;
- rispettare al massimo la sua privacy;
- ascoltare, ascoltare, ascoltare;
- fare attenzione alla comunicazione non verbale;
- fare domande per chiarire ciò che non si capisce;
- parlare lentamente, chiaramente e non ad alta voce;
- parafrasare il problema per confermare di aver capito;
- essere sinceri sempre.

La società di oggi non è abituata ad aspettare per avere un servizio; la gente non sa aspettare e diviene quindi ansiosa, nervosa e anche irritabile quando è costretta a farlo. Ecco perché è così importante sapere comunicare, soprattutto nella fase di attesa dei pazienti.

Il *triager* pertanto deve essere particolarmente predisposto e ben disposto a relazionarsi con il cliente, affinando continuamente la propria capacità di comunicare attraverso processi di apprendimento e di miglioramento (anche sul campo) che prevedono questi passaggi:

- Imparare a prestare attenzione a ciò che si comunica personalmente con le parole e il comportamento, in modo da comprendere meglio le reazioni dell'altro;
- Divenire consapevoli di alcuni meccanismi che caratterizzano il funzionamento della comunicazione, in modo da comprendere fatti altrimenti difficilmente spiegabili;
- Imparare a riconoscere gli elementi sulla cui base ricaviamo la nostra immagine dell'altro (parole e comportamenti);

- Diventare coscienti dell'imperfezione della nostra capacità di comunicare, e quindi di quanto sia facile che l'altro si faccia un'idea sbagliata di noi (delle nostre intenzioni, sentimenti, opinioni) e noi di lui;
- Imparare a controllare maggiormente i nostri messaggi verbali e il loro effetto;
- Imparare a verificare se i messaggi ricevuti dall'altro corrispondono a quelli che intendevamo inviare e se quelli ricevuti da noi corrispondono a quelli che l'altro intendeva inviare;
- Raggiungere una maggiore consapevolezza dell'importanza di quanto e di come si parla insieme.

Il triager deve cercare di instaurare sempre una **COMUNICAZIONE COMPLEMENTARE**, caratterizzata cioè da 2 diverse posizioni: una persona (l'infermiere) assume la posizione che è stata definita quella superiore o *one-up*; mentre l'altra (il paziente) tiene la posizione corrispondente, inferiore, secondaria o *one-down*.

E' il contesto sociale e culturale a stabilire relazioni di questo tipo (per esempio i rapporti madre-figlio o infermiere-paziente).

Attenzione però a non interpretare questa posizione superiore come PIU' IMPORTANTE (*"io sono più importante di te"*). Una persona non impone all'altro una relazione complementare, ma piuttosto ciascuno si comporta in un modo che presuppone il comportamento dell'altro, mentre allo stesso tempo gliene fornisce le ragioni. Sono quindi sempre calzanti le definizioni che essi danno della relazione.

Altrimenti si rischia di instaurare una **COMUNICAZIONE SIMMETRICA**, caratterizzata da una relazione basata sull'uguaglianza. Le persone tendono a rispecchiare il comportamento e la modalità comunicativa dell'altro. La comunicazione simmetrica è caratterizzata dall'uguaglianza e dalla minimizzazione della differenza. In un dialogo simmetrico spesso si osserva che nessuno dei due interlocutori sembri interessato a quello che l'altro dice: spesso in tale situazione, punti di vista discrepanti diventano il materiale per un'ulteriore escalation simmetrica, perdendo di vista il problema principale.

Per non cadere nella trappola d'instaurare una comunicazione simmetrica, con una escalation aggressiva, la prima regola da seguire è quella di **non entrare nella logica di chi ti vuole manipolare**.

Non bisogna mettersi a discutere e giustificare; occorre semplicemente limitarsi a sostenere il proprio punto di vista.

Osserviamo alcuni suggerimenti. A titolo esemplificativo, si riportano alcune situazioni tipiche delle aree di triage.

Una persona giunge al triage e chiede di essere visto subito. Risposta: *"non è possibile"* e così si va avanti con *"sì, ma io", "sì, però"*. Una escalation simmetrica.

Altro approccio è quello di dire: *"bene, mi descriva il problema, vediamo cosa possiamo fare"*. Tale risposta, basata sulla comunicazione complementare, crea una costruzione nel dialogo.

Di seguito vengono riportate delle comunicazioni nelle quali c'è una affermazione dell'utente (provocazione), una risposta reattiva, istintiva dell'infermiere e una risposta più meditata, ragionata, efficace ai fini di una corretta relazione.

PROVOCAZIONE: Non è possibile che ci vogliano due ore per essere visitato!!!!

RISPOSTA REATTIVA: Senta, io sono qui per il mio lavoro. Se lei non vuole aspettare è libero di andarsene.

RISPOSTA CORRETTA: Capisco la sua impazienza, ma prima devono essere visitate le persone più gravi.

PROVOCAZIONE: chi è lei per dire che non sono grave?

RISPOSTA REATTIVA: Senta, sono io che stabilisco tutto. Le va bene o no.

RISPOSTA CORRETTA: Sono un infermiere professionale.

PROVOCAZIONE: Uno deve essere moribondo per essere visitato...

RISPOSTA REATTIVA: Lei non è moribondo e quindi deve aspettare!

RISPOSTA CORRETTA: Le sembra strano dover aspettare in un Pronto Soccorso, ma appena terminate le urgenze verrà visto anche lei.

E' OPPORTUNO ACCERTARSI CHE LE CONDIZIONI CLINICHE INIZIALI DEL PAZIENTE NON SIANO CAMBIATE

PROVOCAZIONE: Lei non sa chi sono io...

RISPOSTA REATTIVA: Per il mio lavoro non ha nessuna importanza

RISPOSTA CORRETTA: Mi dica il suo nome. Vedo che cosa si può fare.

PROVOCAZIONE: mio figlio sta proprio male e voi lo fate aspettare

RISPOSTA REATTIVA: Signora, stia tranquilla, non si preoccupi!

RISPOSTA CORRETTA: Capisco la sua preoccupazione ma è meglio che il bambino la veda calma piuttosto che agitata. Qui è sotto controllo.

PROVOCAZIONE: lo chiamo il 113 così sarete obbligati a vedermi subito

RISPOSTA REATTIVA: faccia un po' quello che vuole, le ho già detto che deve aspettare il suo turno

RISPOSTA CORRETTA: Lei può farlo, consideri però che qui l'ordine di precedenza è stabilito in base alla gravità.

PROVOCAZIONE: lo pago le tasse e ho diritto di essere visitato subito

RISPOSTA REATTIVA: Se è per quello le pago anch'io

RISPOSTA CORRETTA: l'ordine di precedenza è stabilito in base alla gravità, non a chi paga le tasse

Da tutto quanto riportato in questo manuale, emerge che l'infermiere è chiamato ad attuare una valutazione eccellente, a prendere decisioni rapide e precise.

AGIRE ED AVERE RAPPORTI ORIENTATI ALL'UTENTE, cioè erogare assistenza specialistica di qualità e rispettare i principi della qualità del servizio.

In che cosa consiste la soddisfazione dell'utente? Consiste nel trattare l'altro così come voi vorreste essere trattati, in un clima positivo, di serenità e benessere.

La cosa più importante è fare in modo che il paziente, una volta lasciato il reparto, scelga di ritornarvi. Questo concetto sta alla base di ogni principio di qualità.

Esiste una regola nel mondo economico:

- servono 10 milioni per avere un cliente;
- servono 10 secondi per perdere un cliente;
- servono 10 anni per eliminare il problema.

Dieci secondi spesi per una scadente qualità costano all'azienda 10 milioni e fanno perdere 10 anni per recuperare buone relazioni pubbliche.

Un'altra regola del *marketing* è: "ogni utente insoddisfatto parla della propria cattiva esperienza ad almeno quattro amici o conoscenti, mentre ogni utente soddisfatto parla della propria esperienza positiva solo a un amico.

Generalmente la gente non usa vantarsi delle proprie esperienze positive, mentre ama raccontare quelle negative ogni volta che ne ha la possibilità.

La logica conclusione è che **"il tempo e gli sforzi spesi per la soddisfazione dell'utente sono sempre spesi bene"**.

La **PERCEZIONE DELL'URGENZA**, o meglio **L'URGENZA SOGGETTIVA** è un altro importante fattore alla base del disagio e delle incomprensioni che spesso si verificano durante l'attesa.

Tra gli utenti e il personale ospedaliero vi è spesso un modo diverso d'interpretare il grado d'urgenza di una patologia o di un evento traumatico.

L'importante è sapere che questa discrepanza esiste. L'urgenza oggettiva è ciò che risulta dai dati rilevati e analizzati mediante il processo di triage.

L'urgenza soggettiva è invece qualcosa di più complesso, è quanto si sente grave un paziente ed è la risultante dell'evento dannoso che ha colpito la persona, elaborato attraverso i suoi vissuti, il suo stato emozionale, le sue conoscenze sanitarie (spesso influenzate dai mass-media), la percezione del proprio corpo, l'interpretazione del dolore.

In questi casi sono estremamente importanti gli interventi di rassicurazione e di informazione relativi alla patologia presente che l'infermiere al triage può fare. Egli deve cercare di aiutare gli utenti a cambiare le loro

aspettative, soprattutto, attraverso un processo di assicurazione che miri a cambiare le loro attese, assicurandoli che comunque i loro bisogni saranno soddisfatti.

Niente è più efficace dell'esprimere comprensione a coloro che stanno aspettando e immediatamente dopo dare spiegazioni sui motivi del ritardo.

Si può dire, per esempio: *“mi rendo conto che state aspettando da molto tempo, ma sono appena arrivati 4 feriti da un incidente stradale e appena li avremo visitati toccherà a voi. Posso fare qualcosa per voi mentre aspettate?”*

Di seguito sono riportati altri suggerimenti per rendere l'attesa meno stressante per il paziente e per il personale:

- dire sempre la verità;
- avere un atteggiamento positivo, SENZA dare false speranze;
- ascoltare i bisogni e le preoccupazioni dei pazienti;
- non diffondere negatività;
- assicurarsi che in sala d'attesa ci siano riviste; meglio se c'è un televisore;
- controllare i pazienti più frequentemente possibile, rivalutandone anche visivamente le condizioni cliniche;
- spiegare come mai alcuni pazienti accedono all'area di trattamento per la visita prima di altri.

Ogni contatto con il paziente lo rassicura sul fatto che non è stato dimenticato e che il personale è a sua disposizione.

In particolare il *triager* deve essere sempre “l'avvocato” dei pazienti e nel frattempo collaborare con il resto dell'equipe in sala visita, per assicurarsi che il paziente sia comunque visitato il prima possibile.

Non ci si illuda comunque che pochi esempi possano restituire o risolvere l'enorme complessità delle relazioni che si instaurano in triage.

Nella maggior parte dei casi, infatti, le aspettative insoddisfatte possono essere causa di conflitti. Pertanto l'infermiere deve essere in grado di riconoscere le situazioni che possono generare conflittualità e di risolvere i problemi appena insorgono.

Se possibile è consigliabile isolare dal resto delle persone, quei soggetti che mostrano atteggiamenti aggressivi; e qualora ci sia un attacco verbale:

- non cercare di difendere se stessi o l'istituzione per cui si lavora;
- cercate di ignorare, per quanto possibile, chi sta attaccando;
- concentrarsi sui sentimenti e sulle argomentazioni dell'utente.

5.6 UTENTI CRITICI ED UTENTI DIFFICILI

L'utente “critico” descritto in questo paragrafo, non riguarda il suo stato; bensì il suo carattere, la sua personalità, la cultura; variabili che tendono più di altre a sollevare malumori o a dimostrare insoddisfazione durante l'attesa.

Riconoscere preventivamente questa tipologia di utenti può servire al *triager* a pianificare mentalmente gli interventi per la gestione dei casi e a controllare il proprio stato emozionale.

UTENTE ANTI-ISTITUZIONALE

E' colui che per partito preso va sempre e comunque contro tutto ciò che è istituzionale: politici, ministeri, uffici postali, ospedali...; per il quale i servizi pubblici in genere sono tutti luoghi dove non si lavora e dove non funziona mai niente.

E' il tipo di persona che deve far sentire la sua voce altrimenti pensa: “Chissà quanto dovrò aspettare”.

UTENTE IPOCONDRIACO

Ha sul volto un'espressione sofferente, parla con un filo di voce, la posizione del suo corpo è raccolta nel suo dolore con braccia conserte e non appena un operatore o chiunque sia in divisa da lavoro, passa nel suo raggio d'azione, deve dimostrargli quanto stia soffrendo chiamandolo e parlandogli delle sue disgrazie. Il dolore ovviamente è amplificato alla decima potenza e spesso dimostra caratteristiche ansiogene.

UTENTE RISSOSO O PREPOTENTE

Si fa notare subito muovendo passi ampi con fare spavaldo, fissa qualsiasi operatore negli occhi in segno di sfida e il suo tono di voce è alterato e autoritario fin dall'inizio. Vuol far capire subito che, se necessario, è disposto a denunciare legalmente o ad alzare le mani per ottenere quello che vuole. Non accetta alcuna spiegazione perché ritiene in ogni caso di essere nel giusto.

UTENTE GRANDE ANNUITORE

E' un tipo insidioso, che non si scopre subito, è educato e gentile. Generalmente si mette al suo posto in attesa e tace in silenzio, ma è nell'insorgere di una qualsiasi contestazione che rivela tutto il suo potere. Dà immediatamente man forte al contestatore annuendo con la testa a ogni sua parola fino a che, all'improvviso, si alza in piedi e con tono forte ed eccitato declama tutto di un fiato quello che pensa sia sbagliato, incitando il resto della sala d'attesa fino al sollevamento generale.

UTENTE STRESSANTE

E' un tipo normale all'apparenza, bene educato e tranquillo; non è violento né aggressivo, ma ha una particolarità: lavora ai fianchi meticolosamente, chiede spiegazioni per l'attesa e, anche se sembra aver capito, richiede più volte la stessa informazione, a scadenze regolari, noncurante di qualsiasi cosa stiate facendo, finché esasperati, si farà di tutto per allontanarlo, favorendone l'accesso alle cure.

UTENTE PEDIATRICO

Pone sempre molte criticità in un reparto d'emergenza; più che il bambino, sono spesso gli accompagnatori (genitori, tutori, nonni,), che creano difficoltà in sede di triage, in quanto scaricano sul *triager* la loro naturale ansia, accumulata per la sofferenza del piccolo e creano così pressioni che rendono ancora più complicata la situazione. E' necessaria molta calma per gestire al meglio la situazione; è buona norma comunque, prevedere per questo tipo di utenze corridoio preferenziale (*fast-track*) o comunque isolarle, insieme all'accompagnatore, dalla sala d'attesa.

UTENTE CON DISTURBI PSICHICI

Sono pazienti che normalmente richiedono una particolare attenzione. Quando giungono in Pronto Soccorso creano notevoli difficoltà sia al *triager* sia agli altri utenti presenti nella sala. La gestione di questi pazienti è molto delicata perché basta poco, un atteggiamento ostile o una parola mal interpretata, per rompere il loro equilibrio psichico e causare disordini in sala d'attesa. Anche per essi dovrebbe essere previsto un corridoio preferenziale (*fast-track*).

UTENTE SOTTO EFFETTO DI SOSTANZE PSICOTROPE O CON SINDROME DA ASTINENZA DA ESSE

Sono pazienti difficili da valutare in sede di triage, in quanto la loro capacità di comunicare e la loro percezione del dolore sono notevolmente alterate.

Per questi pazienti è necessaria un'accurata valutazione, che sarà basata principalmente sull'intervista a eventuali parenti o accompagnatori, ma soprattutto sulla raccolta dei dati oggettivi al fine di avere informazioni certe su cui basare la decisione di triage.

Il rischio di sottostimare questi pazienti è molto elevato, anche perché l'operatore sanitario tende spesso a essere ostile verso questa categoria di pazienti.

Generalmente il loro comportamento mira soprattutto a comunicare un'urgenza soggettiva che se ignorata o non soddisfatta immediatamente può sfociare in un comportamento violento.

UTENTE ABITUDINARIO

Ha la caratteristica di presentarsi in Pronto Soccorso molto frequentemente e sempre per problemi che non rilevano carattere d'urgenza.

Questa tipologia di utenza non presenta particolari problemi di valutazione; anzi, generalmente trattasi di persone che esternano loro stesse i sintomi in maniera precisa e articolata.

Il rischio a cui va incontro il *triager* è quello di non compiere accuratamente la valutazione, giustificandosi con il fatto di conoscere già il paziente e le sue richieste ed etichettandolo automaticamente come non urgente.

Appare superfluo ricordare che al triage non esiste nulla di certo e prevedibile e anche per un paziente abitudinario non va esclusa la possibilità che quegli stessi sintomi possano invece essere premonitori della manifestazione di una grave patologia.

5.7 L'ASCOLTO ATTIVO

L'ascolto può essere considerato come un momento del processo della comunicazione: il messaggio in arrivo viene ascoltato ed elaborato per formulare un'azione o un messaggio di ritorno (feedback). Se lo scambio dei messaggi è finalizzato al raggiungimento di obiettivi concreti (come avviene nelle organizzazioni o, comunque, per motivi di lavoro), l'ascolto spontaneo può non essere adeguatamente efficiente: molti equivoci e molte incomprensioni che si verificano in questo contesto si possono attribuire ad una scadente capacità di ascolto da parte degli interlocutori.

Il termine "ascolto", nell'uso corrente, viene associato ai concetti di:

- **PASSIVITA'**: Per ascoltare non bisogna "fare" niente. Basta che chi ci parla pronunci le parole in modo sufficientemente forte e chiaro;
- **NATURALEZZA**: L'ascolto non richiede alcun accorgimento particolare perché è un fenomeno spontaneo e coincide semplicemente con lo "stare a sentire" qualcuno che parla.

Il *triager*, invece, deve utilizzare invece la capacità di ascoltare in senso diverso: anche se da un lato è vero che è l'ascolto è un fenomeno spontaneo tanto che, a volte, avviene anche contro la nostra volontà (non possiamo fare a meno di sentire rumori molesti o discorsi noiosi) esso presenta due limiti fondamentali:

- 1 si limita all'aspetto verbale delle comunicazione (si ascoltano solo le parole dell'interlocutore);
- 2 è condizionato dall'istintiva tendenza di chi ascolta a pensare subito a cosa rispondere, invece di accogliere fino in fondo ciò che l'altro dice.

Succede così di esprimere il proprio pensiero prima di aver capito bene la situazione, di agire sulla base di ciò che si crede di aver capito invece che sulla base di ciò che è stato veramente detto, di concordare su delle idee mal comprese, di eseguire male un lavoro per non voler ammettere di non aver capito e così via.

Il cattivo ascolto è fonte di molti problemi connessi alla comunicazione e alle relazioni interpersonali (l'interlocutore non capito si sente frustrato e poco considerato).

D'altra parte la capacità di ascolto, che tutti in qualche misura possediamo, può essere sviluppata ed esistono indicazioni, tecniche specifiche e riferimenti per passare da un atteggiamento spontaneo a quello che è definito **ascolto attivo**: chi ascolta non è più un ricevente passivo ma qualcuno che agisce in modo finalizzato per facilitare la comunicazione e si attiva per:

- capire che cosa vuol comunicare l'interlocutore;
- capire a quale scopo lo sta comunicando;
- evitare di interpretare soggettivamente i messaggi dell'interlocutore;
- cercare di individuare e rimuovere eventuali ostacoli al libero fluire della comunicazione;
- far capire che ha capito.

L' **ASCOLTO ATTIVO** è una delle tecniche dell'assertività e si fonda sia sulla capacità di leggere i segnali che ci invia l'interlocutore, sia su quella di controllare i segnali che noi emettiamo e di finalizzarli a favorire un'espressione più aperta e una maggiore comprensione.

Innanzitutto è necessario tener presente che, nell'ambito di un approccio pragmatico ai problemi della comunicazione, non si ascoltano solo i contenuti (espressi attraverso le parole), ma si può "ascoltare" anche la relazione (espressa attraverso la comunicazione non verbale).

A proposito della comunicazione non verbale, è fondamentale saper riconoscere i segnali che indicano il non ascolto. Chi non ascolta di solito:

- non guarda mai negli occhi chi parla;
- sembra non poter stare fermo;
- ha sempre troppo da fare;
- viene costantemente interrotto (telefonate, visite,);
- fa troppe domande interrompendo chi parla;
- non mostra interesse;

- è troppo aggressivo, non è obiettivo;
- fraintende a proprio vantaggio;
- non è abbastanza umile;
- sta troppo sulla difensiva.

L'ascolto attivo si basa non solo sul controllo dei segnali di questo tipo (sia che si ricevono, sia che ci si accorge di emetterli), ma anche su una serie di comportamenti specifici a livello di interazione con l'altro.

In effetti la capacità di ascoltare è connessa con il fornire feedback sulla corretta ricezione dei messaggi, in modo da chiarire e favorire il proseguimento della discussione.

La capacità di ricezione ha due dimensioni fondamentali:

- la prima, è comunicare l'intenzione di voler capire le idee e i sentimenti dell'emittente;
- la seconda, è comprendere e interpretare le idee e i sentimenti espressi dall'interlocutore.

Il principale ostacolo per una efficace comunicazione è, infatti, la tendenza a giudicare (approvando o disapprovando) il messaggio ricevuto; questa tendenza al giudizio è particolarmente accentuata in situazioni nelle quali sentimenti ed emozioni sono particolarmente coinvolti, soprattutto quando gli interlocutori esprimono punti di vista o valori diversi.

L'ascolto attivo, dunque, si fonda sui seguenti tre punti, a ciascuno dei quali corrispondono specifiche azioni da compiere:

1 MANIFESTAZIONE DELL'INTERESSE

L'interlocutore deve avere l'impressione che ciò che sta dicendo ci interessa. Si può comunicare questo interesse attraverso il linguaggio non verbale (così facendo si modella la relazione): contatto visivo (guardare chi parla), linguaggio del corpo (non dare segni di impazienza o di disagio), non interrompere, non distrarsi.

2 RICHIESTE MIRATE

Si può interloquire non per interrompere chi parla, ma per facilitargli la comunicazione: invito a iniziare la conversazione, incoraggiamenti a continuare il discorso, richiesta di informazioni (meglio se brevi) volte a inquadrare meglio l'oggetto di cui si parla, stimoli ad approfondire certi passaggi per capire meglio ciò che viene detto.

3 ESPRESSIONI D'INTESA

Ricerca di conferme, per sé e per l'interlocutore sulla qualità della comprensione: parafrasare il contenuto esposto (*"allora, se non ho capito male, lei ha detto che..."*), riflettere i sentimenti e le intenzioni dell'interlocutore (*"mi rendo conto che per lei questo è molto impegnativo..."* o *"da quello che mi dice mi pare di capire che lei abbia intenzione di ..."*) o riassumere (*"se mi consente provo a riassumere quanto abbiamo detto finora..."*).

Un ascolto attivo implica una continua verifica, volta sia ad accertarsi di aver ben compreso che a confermare all'interlocutore che lo si sta ascoltando; è dunque opportuno, per esempio, che le espressioni di intesa non si concludano, come affermazioni, ma con una richiesta di convalida: *"se ho ben capito lei ha detto che... è così?"*. Oppure: *"mi pare che questi eventi la coinvolgano molto... è vero?"*.

sezione VI: QUALITA', REPORTING E VERIFICHE

6.1 ASPETTI GENERALI

Questa sezione del documento ha lo scopo di fornire un sussidio metodologico agli operatori sanitari dell'emergenza che dovranno valutare l'uso delle procedure di triage nelle varie strutture di emergenza di appartenenza.

“Di Dio ci fidiamo. Tutti gli altri portino dati”. Questo aforisma di Walter Deming sottolinea l'importanza di avere dati non solo in funzione del controllo di gestione, ma anche in funzione della valutazione dei dirigenti.

Le nuove sfide della new economy ci insegnano che la professionalità, la conoscenza e la acquisizione di dati quanto più oggettivi possibili sono il vero motore di qualsiasi Azienda, e che queste caratteristiche non sono possedute, bensì acquisite “step by step” per investimenti continui.

Un dato diventa un'informazione, un indicatore, una misura quando è rapportato a degli standard di riferimento: allora diventa capace di modificare la probabilità delle decisioni.

Scriveva Berwich: *“Misurare senza cambiare è uno spreco. Cambiare senza misurare è sconsiderato”*. Per questo risulta indispensabile la determinazione di indicatori validi, accurati e riproducibili.

Il miglioramento della qualità nella gestione del triage prevede che tali procedure vengano valutate in modo da poter intraprendere misure correttive qualora vengano evidenziate criticità in seguito all'uso non corretto o all'inapplicabilità della procedura stessa.

A tale scopo viene costituito in ogni Presidio Ospedaliero un “TEAM DI VERIFICA DI TRIAGE” così articolato:

- 1 Dirigente Amministrativo del Controllo di Gestione, con funzioni di coordinamento;
- Il Direttore del Dipartimento di Emergenza cui afferisce il Pronto Soccorso;
- Il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero (o suo delegato);
- Il Direttore o Responsabile del Pronto Soccorso;
- 2 Infermieri del Pronto Soccorso con funzioni di segreteria.

Questo team di verifica dovrà operare secondo lo schema di Deming (ciclo della qualità) che può essere sintetizzato come nella immagine e nei concetti di seguito rappresentati.



- **pianifica**
- **fai**
- **verifica**
- **agisci**

Per la **fase di pianificazione** si richiede di riprendere le linee d'indirizzo del presente manuale e di adattare e tradurle in protocolli all'interno delle procedure operative di triage da attivare localmente senza alterare gli algoritmi delle condizioni patologiche descritte nel manuale stesso.

Le procedure di triage così redatte dovranno essere verificate e firmate dal Direttore del Dipartimento e dalla Direzione Sanitaria di Presidio di ogni singolo stabilimento ospedaliero.

Per la **fase del fare** si richiede di applicare quotidianamente i protocolli sviluppati.

Per la **fase della verifica** si richiede di misurare periodicamente (una volta ogni sei mesi) una serie fissa di indicatori facilmente ricavabili dal sistema informatico e verificarne il discostamento dal risultato atteso (standard) e di analizzare le variazioni avvenute in senso negativo o positivo. La verifica avviene mediante l'organizzazione di audit che ha come scopo finale il miglioramento delle prestazioni erogate al paziente.

Si ricorda che l'audit è uno strumento di verifica della appropriatezza, efficacia ed efficienza (qualità della performance clinica) che deve anche saper cogliere la possibilità di miglioramenti organizzativi. Anche un reclamo, quando questo si riferisce ad aspetti clinici o organizzativi, può essere occasione per un audit professionale.

I dati che devono essere sottoposti a monitoraggio e valutazione sono:

- quelli relativi all'organizzazione (struttura);
- quelli relativi alle attività: numero e tipologia degli eventi formativi somministrati, numero e tipologia del personale formato, tipologia delle metodiche di insegnamento, procedure e quant'altro.
- quelli relativi ai risultati: apprendimento individuale, informazioni, abilità e capacità operative, acquisizione di modelli, logiche, approcci, metodologie;
- quelli relativi all'impatto: trasferimento operativo degli apprendimenti nella realtà di lavoro ovvero l'aumento delle competenze professionali concretamente esercitate nella propria realtà lavorativa, o le ricadute sulla cultura organizzativa e la modificazione della realtà organizzativa come sistema globale.

6.2 INDICATORI

Per potere realizzare degli indicatori sono necessari una serie di dati da estrarre dal sistema informatico. Tali dati devono essere certi, oggettivi, inequivocabili e riproducibili, possibilmente integrati in un sistema di reporting da avviare automaticamente a scadenze prestabilite mediante query predefinite. Essi possono essere così riassunti:

- Numero di accessi di pronto soccorso;
- Identificativo dell'operatore di triage;
- Ora di presa in carica del paziente al triage;
- Ora di presa in carica del paziente all'ambulatorio medico di competenza;
- Problema causa dell'accesso;
- Modalità di arrivo in Pronto Soccorso (privato, in ambulanza 118...);
- Parametri vitali rilevati dal triager;
- Determinazione della scala del dolore;
- Attività o prestazioni accessorie di triage;
- Primo codice colore di triage;
- Rivalutazione di codice colore;
- Ora di attribuzione del codice colore rivalutato;
- Diagnosi di dimissione ICD9CM (principale);
- Codice colore di uscita.

Tali informazioni costituiranno un dataset con cui sarà possibile costruire gli indicatori per il monitoraggio dell'attività di triage.

I tempi di rilievo e misurazione di ciascun indicatore saranno semestrali, a cura di infermieri appositamente individuati dal Direttore della UO.

Il sistema di verifica si fonda sul rilievo e sulla analisi di n. 15 indicatori come di seguito rappresentato:

INDICATORE 1: completezza della sezione anagrafica

numero pazienti con codice fiscale riportato / numero totale di accessi
valore atteso: 99% (esclusi gli STP);

INDICATORE 2: qualità della completezza della sezione anagrafica

numero pazienti con recapito telefonico riportato / numero totale degli accessi
valore atteso: 70% (esclusi gli STP);

INDICATORE 3: completezza del rilievo dei parametri vitali

numero pazienti con parametri vitali riportati nella sezione specifica / numero totale di accessi

valore atteso: 85% (esclusi i codici bianchi);

L'indicatore va ripetuto per ciascun parametro vitale (3A=FC; 3B=FR; 3C=TC; 3D=SPO2; 3E=GCS; 3F=PAO) ed elaborato per problema principale e codice colore.

INDICATORE 4: completezza delle informazioni riportate nella sezione "motivo dell'accesso"

numero pazienti con informazioni riportate nella sezione specifica / numero totale di accessi

valore atteso: 99% (esclusi i codici rossi)

INDICATORE 5: attività accessorie di triage

numero pazienti sui quali sono state eseguite attività accessorie (ECG, reperimento di accesso venoso, ...) / numero totale di accessi

valore atteso: 10% (solo codici gialli)

Questo indicatore deve essere valutato sulla base di protocolli di attività previsti nei PS locali ed elaborato per problema principale.

INDICATORE 6: codici rossi appropriati

numero di codici rossi assegnati / numero di codici rossi in uscita

valore atteso: 99%

INDICATORE 7: codici gialli appropriati

numero di codici gialli assegnati / numero di codici gialli in uscita

valore atteso: 85%

INDICATORE 8: codici verdi appropriati

numero di codici verdi assegnati / numero di codici verdi in uscita

valore atteso: 90%

INDICATORE 9: codici bianchi appropriati

numero di codici bianchi assegnati / numero di codici bianchi in uscita

valore atteso: 99%

INDICATORE 10: overtriage

numero di codici verdi gialli e rossi assegnati / numero di codici di grado inferiore in uscita

valore atteso: 20%

Questo indicatore può essere valutato su ogni singolo operatore con valore atteso 10%.

INDICATORE 11: undertriage

numero di codici verdi e gialli assegnati / numero di codici di grado superiore in uscita

valore atteso: 10%

Questo indicatore può essere valutato su ogni singolo operatore con valore atteso 5%.

INDICATORE 11: undertriage critico

numero di codici gialli assegnati / numero di codici rossi in uscita

valore atteso: ZERO

Il mancato riconoscimento di un codice rosso è da classificare come EVENTO SENTINELLA e necessita della convocazione straordinaria del TEAM DI VERIFICA DI TRIAGE in audit clinico ed organizzativo.

INDICATORE 12: livello di addestramento

numero di infermieri formati / numero infermieri in servizio

valore atteso: 90%

fonte dati: programma del corso effettuato e attestato dei partecipanti.

INDICATORE 13: qualità del livello di addestramento

numero di infermieri formati entro 2 anni / numero infermieri in servizio

valore atteso: 70%

fonte dati: programma del corso effettuato e attestato dei partecipanti.

INDICATORE 14: qualità delle infrastrutture

numero di checkpoint presenti / numero di checkpoint previsti

valore atteso nel punteggio parziale 1: > 12/17

valore atteso nel punteggio parziale 2: > 20/26

fonte dati: scheda di verifica strutturale del triage (vedi sezione allegati).

INDICATORE 15: appropriatezza della fast-track

numero di dimissioni dopo fast-track / numero di procedure eseguite

valore atteso: 90%

fonte dati: registro di pronto soccorso.

sezione VII: ALLEGATI

TRIAGE POSTER

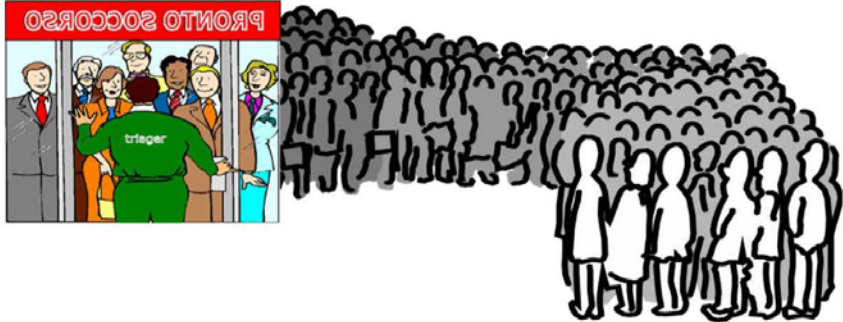


PRESIDIO OSPEDALIERO

Come in tutti gli ospedali del mondo, in questo Pronto Soccorso è in vigore il

TRIAGE

un sistema che regola l'accesso alle cure di Pronto Soccorso.



Non tutti gli ammalati possono essere visitati nello stesso momento, ma selezionati secondo un ordine, che permetterà a seconda delle necessità, di essere soccorsi in tempi più rapidi ed efficaci.

Il **TRIAGE** è la selezione degli ammalati per la visita medica.



Un infermiere professionale opportunamente addestrato si prenderà immediatamente cura di Voi e Vi assegnerà un codice colorato (rosso, giallo, verde e bianco) che stabilisce un ordine di accesso alle cure mediche.



I codici rosso e giallo, hanno sempre la precedenza rispetto agli altri.

Avere un codice d'accesso verde o bianco può significare dovere attendere prima di essere visitati dal medico:
MA SIGNIFICA ANCHE CHE IL VOSTRO PROBLEMA, PUR SE FASTIDIOSO, NON COMPORTA PARTICOLARI RISCHI PER LA VOSTRA SALUTE.

Non dimenticate che, anche se state aspettando, siete **SEMPRE** sotto il controllo di un **OPERATORE SANITARIO** istruito, attento, consapevole che ha studiato e superato test ed esami di controllo per l'espletamento di queste funzioni.

E soprattutto, che la vostra attesa sta permettendo ad altri ammalati più gravi di essere curati meglio.

Vi chiediamo pertanto di attendere pazientemente e seguire le istruzioni che vi saranno date



LA DIREZIONE SANITARIA

TRIAGE FOGLIETTO DOCUMENTO INFORMATIVO

INFORMAZIONI UTILI

Se una persona ha un problema non urgente, ma differibile nel tempo, può rivolgersi:

- al proprio medico di famiglia o al proprio pediatra di libera scelta negli orari di ambulatorio o telefonicamente dalle 8 alle 20 dal Lunedì al Venerdì e dalle 8 alle 12 del sabato;
- al medico di continuità assistenziale (guardia medica) nelle ore notturne (dalle 20 alle 8), e nei giorni festivi e prefestivi. La visita e le cure sono gratuite.

In Pronto Soccorso non è presente il servizio odontoiatrico. Per problemi dentari potete consultare gli odontoiatri convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale presso i PTA (Presidi Territoriali di Assistenza)

I cittadini EXTRACOMUNITARI con regolare permesso di soggiorno e senza medico di famiglia possono recarsi sempre presso gli uffici della ASP (vedi sopra).

I cittadini EXTRACOMUNITARI senza un regolare permesso di soggiorno possono essere assistiti in Pronto Soccorso.

Per qualsiasi altro tipo di informazione (pazienti ricoverati, modalità per prenotare gli appuntamenti, visite, controlli, ecc...) dovete rivolgervi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico del nostro Ospedale (URP) o all'Ufficio Informazioni (piano terra, nella hall).

IL PTA (Presidio Territoriale di Assistenza) si trova ubicato

I ricoveri programmati, in Day Hospital, in Day Surgery o in Hospice non vengono eseguiti dal Pronto Soccorso, ma regolarizzati dall'Accettazione Sanitaria, ubicata

I CODICI DI EMERGENZA

Poche righe, per spiegarvi una cosa che ci sta davvero a cuore. Ogni giorno lavoriamo per soccorrere mediamente oltre 200 pazienti.

Il tempo per noi è molto importante: dobbiamo utilizzarlo in modo razionale, perché sappiamo che qualche volta, un ritardo di pochi minuti può mettere in pericolo la vita degli ammalati.

Proprio perché i nostri tempi di intervento dipendono dalla effettiva gravità del caso abbiamo stabilito 4 codici, che corrispondono ad altrettanti livelli di urgenza.

Pertanto, al momento dell'accoglienza vi viene assegnato il codice, da cui potete dedurre la gravità del caso e di conseguenza i tempi di attesa.

IL VOSTRO CODICE DI ACCESSO E' QUELLO BARRATO



CODICE ROSSO

Sono i casi più gravi, con pericolo di vita immediato. Il Pronto Soccorso blocca la propria attività e si prepara a ricevere il paziente approntando gli ambulatori a maggiore tecnologia disponibile. Per avvertire gli altri pazienti in attesa viene accesa l'insegna "Emergenza-Attendere".



CODICE GIALLO

Viene assegnato ai pazienti con problemi gravi o potenzialmente tali. Il personale del Pronto Soccorso si presta per ridurre al minimo i tempi d'attesa.



CODICE VERDE

Viene assegnato ai pazienti con problemi non gravi. Il paziente non è in pericolo di vita e viene assistito dopo i casi più urgenti.



CODICE BIANCO

Viene assegnato ai pazienti con problemi non urgenti e differibili. I pazienti vengono comunque assistiti, ma solo dopo che il personale ha risolto i casi più urgenti.

Quindi, attenzione al codice e al suo significato: se state aspettando vuol dire che c'è qualcuno che sta peggio di voi.

Contiamo sulla vostra collaborazione



Ospedale

U.O. MEDICINA E CHIRURGIA
DI ACCETTAZIONE / URGENZA

direttore / responsabile:

PRONTO SOCCORSO



**sempre e comunque,
24 ore su 24,
365 giorni l'anno,
cerchiamo la soluzione
dei vostri problemi urgenti**

A COSA SERVE IL PRONTO SOCCORSO

IL PRONTO SOCCORSO E' DEDICATO ALLE URGENZE ED ALLE EMERGENZE SANITARIE.

NON E' INDICATO PER APPROFONDIRE ASPETTI CLINICI NON URGENTI O CRONICI.

ACCESSO ALLA VISITA MEDICA

Per esporre i vostri problemi rivolgetevi al personale infermieristico dedicato alla prima accoglienza nell'area di TRIAGE.

Dopo la valutazione effettuata da personale infermieristico addestrato, vi verrà assegnato un codice colore che stabilisce la priorità di accesso alle cure al fine di limitare al minimo le attese per i casi davvero urgenti.

Ricordate SEMPRE di portare con voi il documento di identità personale, la tessera sanitaria, l'eventuale documentazione sanitaria e l'elenco delle medicine che state assumendo, per agevolare il lavoro degli operatori.

Vi chiediamo di rimanere in sala d'attesa affinché il personale possa rintracciare facilmente al momento del vostro ingresso negli ambulatori.

Se dovete allontanarvi, anche momentaneamente, per qualsiasi motivo, siete pregati di comunicarlo al personale.

NESSUNO può accedere agli ambulatori se non preventivamente autorizzato dal personale.



SOLITAMENTE NON SONO AMMESSI GLI ACCOMPAGNATORI

Per i pazienti anziani e/o con difficoltà ad esprimersi e per i minori saranno gli stessi operatori a chiedervi di rimanere accanto al vostro familiare.



DISSIONE

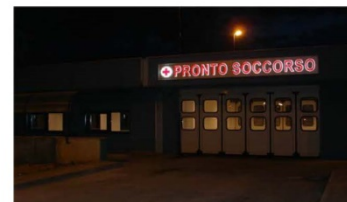
Nella eventualità che il medico del Pronto Soccorso vi prescriva delle terapie non erogate gratuitamente dal S.S.N. (non ricettabili), il foglio di dimissione potrà essere esibito in farmacia per l'acquisto delle medicine.

Il foglio di dimissione contiene tutte le informazioni e le prescrizioni mediche per proseguire l'iter diagnostico e terapeutico: CONSEGNAVELO al vostro medico di famiglia!

Per il codice BIANCO di dimissione, vi saranno date istruzioni circa il pagamento del ticket previsto dalla normativa regionale.

A CHI CHIEDERE INFORMAZIONI

Per informazioni riguardanti il vostro familiare rivolgetevi agli operatori dell'ambulatorio che lo ha preso in carico. Le informazioni sanitarie verranno fornite nel rispetto delle norme di tutela della privacy.



NORME GENERALI

Vi ricordiamo che non è consentito per alcun motivo, l'utilizzo di apparecchi di telefonia mobile nei locali del pronto soccorso. Questi infatti possono provocare disturbo alle apparecchiature di monitoraggio e in ogni caso le suonerie disturbano la quiete e il silenzio dell'ambiente.

Vi chiediamo cortesemente di mantenere un comportamento il più decoroso e silenzioso possibile durante l'attesa.

Vi chiediamo inoltre di non sollecitare gli operatori dedicati all'accoglienza per accedere agli ambulatori prima del vostro turno.

SOLO LORO SONO ESCLUSIVAMENTE AUTORIZZATI A STABILIRE IL GRADO DI URGENZA DEL VOSTRO PROBLEMA





INFORMATIVA ALL'UTENZA DEL PRONTO SOCCORSO

Informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 4 della L. 23 marzo 2015
pubblicata nella GURS n. 15 parte II del 16 aprile 2015



La prima medicina è il territorio: Cosa può fare la medicina territoriale per le "urgenze"?

Il sistema sanitario offre diverse risposte a quelle che consideriamo "urgenze": è necessario cercare di usare bene queste risorse per trovare la risposta più adeguata alle diverse esigenze.

Non tutte le "urgenze" sono uguali: anche se non sempre è facile capire senza essere professionisti sanitari se un sintomo può indicare un problema grave, spesso non è necessario recarsi al pronto soccorso per farsi valutare.

Troppo spesso vi rischia di dover attendere per avere una risposta (che si sarebbe potuta ottenere molto prima) e soprattutto rallestare l'assistenza ai casi più gravi.

Alli di fuori dal Pronto Soccorso esiste una rete sanitaria capace di fornire risposte adeguate a molte "urgenze" ed in grado eventualmente di assicurare un pronto collegamento con le strutture ospedaliere quando necessario. Tale rete è costituita:

- da **Medici di Medicina Generale (MMG)** e dai **Pediatrati di Libera Scelta (PLS)**, che possono operare singolarmente o in studio associati nei casi in cui possibile trovare assistenza in fase più iniziale; tutti questi servizi offrono le garanzie dei singoli professionisti;

- dai **Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)**, in cui sotto stesso auspicio per venire incontro alle "urgenze" territoriali; i **Punti di Primo Intervento (PPI)** e **Punti di Primo Intervento Pediatrico (PPI-P)**

In tali servizi, attivi nelle ore diurne dalle ore 8:00 alle ore 20:00 dei giorni feriali e dalle ore 8:00 alle ore 10:00 dei giorni festivi, operano medici che possono avvalersi anche degli altri servizi offerti da PTA (e cioè a posto clinico), su giudizio dei medici del PPI, a cui indirizzano, specialisti ed infermieri, i PPI-P hanno poi reparti dedicati per singolo Distretto.

- dai **Presidi di Continuità Assistenziale (ex-guardia medica)**, attivi nelle ore notturne dei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 8:00 nei giorni prefestivi dalle ore 10:00 alle ore 6:00 del giorno successivo e nei giorni festivi per 24 ore dalle ore 8:00

- dai **Presidi Territoriali di Emergenza (PTE)** attivi ogni giorno 24 ore su 24.

Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), Punti di Primo Intervento (PPI) e Punti di Primo Intervento Pediatrico (PPI-P)

AGRICENTO, PTA via Giovanni XXIII, tel. 0922.407798; PPI e PPI-P via Giovanni XXIII, tel. 0922.407758

BIVONA, PTA via Benedetto, telefono 0922.593088; PTA via Benedetto, tel. 0922.593018

CAMMARATA, PTA via Frenco (ex S. Lucia), tel. 0922.903038-903002; PPI-P via Frenco (ex S. Lucia), tel. 0922.903008

CANICATTI, PTA via Pietro Micca 101, tel. 0922.733510 – 733541; PPI-P ex Guardia P. Santa presso Ospedale, tel. 0922.733111

CASISTERMINI, PTA via Kennedy 55, numero verde 800.059.036; PPI-P via Kennedy 55, tel. 0922.529165 – 0922.516001

FAVARA, PTA via della Santità, telefono 0922.429013; PPI telefono 0922.32281

MENFI, PTA via Raffello, tel. 0922.70113

PALMA DI MONTICCHIO, PTA via Maccarato, tel. 0922.790207; PPI-P via Maccarato, tel. 0922.790297

RIBERA, PTA via Circonvallazione (presso Ospedale), tel. 0922.562238; PPI-P via Circonvallazione (presso Ospedale), tel. 0922.562260

SCICCAIA, PTA via Pompei, tel. 0922.962547; PPI-P via Pompei, tel. 0922.962532; PPI-P via Pompei, tel. 0922.962532

Al Pronto soccorso: Cosa fa il pronto soccorso?

Il pronto soccorso gestisce l'emergenza urgenza individuando i casi clinic che necessitano di intervento immediato e di stabilizzazione. Definisce, altresì i percorsi diagnostici e terapeutici più opportuni secondo un ordine di priorità (codice triage).

Cosa è il triage?

Il triage è uno strumento utilizzato all'interno (griglia in ingresso) del pronto soccorso da parte del personale infermieristico, opportunamente formato che, a seconda della carenza di priorità della sintomatologia riferita e sui dati oggettivi, attribuisce un codice colore indicando il grado di urgenza:

rosso (cure immediate)	giallo (cure intermedie)	verde (priorità bassa)	bianco (nessuna urgenza)
------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

A chi viene attribuito il codice bianco?

I criteri per attribuire un codice bianco sono:

- nessuna alterazione delle funzioni vitali;
- una sintomatologia non critica o a rischio di aggravamento;
- una sintomatologia minore o presente da qualche giorno o cronica.

Tutti i problemi clinic di codice bianco possono trovare una risposta appropriata utilizzando i percorsi sanitari alternativi al Pronto Soccorso (MMG, Pediatrati di Libera Scelta, Guardia Medica, Specialista ambulatorio esterni).

I codici bianchi accedono per ultimi alle cure del Pronto Soccorso (dopo i codici rossi, gialli e verdi)

Che cosa è il codice colore alla dimissione?

E' il codice che il medico alla dimissione del pronto soccorso attribuisce al paziente dopo la prestazione. Questo codice può non coincidere con il codice di triage (grado di accesso).

Cosa è l'Osservazione Breve Intensiva ?

L'Osservazione Breve Intensiva è una modalità di assistenza che viene effettuata nel quadri clinico del paziente non subito chiaro e quindi è necessario ritardare in osservazione per alcune ore (da 4 fino a 48 ore).

ALTRE

- Sindrome influenzale; febbre inferiore a 38 °C senza complicanze; Rilevo pressorio asintomatico; Ansia; Richiesta di vaccinazione antitetanica
- Richieste di visite mediche preventive o di esami di laboratorio e radiologici in assenza di motivazioni specifiche
- Cefalea senza segni neurologici in assenza di cefalalgia; Vertigini senza segni neurologici

SCHEDA DI VERIFICA STRUTTURALE DEL TRIAGE

PRESIDIO OSPEDALIERO _____

(barrare le infrastrutture presenti; 1 punto per ogni infrastruttura presente)

- | | |
|--|---|
| ☐ presenza di camera calda;
☐ ingresso separato per codici rossi e altri codici;
☐ locale per deposito barelle e sedie portantine;
☐ sala d'attesa per familiari;
☐ servizi igienici;
☐ vicinanza con personale addetto alla sicurezza;
☐ locale attesa post-triage;
☐ deposito materiale sporco / pulito;
☐ sfigmomanometro; | ☐ fonendoscopio;
☐ pulsiossimetro;
☐ termometro;
☐ fotometro per glucotest rapido;
☐ elettrocardiografo;
☐ postazione telefonica;
☐ computer con software dedicato;
☐ contenitore per rifiuti speciali e per quelli assimilabili ai rifiuti solidi urbani; |
|--|---|

PUNTEGGIO PARZIALE 1: _____ / 17

(barrare le infrastrutture presenti; 1 punto per ogni infrastruttura presente)

- | | |
|--|--|
| ☐ carrello di triage munito di:
☐ kit di provette per esami di routine
☐ pack di ghiaccio monouso
☐ maschere per ossigenoterapia
☐ occhiali per ossigenoterapia
☐ bombola di ossigeno portatile
☐ pallone di ventilazione (per adulti e pediatrico)
☐ serie di maschere facciali in silicone
☐ serie di cannule orofaringee di guedel
☐ laccio emostatico
☐ serie di cateteri venosi tipo corto
☐ deflussori in plastica con controllo del gocciolamento
☐ siringhe monouso
☐ soluzione fisiologica | ☐ guanti monouso ambidestri in lattice
☐ cestello di garza 10 x 10
☐ disinfettante per uso esterno
☐ leucoplasto 10 x 5
☐ garza vaselinata 10 x 10 confezione singola
☐ forbici per bendaggi
☐ telini sterili monouso in tnt
☐ bende di cambric
☐ gel per elettrodi ecg
☐ elettrodi cutanei per ecg
☐ scatola per aghi usati
☐ rasoi monouso per tricotomia |
|--|--|

PUNTEGGIO PARZIALE 2: _____ / 26

data e ora della verifica _____

il TEAM DI VERIFICA:

- Controllo di Gestione
- Direttore del Dipartimento di Emergenza
- Direttore Sanitario di Presidio
- Direttore Pronto Soccorso
- Infermiere Pronto Soccorso
- Infermiere Pronto Soccorso
