
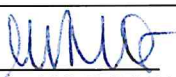
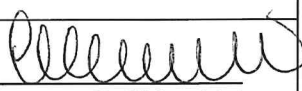
	Regione Lazio ASL Roma I Dipartimento dello Sviluppo Organizzativo UOC Sicurezza Qualità e Risk Management Direttore: Dott.ssa Maddalena Quintili Raccomandazione Ministeriale n. 15		
	Procedura n° 15: Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage all'interno del Pronto Soccorso	Rev.01 del 31/12/2020	Pag. 1 a 21 PG

INDICE

1. PREMESSA.....	2
2. OBIETTIVO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	3
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	4
6. MATERIALI / DISPOSITIVI / ATTREZZATURE	5
8. VERIFICA DI APPLICAZIONE E INDICATORI.....	7
9. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI	7
10. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA.....	7
11. DIAGRAMMI DI FLUSSO - TABELLE E CODICI TRIAGE	8
12. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI.....	21

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
Rev. 0	01.09.2016	GdL	Dott.ssa M. Quintili	Dott.ssa M. Quintili
Rev I (Revisione al triennio)	31.12.2020	GdL	 Direttore UOC SQRM Dott.ssa M. Quintili	 Dott.ssa P. Chierchini Direttore Area Ospedaliera

Gruppo di Lavoro

UOC SICUREZZA QUALITÀ RISK MANAGEMENT: Dott. A. Bossi, Dott.ssa Stefania Greghini

UOC PS e Medicina d'Urgenza P.O. S. Filippo Neri: Direttore Dott. Massimo Magnanti, Dott.ssa Stefania Cerrai, CPSE Dott.ssa Luigina Di Benedetto, CPSI Dott. Alessio Agostini, CPSI Dott.ssa Gaia Moretti

UOC PS e Medicina d'Urgenza P.O. S. Spirito: Direttore Dott.ssa Maria Paola Saggese, Dott. Denis Disegna, Dott.ssa Cristina Bongiovanni, Dott.ssa Monica Carfora, CPSE Dott. Marco Carosella, CPSI Dott.ssa Chiara Paccagnella, CPSI Emanuela Vergini

UOC PS P.O. Oftalmico: Direttore Dott. Francesco Corasaniti, CPSE Dott.ssa Carolina Ponziani

I. PREMESSA

I servizi di emergenza/urgenza (Centrale operativa 112, mezzi di soccorso, Punti di primo intervento, Pronto soccorso ospedaliero) hanno l'obiettivo di garantire prestazioni immediate agli utenti che presentano alterazioni delle funzioni vitali tali da compromettere potenzialmente e gravemente lo stato di salute.

L'importanza di utilizzare il triage nei contesti sopra citati nasce dalla necessità di avere a disposizione un efficace processo di valutazione/selezione degli utenti, in relazione all'urgenza dell'assistenza e della cura. Infatti, poiché non è possibile erogare immediatamente le cure necessarie a tutti i pazienti, il triage rappresenta uno strumento indispensabile nelle situazioni in cui occorre effettuare delle scelte di priorità, operando, in tal modo, una ottimizzazione dell'intervento diagnostico-terapeutico ed assistenziale.

Il triage consiste in un processo dinamico, volto a garantire che i pazienti ricevano il livello e la qualità di cura più appropriate alle loro necessità, in relazione alla migliore utilizzazione possibile delle risorse disponibili (o destinabili).

Il triage ospedaliero è quello effettuato nei Pronto soccorso che garantiscono prestazioni di ampia variabilità rispetto alle caratteristiche dell'urgenza: dall'emergenza all'urgenza "differibile" fino alla "non urgenza".

Il triage rappresenta il primo momento di accoglienza e valutazione delle persone che giungono in Pronto soccorso; è un'attività volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del rischio evolutivo, in modo da garantire la presa in carico e definire l'ordine di accesso al trattamento.

La funzione fondamentale del triage non è pertanto quella di ridurre i tempi d'attesa dei pazienti, ma di effettuare una ridistribuzione a favore di chi ha necessità di interventi da erogare in emergenza e urgenza. In tal senso il triage:

- Permette una razionalizzazione dei tempi di attesa, superando il criterio dell'ordine di arrivo, scarsamente funzionale;
- Consente di recuperare efficienza ed efficacia del sistema dell'emergenza/urgenza;
- Permette di operare un'ottimizzazione delle risorse disponibili, in modo tale da rispondere alle reali necessità dell'utente, con prestazioni il più possibile personalizzate ed adeguate.

Attraverso il triage si agisce su tre punti fondamentali del sistema:

- Riduzione del rischio di ritardo nell'intervento sul paziente urgente;
- Ridistribuzione delle priorità degli utenti del pronto soccorso con l'attribuzione di un codice adeguato;
- Sistematizzazione delle procedure di accoglienza e di assegnazione dei pazienti al relativo percorso di cure.

L'attività di triage intraospedaliero è affidata a personale infermieristico in possesso di specifiche competenze promosse attraverso un percorso formativo mirato secondo gli standard nazionali e regionali, (formazione clinica specifica, relazionale e metodologica), esperienza lavorativa di almeno sei mesi in Pronto Soccorso e un periodo di affiancamento di almeno 36 ore.

2. OBIETTIVO

Uniformare le modalità di assegnazione del codice numerico di Triage, il quale regola l'accesso alla sala visita del PS del paziente secondo criteri di priorità per ridurre i rischi di grave danno o morte dei pazienti legati ad una errata attribuzione del codice triage all'arrivo in Pronto soccorso.

Il triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificatamente formato, sempre presente nella zona di accoglienza del Pronto soccorso e in grado di considerare i segni e sintomi del paziente per identificare condizioni potenzialmente pericolose per la vita e determinare un codice di priorità per ciascun paziente al fine di stabilire l'accesso alla sala visita medica.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tale procedura operativa deve essere osservata da tutti gli operatori che lavorano nei Pronto soccorso dei Presidi Ospedalieri della ASL Roma I: S. Filippo Neri, S. Spirito, Oftalmico.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Triage: attività volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del rischio evolutivo, in modo da garantire la presa in carico e definire l'ordine di accesso al trattamento.

Tessera TEAM: la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) è il retro della Tessera Sanitaria nazionale (TS) o della Carta Regionale dei Servizi, recante il codice fiscale e i dati anagrafici, che permette di usufruire delle cure medicalmente necessarie.

Sistema Informativo GIPSE: strumento informatico di supporto alle attività del PS, centrata sul ciclo del paziente, prevede la gestione dell'accoglienza, la selezione ed individuazione delle priorità d'accesso (triage), il trattamento ambulatoriale (sia medico che chirurgico), la gestione dell'esito e della modulistica resa obbligatoria dalla legge.

RTS: il Revised Trauma Score (RTS) è il punteggio da utilizzare nel triage extraospedaliero come pure nella valutazione intraospedaliera o per le decisioni sui trasferimenti interospedalieri dei pazienti traumatizzati. Il RTS si basa sulla combinazione del punteggio del GCS con quello derivante dalla valutazione della pressione sistolica e della frequenza respiratoria. Ad ogni variabile è assegnato un punteggio che va da 4 (normale) a 0.

GCS: Glasgow Coma Scale.

OESIL e EGSYS Score: Scale di rischio nella valutazione del paziente con sincope che si basano su elementi rilevabili al triage, possono contribuire alla definizione del livello di priorità quale fattore integrativo e non sostitutivo della valutazione ordinaria.

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Legenda: R=Responsabile; R*=per ambiti di competenza in specifici contesti; C=Coinvolto; I=Informato.

ATTIVITÀ	Personale Infermieristico Triage	Coordinatore Infermieristico	Personale Medico di PS	Direttore Dipartimento Emergenza
Conduzione del Triage	R	C	C	I
Informare sul codice numerico assegnato	R		C	
Assegnazione del codice di priorità, in base alla procedura "Triage modello Lazio"	R	C	C	I
Valutazione soggettiva: Intervista al paziente o a eventuali accompagnatori o personale del soccorso	R	C	C	I
Valutazione oggettiva: rilevazione parametri vitali ricerca specifica di informazioni che possono derivare da un esame localizzato sul distretto interessato, dal sintomo principale corporeo	R*	C	R*	I
Informare la persona assistita sui tempi di attesa presunti	R	C	C	I
Accurata comunicazione/informazione sulle condizioni del paziente tra il personale della Centrale Operativa 112 e personale addetto al triage in PS.	R	C	C	I
Rivalutazione ad intervalli predefiniti e secondo il codice numerico attribuito	R	C	C	I
Approvazione protocolli Triage	C	C	C	R
Formulazione protocolli di valutazione	C	C	C	R

6. MATERIALI / DISPOSITIVI / ATTREZZATURE

Le aree triage devono essere chiaramente ed immediatamente identificabili per tutti coloro che accedono nell'area emergenza e dovrebbero permettere un controllo completo dell'ingresso dei pazienti, e delle ambulanze, nonché dei pazienti in attesa di visita.

La sala Triage dovrà essere dotata dei seguenti presidi minimi:

- Requisiti minimi di allestimento vedi D.G.R. n° 14 luglio 2006 n° 424
- Lettore tessera TEAM
- Monitor multifunzioni per la registrazione dei parametri vitali.
- Lettino visita con ruote.
- Stampante Barcode/braccialetti
- Monitor TV
- Monitor Videocamere
- Doppia postazione GIPSE con stampanti
- Linea telefonica interna
- Linee telefoniche dedicate per contatto diretto con la CO 118

Azione	Motivazione
1. Presa in carico del paziente: osservazione con valutazione visiva	Permette di rilevare condizioni pericolose per la vita del paziente (codice 1 per cui il paziente entra immediatamente in sala visita).
2. Trasferimento del paziente dall'ausilio dei mezzi di soccorso all' ausilio appropriato del pronto soccorso	Permette di ottimizzare l'utilizzo degli ausili a disposizione in rapporto alle necessità dello stato di salute del paziente
3. Espletamento procedura amministrativa quando possibile dietro presentazione del documento di riconoscimento	Garantisce il corretto inserimento dei dati anagrafici acquisiti
4. Valutazione soggettiva. Intervista al paziente o ad eventuali accompagnatori o personale del soccorso	Permette di determinare: sintomo principale, evento presente, dolore, sintomi associati, anamnesi
5. Valutazione oggettiva: <ul style="list-style-type: none"> rilevazione parametri vitali; ricerca specifica di informazioni che possono derivare da un esame localizzato sul distretto interessato, dal sintomo principale 	Permette di confermare o smentire, attraverso la rilevazione dei dati obiettivi, l'ipotesi che ci si è posti con l'individuazione del sintomo principale
6. Assegnazione del codice di priorità, in base alla procedura "Triage modello Lazio" (manuale regionale triage intra ospedaliero a cinque codici, agosto 2019)	Attribuzione del codice per dare una priorità di accesso alla visita
7. Informare sul codice numerico assegnato	Ciò mette il paziente al corrente del codice di priorità attribuito
8. Informare la persona assistita sui tempi di attesa presunti	Ciò garantisce una corretta informazione all'utenza sui tempi di attesa per ridurre l'ansia del paziente e lo stress dell'infermiere deputato al triage
9. Rivalutazione ad intervalli predefiniti: <ul style="list-style-type: none"> o in relazione al codice di priorità assegnato codice 1: accesso immediato al trattamento; codice 2: accesso entro e non oltre i 15' con osservazione diretta e monitoraggio costante del paziente; codice 3 accesso entro 60' e da rivalutare una volta trascorso il tempo di attesa massimo; codice 4 accesso entro 120' e da rivalutare una volta trascorso il tempo di attesa massimo; codice 5 accesso entro i 240' e da rivalutare una volta trascorso il tempo di attesa massimo; codice 2-3-4-5 rivalutare a giudizio del triagista o a richiesta del paziente 	Mantiene un adeguato codice di priorità ai pazienti in attesa

8. VERIFICA DI APPLICAZIONE E INDICATORI

- ✓ N. di schede di Triage correttamente compilate / N. totale di schede di Triage compilate;
- ✓ N. di audit attivati annualmente su eventi avversi, criticità, non conformità segnalate.
- ✓ Scostamento codice triage tra ingresso e dimissione.

9. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

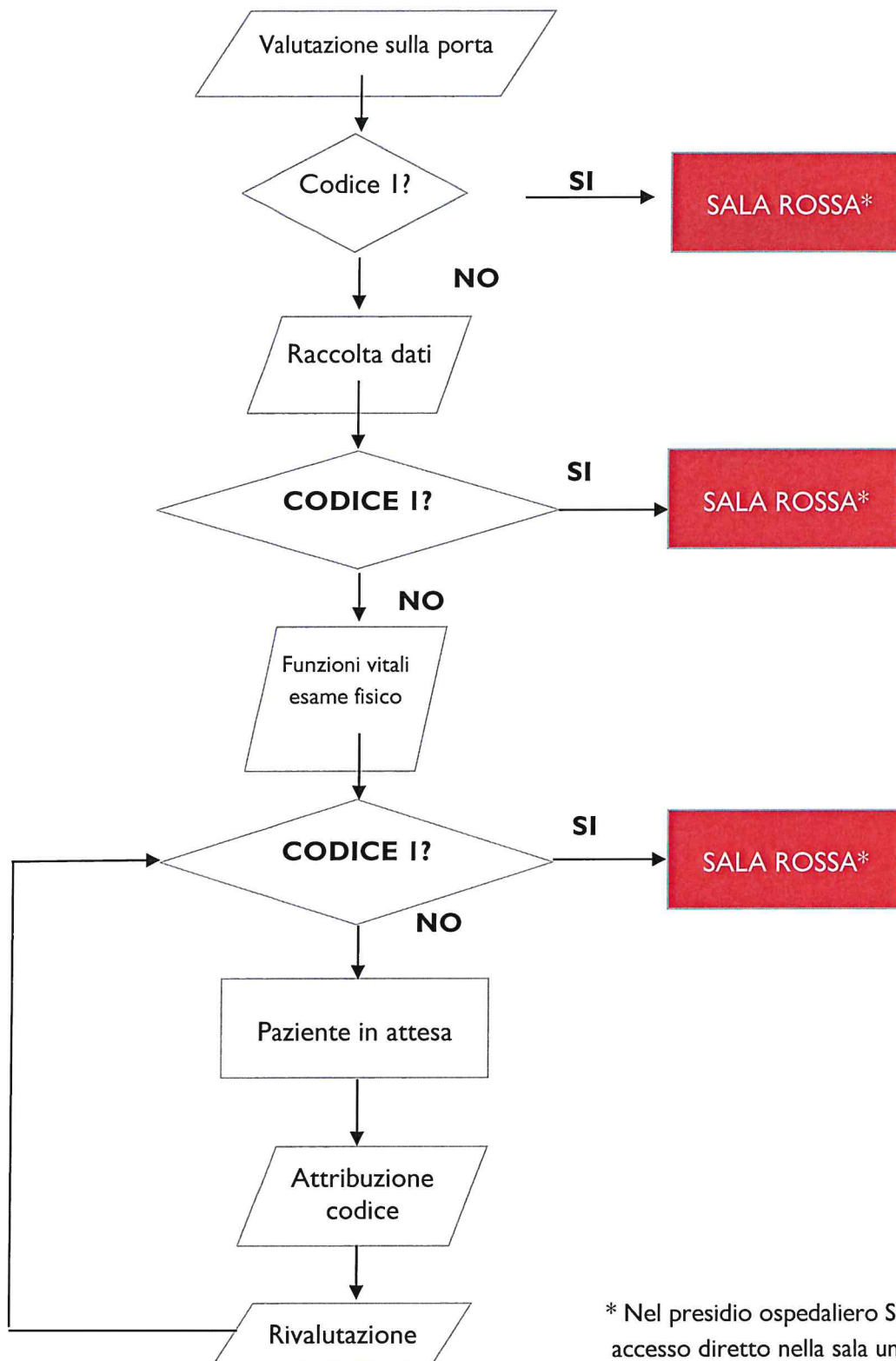
Le revisioni della presente procedura saranno proposte al Risk Manager in caso di modifica organizzativa e/o aggiornamento della normativa di riferimento e delle linee guida.

10. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

La presente procedura è disponibile in forma cartacea presso il Pronto Soccorso della ASL RMI e reperibile sul sito intranet aziendale.

11. DIAGRAMMI DI FLUSSO - TABELLE E CODICI TRIAGE

Tabelle sintetiche per l'attribuzione del codice I



* Nel presidio ospedaliero Santo Spirito
accesso diretto nella sala unica di visita

GLASGOW COMA SCALE (GCS)

La GCS è utilizzata per valutare il livello di coscienza dopo un trauma cranico e in tutti i pazienti acuti sia con patologie di natura medica che traumatica.

A. Apertura occhi	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Assente	1
B. Risposta verbale	Orientata e appropriata	5
	Confusa	4
	Parole inappropriate	3
	Parole incomprensibili	2
	Assente	1
C. Risposta motoria	Obbedisce al comando	6
	Localizza il dolore	5
	Si retrae in risposta al dolore	4
	Flette in risposta al dolore	3
	Estende in risposta al dolore	2
	Assente	1

RTS: scala utilizzata per valutare la severità del trauma.

TRAUMA MAGGIORE quando $RTS \leq 11$

Glasgow Coma Scale (GCS)	Pressione Arteriosa Sistolica (PAS)	Frequenza Respiratoria (FR)	Valore
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

qSOFA: (quick Sepsis-Related Organ Failure Assessment)

Sospetto di sepsi al triage quando $qSOFA \geq 2$ (se associato a sospetta infezione).

Si basa sull'utilizzo di 3 parametri vitali:

- Alterazione dello stato di coscienza $GSC < 15$,
- Pressione Arteriosa Sistolica ≤ 100 mmHg,
- Frequenza Respiratoria ≥ 22 atti/min.

SHOCK INDEX:

$SI = FC$ (Frequenza cardiaca) / PAS (Pressione arteriosa sistolica)

Valori normali compresi tra **0,5-0,7**.

Valori ≥ 1 rappresentano una misura di instabilità emodinamica.

OESIL Risk Score

- Età > 65 aa = 1 punto
- Storia di malattia cardiovascolare = 1 punto

– Sincope senza prodromi =1 punto

– ECG anormale =1 punto

Rischio intermedio-alto: punteggio 2-4

EGSYS Score

– Palpitazioni che precedono la sincope =4 punti

– Storia clinica di malattia cardiaca o ECG anormale =3 punti

– Sincope durante lo sforzo =3 punti

– Sincope da supino =2 punti

– Fattori precipitanti o predisponenti =1 punto

– Prodromi autonomici =1 punto

Rischio Basso: punteggio <3

Rischio alto: punteggio > 3

Gli operatori del triage dovranno porre la massima attenzione nella valutazione dei pazienti per i quali due score presentano punteggi di rischio significativo

EMERGENZA

Pazienti in pericolo di vita, nei quali è IN ATTO la compromissione di almeno una delle funzioni vitali: COSCIENZA, RESPIRO, CIRCOLO

Appena si identifica un codice di priorità I si interrompe il processo di triage ed il paziente viene inviato in sala di emergenza.

L'alterazione di uno dei PV ai livelli indicati nella tabella a seguire determina l'attribuzione del codice I, sempre nel contesto clinico del paziente.

Naturalmente il codice I viene attribuito anche per condizioni che prescindono dall'alterazione dei parametri vitali secondo i valori indicati. Esempi di situazioni a cui attribuire il codice I, indipendentemente dalla rilevazione dei PV, sono quelli legati a situazioni in cui di fatto è compromessa una delle tre grandi funzioni vitali ma anche al riscontro di condizioni particolari:

- *convulsioni in atto,*

- *cefalea acuta con deficit neurologici focali insorti da ≤ 9 h,*

- *dolore toracico tipico con S-T sopraslivellato,*

- *violenza sessuale.*

TABELLA PARAMETRI VITALI ALTERATI NEL CODICE I NELL'ADULTO.

PAS	< 75mmHg o ≥ 250 mmHg
PAD	≥ 130 mmHg
FC	≤ 40 b/min o ≥ 160 b/min
FR	< 10 atti/min
GCS	< 11
SpO2	< 86%
TC	<35°C
HGT	<40 mg/dl

VALUTAZIONE		CODICE I
A	Vie aeree	ostruite
B	SpO2 FR	< 86% < 10 atti/min
C	FC PAS PAD	≤ 40 b/min o ≥ 160 b/min ≤ 75 o polsi periferici assenti, ≥ 250 ≥ 130 mmHg
D	GCS	< 11
E Dolore Glicemia	TC scala HGT	< 35°C - <40 mg/dl

TABELLE SINTETICHE PER L'ATTRIBUZIONE DEL CODICE ROSSO**DOLORE TORACICO TIPICO**

DEFINIZIONE: dolore localizzato anteriormente nella regione compresa tra il naso e l'ombelico e posteriormente tra la nuca e la 12° vertebra.

Diventa **CODICE I** se:

- Parametri da codice I;
- Dolore toracico tipico/atipico con tratto ST sopraslivellato, BBsn o BBdx;
- Dolore associato a dispnea, senso di angoscia, pallore cutaneo, sudorazione algida, cianosi, alterazione dei polsi, differenze pressorie tra gli arti superiori.

ALTERAZIONE DEL RITMO CARDIACO - CARDIOPALMO

Sono da considerarsi **CODICE 1** quando:

- Alterazione parametri vitali da codice 1
In particolare:
 - FC 40 bpm o >160 bpm;
- Dolore toracico tipico, dispnea o sudorazione in atto, pallore, sincope.

ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA / AGITAZIONE PSICOMOTORIA

È da considerarsi **CODICE 1** quando:

- Parametri da codice 1;
In particolare:
 - Ipoglicemia (<40mg/dl oppure LOW);
- Sincope in atto;
- Pre-sincope con emorragia in atto;
- Vie aeree compromesse;
- Convulsioni in atto;
- Cincinnati Stroke Scale (CSS) positiva con insorgenza segni e sintomi da <9 ore;
- Ictus al risveglio;
- Grave disturbo del comportamento con minaccia immediata per sé stesso e per gli altri;
- Estrema agitazione con aggressività fisica e/o verbale;
- TSO (equivalente stato di necessità);
- Tentato suicidio;
- Atti autolesivi associati a idee suicidarie manifeste;
- Manifestazioni suicidarie;
- Alto rischio di fuga.

NB: in caso di sincope utilizzare OESIL e EGYS

ALTERAZIONE DELLA TEMPERATURA CORPOREA – PAZIENTE POTENZIALMENTE SETTICO

Sono da considerarsi **CODICE 1** quando:

- Alterazione parametri vitali da codice 1;
In particolare:
 - T°C <35;
 - GCS <11;
- Convulsioni in atto;
- Shock;
- Grave distress respiratorio

NB: se GCS>11 utilizzare qSOFA e Shock index (se qSOFA >2 → codice 2, indice di shock >1 → codice 2)

DISPNEA

Fame d'aria e sensazione di respirazione difficoltosa associata o meno a qualunque tipo di difficoltà oggettiva della ventilazione

È da considerarsi **CODICE I** quando:

- Parametri da codice I
- Segni di ostruzione delle vie aeree, stridore, distress respiratorio, alterazione dello stato di coscienza
- Dispnea associata a dolore toracico, cianosi, cornage, tirage, shock

*In questa scheda considerare link per COVID-19 e percorso dedicato con triage sintomatologico.
(vedi protocollo n°...)

DOLORE ADDOMINALE

Dolore che interessa le regioni addominali dal diaframma alla pelvi comprese le regioni posteriori, a genesi non traumatica.

È da considerarsi **CODICE I** quando:

- Alterazione dei parametri vitali codice I (segni di shock).

EMORRAGIE DIGESTIVE (EMATEMESI, MELENA, RETTORRAGIA)

Sono da considerarsi **CODICE I** quando:

- Alterazione dei parametri vitali da codice I;
- Ematemesi massiva in atto;
- Rettorragia massiva in atto;
- Emorragia gastrointestinale associata a segni di shock o sincope in atto.

CEFALEA

È da considerarsi **CODICE I** quando:

- Alterazioni parametri vitali da codice I;
- Deficit neurologico focale insorto da ≤ 9 ore

PAZIENTE CON DISTURBI NEUROLOGICI

Sono da considerarsi **CODICE I** quando:

- Alterazione dei parametri vitali da codice I;
In particolare:
 - Ipoglicemia (<40mg/dl oppure LOW);
- Deficit neurologico focale insorto da ≤9 ore;
- CSS positiva insorta da ≤9 ore;
- Ictus al risveglio

L'uso della Cincinnati pre-hospital Stroke Scale (CSS) è un utile strumento per il riconoscimento rapido dei sintomi cerebrovascolari al triage. In presenza di almeno un segno si sospetta un evento cerebrovascolare acuto.

Paresi facciali:	chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti e notare se:	entrambi i lati della faccia si muovono ugualmente (normale)
		un lato non si muove bene come l'altro (non normale).
Deficit motorio degli arti superiori:	chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10 secondi mentre tiene gli occhi chiusi e notare se:	gli arti si muovono alla stessa maniera (normale)
		uno non si muove o uno cade, quando confrontato all'altro (non normale).
Anomalie del linguaggio:	chiedere al paziente di ripetere una frase (ad esempio "trecentotrentatreesimo reggimento della cavalleria") e notare se:	il paziente usa le parole correttamente con linguaggio fluente (normale)
		strascica le parole o usa parole inappropriate o è incapace di parlare (non normale).

TRAUMA GRAVE – POLITRAUMA

La valutazione generale A-B-C-D-E va sempre eseguita.

È da considerarsi **CODICE I** quando:

- Alterazione dei parametri vitali da codice I;
In particolare:
- Ipotermia;
- Ferita penetrante della testa, avallamento del cranio;
- Ferita penetrante del globo oculare;
- Deviazione della trachea, turgore delle giugulari, ferite piani profondi del collo, trauma cervicale con sintomi mielici;
- Ferita penetrante al torace;
- Trauma spinale con sintomi mielici;
- Ferita penetrante addominale;
- Trauma aperto del bacino;
- Amputazioni maggiori;
- Ferita da scoppio delle mani;
- Arto disassiato o con deformità ossea senza polso;
- Sospetta frattura multipla di ossa lunghe o del bacino;
- Emorragia esterna non controllata o controllata con tourniquet.

NB: in assenza dei suddetti requisiti per l'assegnazione del codice I ma in presenza di criteri dinamici di trauma maggiore determinerà l'attribuzione di un codice 2.

** l'amputazione di una delle dita, pur non rappresentando un pericolo di vita immediato per il paziente, costituisce un'emergenza in termini psicologici e per il recupero funzionale.*

Trauma maggiore

Il trauma maggiore è individuato sulla base di criteri fisiopatologici, anatomici e dinamici come di seguito definiti:

Criteri anatomici-dinamici per trauma maggiore

- $RTS \leq 11$
- Ipotensione ($PAS > 90\text{mmHg}$)
- Distress respiratorio < 10 atti/m o > 29 atti/m
- $GCS < 13$
- Trauma penetrante di capo, collo, tronco, arti prossimali a ginocchio e gomito;
- Fratture aperte o depresse del cranio;
- Meccanica respiratoria alterata e/o lembo costale;
- Frattura instabile del bacino;
- 2 o più fratture di ossa lunghe prossimali;
- Schiacciamento, scuoiamento, mutilazione di un arto o in assenza di polsi;
- Amputazione prossimale a ginocchio o gomito;
- Paralisi;
- Emorragia esterna maggiore;
- Ustioni gravi (II grado o III grado con estensione del 30% negli adulti e 20% nei bambini);
- Cadute da > 3 metri;
- Intrusione ed eiezione dall'auto;

- Deceduti nello stesso veicolo;
- Deformità del veicolo con alto rischio di lesioni;
- Dinamica ad alta velocità (>35 km/h);
- Età <5 aa;
- Gravidanza;
- Utilizzo di anticoagulanti o alterazione della coagulazione;
- Estricazione complessa e/o prolungata (>20');
- Pedone investito o pedone scagliato da auto con velocità >10km/h;
- Comorbidità per patologie croniche o assunzione di farmaci.

USTIONI

È da considerarsi **CODICE I** quando:

- Alterazione parametri vitali da codice I;
- Almeno un indicatore di trauma maggiore (anatomico o dinamico);
- Ustioni da folgorazioni indipendentemente dal grado e dall'estensione;
- Ustioni chimiche indipendentemente dal grado e dall'estensione;
- Ustione con superficie corporea coinvolta >20%;
- Ustioni <20% ma profonde (II-III grado);
- Inhalazione e/o coinvolgimento vie aeree

I grado

Interessano gli strati più superficiali dell'epidermide

- Eritema urente, scompare alla pressione
- Edema
- Dolore ++++
- Guarigione spontanea in 2-8 giorni

II grado

In base alla profondità si dividono in:

- Superficiale
- Profondo

Superficiale

- Eritema ed edema
- Flittene
- A volte escare superficiali
- Dolore +++
- Guarigione spontanea in 10-12 giorni

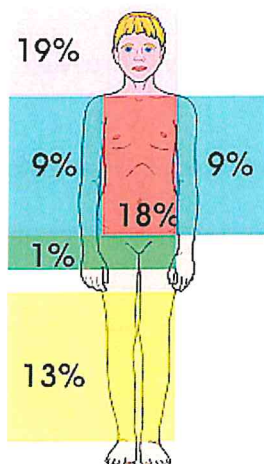
Profondo

- Derma iperemico
- Depositi biancastri di fibrina
- Frequenti complicanze infettive
- Aree di granulazione e riepitelizzazione
- Dolore ++
- Guarigione in 25-30 giorni con cicatrice

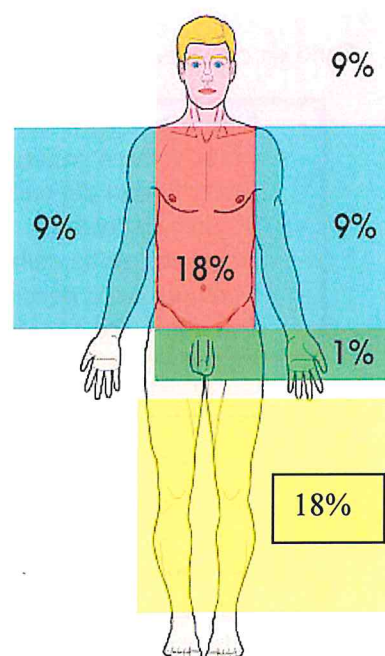
III grado

Distruzione della cute e, nei casi più gravi, anche del sottocute e dei tessuti profondi, che si presentano devitalizzati e carbonizzati.

- Distruzione di cute e tessuti profondi
- Necrosi con escara di aspetto variabile
- Dolore +
- Andamento della guarigione in rapporto al tipo di lesione (per lo più necessita di riparazione chirurgica)



REGOLA DEL 9		
	Bambino	Adulto
Testa	19%	9%
Arto sup x 2	9%	9%
Sup anteriore del tronco	18%	18%
Sup. posteriore del tronco	18%	18%
Genitali	1%	1%
Arto inf x 2	13%	18%



INTOSSICAZIONI / AVVELENAMENTI

Sono da considerarsi **CODICE 1** quando:

- Alterazione parametri vitali da codice 1;
- Segni di ostruzione delle vie aeree;
- Impossibilità a formulare frasi compiute;
- Tirage, corngage;
- Stato di shock;
- Sincope in atto;
- Segni neurologici.

L'assunzione di sostanze ad alta tossicità o sconosciute, in assenza dei suddetti requisiti da codice 1, determinerà l'assegnazione del codice 2.

L'elenco delle sostanze ad alta tossicità è molto ampio, pertanto la loro identificazione avviene per esclusione di quelle a bassa tossicità di seguito riportate

Sostanze a bassa tossicità

Farmaci: pillola contraccettiva, vitamine, mercurio del termometro, antiacidi, glicerina, vasellina, fermenti lattici, enzimi digestivi, granuli deidratanti

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

Cancelleria: inchiostro matita, gessi, pastelli, acquarelli, tempere, lucidi da scarpe, candele e lumini, cerini e fiammiferi (fino a 10)

URGENZE OFTALMICHE

Sono da considerarsi **CODICE I** quando:

- Alterazioni dei parametri vitali da codice I;
- Ferita bulbare penetrante o perforante,
- Grave flogosi del bulbo oculare, dopo interventi chirurgici, con dolore e calo del visus improvviso;
- Scoppio del bulbo;
- Non percezione della luce;
- Diminuzione o perdita acuta del visus, visione doppia con o senza altra sintomatologia neurologica entro le 4 ore e mezza.

DISTURBI UROLOGICI

È da considerarsi **CODICE I** quando:

- Alterazione dei parametri vitali da codice I;
- Ematuria imponente con segni di shock;
- Traumi diretti dei genitali e del perineo con emorragie in atto.

VIOLENZA SESSUALE NELL'ADULTO

Sono da considerarsi **CODICE I** quando:

- Alterazione parametri vitali da codice I.

N.B.: violenza sessuale sospetta o dichiarata in assenza dei criteri da codice I assegnare codice 2 con priorità assoluta per l'accesso alla visita medica.

→ **Rif. Procedura per la gestione dell'adulto potenzialmente vittima di violenza sessuale ≥18aa e violenza ≥18aa 0 ADO PRO 09- Rev.3 del 31/12/2020**

ATTRIBUZIONE CODICE I DA 0 A 16 ANNI

Si attribuisce **CODICE I** in presenza di questi segni o parametri:

- Convulsioni in atto
- GCS < 10 = 8
- Rigidità nucale
- FR > 60 atti <15 atti/min (neonato >80 atti/min)
- Cianosi a riposo (SpO₂ < 90%)
- Agitazione psicomotoria
- FC >180 b/min <80 b/min fino a 5 anni
- FC >160 b/min <60 b/min in pz >5 anni
- P AS <60 mmHg <6 anni
- P AS <90 mmHg >6 anni
- Apnea >10sec
- Grave disidratazione
- Glicemia <40 mg/dl >300 mg/dl

Attribuzione del codice: Funzioni vitali e segni clinici di allarme nel bambino

Funzione	Parametri vitali e sintomi/segni	codice
<u>Neurologica</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non risponde a stimoli verbali/tattili ▪ Convulsioni in atto ▪ GCS ≤ 8 	CODICE I
<u>Respiratoria</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grave distress respiratorio (rientramenti marcati, alitamento pinne nasali, silenzio respiratorio, ridotta espansione toracica) ▪ FR > 80 atti respiratori/min (neonato) ▪ FR > 60 atti respiratori/min (latt/bamb) ▪ FR < 15 atti respiratori/min ▪ Cianosi a riposo ▪ SpO₂ < 90% ▪ Apnee > 10" ▪ Agitazione o letargia (segni di ipossia o ipercapnia) 	CODICE I
<u>Circolatoria</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agitazione, letargia, coma (segni di ipoperfusione cerebrale) ▪ FC > 180 o < 80 in pz ≤ 5 aa > 160 o < 60 in pz > 5 aa e/o ▪ Pressione sistolica: <60 (< 6 anni) ▪ <90 (> 6 anni) ▪ Tempo di refill* > 4 secondi (in bambino normotermico) 	CODICE I

Parametri vitali pediatrici in relazione all'età (bambino afebrile, che non piange)

	FC/veglia	FC/sonno	FR	PAS	PAD	Sp
Neonato (0-30 gg)	100-180	80-160	40-60	60-90	20-60	O2 96-100%
Lattante (1-12 m)	100-160	75-160	30-60	87-105	53-66	
Infanzia (1-6 aa)	70-100	60-90	22-34	96-110	55-70	
Età scolare (7-14 aa)	65-110	60-90	18-30	97-112	57-71	

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

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

PAZIENTE PSICHIATRICO

- Parametri vitali alterati da codice 1
- Agitazione con aggressività
- Trattamento sanitario obbligatorio / stato di necessità
- Tentato suicidio

PAZIENTE CON EMERGENZA OSTETRICO/GINECOLOGICA

Per le emergenze/urgenze ostetrico/ginecologiche si fa riferimento alla procedura n° 6 "Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto".

12. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI

- Manuale Regionale Triage intra – ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici / colore), Agosto 2019;
- Codice deontologico delle professioni infermieristiche 2019;
- DM 739/94 “Regolamento concernente l’individuazione del profilo professionale dell’infermiere”.
- Legge 42/99 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”.
- DPR 27 marzo 1992: Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza
- DM 15 maggio 1992: Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza
- DECRETO 17 dicembre 2008: Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza-urgenza
- Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica: McGraw-Hill, Milano, 5° edizione 2008.
- GFT Gruppo Formazione Triage Infermieristico, Mc Graw Hill, Milano, 3° edizione 2010.
- Gruppo “Triage Lazio” Il triage Ospedaliero Consultazione rapida dell’attribuzione del codice colore. Laziosanità – Agenzia di sanità pubblica
- Protocollo 200/2014 ASL RME –Triage Oculistico
- Delibera della giunta regionale Lazio 14 luglio 2006 n° 424 (requisiti minimi)

