
Protocollo TRIAGE

Swiss Emergency Triage Scale - (SETS*)

Contenuto:

- Foglio di TRIAGE SETS eoc	p.	2-3
- Manuale del processo del TRIAGE	p.	5-8
- Allegato 1: Elenco problematiche/sintomi e codici d'urgenza	p.	9
- Allegato 2: Processo del Triage	p.	10-11
- Allegato 3: Classificazione del grado d'urgenza	p.	12
- Allegato 4: Dolori addominali	p.	13-14
- Allegato 5: Reazione allergica	p.	15
- Allegato 6: Cinetica degli incidenti	p.	16
- Allegato 7: Valori peak-flow	p.	17
- Allegato 8: Istruzione sull'uso del simulatore TRIAGE SETS EOC	p.	18-19
- Allegato 9: Mansionario infermiere/a capo turno - triagista	p.	20-21
- Letteratura	p.	22

* *Swiss Emergency Triage Scale (SETS), nel 2009 rinominato da Geneva Emergency Triage Scale (GETS)*

<input type="checkbox"/> Bellinzona <input type="checkbox"/> Civico <input type="checkbox"/> Mendrisio <input type="checkbox"/> Locarno <input type="checkbox"/> Acquarossa	<input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Faido	<input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Ricoverato <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> Per la comanda del modulo: Codice Pharma: 104273 </div> etichetta
---	---	--	--

Infermiere d'accoglienza: Ricezionista:

Data: Arrivo ora: h Triage ora: h min Entrata diretta: si no

MOTIVO ALL'ENTRATA: (dolore, decorso, circostanze dell'evento; in caso d'incidente la cinetica e dinamica)

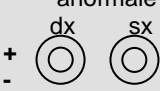
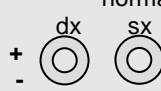
MEDICO CURANTE: nessuno

CONSENSO: per l'invio della documentazione della cartella medica al MC si no

ALLERGIE: no si

DOLORE (SAV)	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> solo a movimento
---------------------	---	---

VALUTAZIONE INIZIALE INFERMIERISTICA

	Grado d'Urgenza 1		Grado d'Urgenza 2		Grado d'Urgenza 3		Osservazioni
FR	> 35 o ≤ 8		25-35 o 9-12 Cianosi	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>		
SpO₂	< 90%		90 - 93%				
PA (s = sistolica) (d = diastolica)	PAs ≥ 230 PAs ≤ 70 PAd ≥ 130		PAs > 180 PAs ≤ 90 PAd ≥ 115				
FC	< 40 > 150		40 - 50 130 - 150				<input type="checkbox"/> aritmico
T°	< 32°		32° - 35° > 40°				
INDICE diSHOCK			FC > PAs	si <input type="checkbox"/>	FC ≤ PAs	si <input type="checkbox"/>	
PUPILLE			anomale + dx sx +  -		normale + dx sx +  -		<input type="checkbox"/> stato dopo intervento
GLASGOW (3-15)	GCS ≤ 8		GCS 9-13				
GLICEMIA (mmol/l)			< 4 o ≥ 25		4 - 24		<input type="checkbox"/> nausea e/o vomito
PEAK- FLOW (ml)			≤ 50% del valore auspicato				<input type="checkbox"/> valore auspicato:
Altri segni clinici osservati							

TRATTAMENTO in corso:	<input type="checkbox"/> Antiaggregante.....	<input type="checkbox"/> Anticoagulante.....
	<input type="checkbox"/> Antidiabetico.....	<input type="checkbox"/> Antiipertensivo.....
	<input type="checkbox"/> Analgetico.....	<input type="checkbox"/>
ANTITETANICA	ultimo richiamo:..... <input type="checkbox"/>	

DECISIONE TRIAGE

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

Codice motivo :

Azioni effettuate dopo il TRIAGE

	Firma
<input type="checkbox"/> analgesia farmacologica <input type="checkbox"/> Paracetamolo mg <input type="checkbox"/> Diclofenac mg	
<input type="checkbox"/> analgesia non farmacologica <input type="checkbox"/> analgesia assunta prima <input type="checkbox"/> rifiuta analgesia	
<input type="checkbox"/> medicazione provvisoria <input type="checkbox"/> isolamento <input type="checkbox"/> maschera	
<input type="checkbox"/> uscita prima della presa a carico all'interno del PS Ora: h min	

Rivalutazione durante l'attesa

Data / ora	Osservazioni	Firma

Nel caso in cui lo spazio non è sufficiente si può continuare nello spazio "annotazioni mediche"

Sorveglianza infermieristica

Data / ora	FR	Sat	O ₂	FC	PA	GCS	d	Pupille	s	T°	SAV	Terapie / Osservazioni	Firma

Prescrizione medica

Ora / Medico	Farmaco	Posologia / Somministrazione	Firma

Annotazione medica

Data / ora visita	A: Anamnesi recente	O: Oggettivo / Reperti	V: Valutazione / Diagnosi	T: Terapia / Procedere
Timbro e Firma	Medico assistente:	Medico senior:		
		<input type="checkbox"/> paziente visitato <input type="checkbox"/> caso discusso		

Nel caso in cui lo spazio non è sufficiente si può continuare nei fogli "continuazione cartella PS".
Per la comanda del modulo:
Codice Pharma: **105218**

DIAGNOSI:

Diagnostica: <input type="checkbox"/> ematologico <input type="checkbox"/> chimico <input type="checkbox"/> coagulazione <input type="checkbox"/> alcolemia <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ECG Rx <input type="checkbox"/> torace TAC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consulti: <input type="checkbox"/> Chir <input type="checkbox"/> Ginec <input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Neuro <input type="checkbox"/> NCH <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Angio <input type="checkbox"/> Cardio <input type="checkbox"/> Psych <input type="checkbox"/>	Note : <input type="checkbox"/> consegnato formulario d'istruzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stampelle <input type="checkbox"/> stecca/gesso: <input type="checkbox"/> effetti personali: <input type="checkbox"/>
---	---

Manuale della procedura di TRIAGE

a) Definizione di TRIAGE

Il triage è un processo di selezione effettuato da personale qualificato che permette l'identificazione, la valutazione e la classificazione dei bisogni dei pazienti che si presentano al Pronto Soccorso sulla base di criteri prestabiliti attraverso l'utilizzo di una scala di priorità (allegato 3). Sulla base della gravità registrata vengono applicati dei rimedi idonei al soddisfacimento dei bisogni del paziente in un limite di tempo accettabile.

b) Le regole d'oro

- Il foglio/protocollo di triage viene compilato per tutti i pazienti visti in Pronto Soccorso
- Il foglio/protocollo di triage è parte integrante del documento infermieristico ed è sotto la responsabilità dell'infermiere che accoglie il paziente
- Tutte le informazioni ottenute dal paziente e/o accompagnatori, tutte le prestazioni/osservazioni effettuate dall'infermiere devono essere annotate sul foglio di triage, così come tutte le misure/azioni, decisioni prese dall'insieme del personale al momento dell'accoglienza
- In nessun caso il carico di lavoro del reparto e/o lo stato legale e sociale del paziente devono influenzare la valutazione e il grado d'urgenza stabilito durante il triage
- Il foglio/protocollo di triage:
 - accompagna il paziente in sala visita
 - viene archiviato insieme alla documentazione del paziente
 - segue il paziente che viene secondariamente inviato nei PS specialistici
- I pazienti tossicodipendenti (consumatori di droga) che richiedono del materiale per iniezione non vengono registrati nel sistema informatico e non gli viene compilato un foglio di triage
- Per raggiungere gli obiettivi del triage è fondamentale una buona collaborazione tra l'infermiere-triagista e la ricezionista oltre ad una corretta e puntuale trasmissione orale e scritta dei dati e delle azioni intraprese ai pazienti valutati in zona triage

Per ogni paziente del PS che oltrepassa la zona d'accoglienza, dopo la consultazione, cura e sorveglianza, bisogna compilare il foglio di fatturazione Tarmed e controllare la cartella per la sua completezza.

c) Come e perché compilare un foglio di triage:

1) INFERMIERE ALL'ACCOGLIENZA:

Nome/sigla dell'infermiere d'accoglienza

→ *Un foglio nominativo aumenta la responsabilità della persona nei confronti del paziente valutato.*

2) DATE E ORA:

Completare le caselle prestabilite. "arrivo ora" (momento dell'arrivo in zona d'accoglienza). Completare le caselle prestabilite. "Triage ora" (momento del triage in zona d'accoglienza o box). E' da mettere una croce nella casellina si/no nel caso di un'entrata diretta con Triage eseguito immediatamente nel box.

→ *Riflette l'ora reale del 1o contatto con l'infermiere all'accoglienza.*

→ *Permette di classificare e analizzare i fogli del triage per i pazienti senza entrata amministrativa.*

3) ACCOMPAGNATORI:

Presenza di famigliari, amici durante il Triage previo autorizzazione del paziente.

→ *L'accompagnatore può assistere all'anamnesi previo consenso del paziente.*

→ *Si possono comunicare delle informazioni ad accompagnatori conosciuti prestando attenzione alla privacy.*

4) IDENTITÀ DEL PAZIENTE:

Signore o signora, cognome e nome, data di nascita.

→ *Permette all'infermiere di chiamare per nome il paziente in sala d'attesa.*

→ *Permette d'individuare i pazienti che sono da trasferire in un altro servizio*

→ *Un raccoglitore apposito permette l'archiviazione per ordine alfabetico dei pazienti ambulanti o inviati in un'altra struttura senza entrata amministrativa.*

5) MOTIVO D'ENTRATA:

Richieste del paziente o della famiglia, inizio ed evoluzione dei sintomi, circostanze dell'evento, cinetica dell'incidente (vedere allegato 4).

La lettera del medico curante o del medico che richiede il ricovero e la trasmissione orale dei soccorritori sono elementi complementari e non sostituiscono la valutazione effettuata dall'infermiere-triagista al momento dell' arrivo del paziente in PS.

→ *Raccogliere gli elementi soggettivi che permettono la valutazione dei bisogni espressi dal paziente all'arrivo, e l'insieme dei dati del paziente prima della sua entrata in PS.*

→ *Permette all'infermiere d'accoglienza di riferimento di conoscere l'anamnesi iniziale, di proseguirla e di affinarla.*

→ *Evita al paziente di ripetere la sua storia.*

6) TRATTAMENTO IN CORSO / INFORMAZIONI PARTICOLARI:

Annotare il nome dei medicinali in corso (antidiabetico, antiaggregante, anticoagulanti, antiipertensivi). Viene controllata la presenza di allergie.

Il risultato della glicemia capillare eseguita al bisogno.

Viene chiesto il nome del Medico Curante e il consenso per l'invio dell'incarto.

→ *Conoscere l'esistenza di un trattamento o il risultato della glicemia permette di valutare meglio la gravità del problema di salute.*

7) VALUTAZIONE INIZIALE DELL'INFERMIERE:

La rilevazione dei parametri vitali e la ricerca dei segni clinici in funzione della specificità del problema di salute sono i primi punti che vengono presi in considerazione per stabilire il codice d'urgenza.

- Questa raccolta di elementi oggettivi, misurabili e/o visibili serve a migliorare o a stabilire la precisione del grado d'urgenza, insieme di dati che indicano lo stato clinico del paziente al momento del triage.
- Questa raccolta permette la distinzione del grado d'urgenza: dal grado 1 al grado 2 e dal grado 2 al grado 3.

Riempimento della tabella (dolore, parametri vitali, ecc.):

- I valori registrati vengono rilevati nella cartella medica nella zona d'accoglienza dall'infermiere d'accoglienza e non sono la trascrizione degli ultimi valori segnalati dai soccorritori.
- I valori vengono registrati nelle relative caselle e condizionano la scelta della colonna in cui vengono trascritti.
- Le caselle grigie sono da riempire obbligatoriamente per permettere la differenziazione del grado di gravità/urgenza: dall'1 al 2 e dal 2 al 3.
- La scelta della rilevazione dei parametri vitali avviene in base alla situazione clinica.
- Se vengono misurate i parametri vitali è obbligatorio misurare: FR, Sat, PA, FC, T°
- Il dolore è un campo obbligatorio per tutti i pazienti

<u>Dolore / SAV:</u>	Registrazione il valore ottenuto
<u>FR:</u>	Registrazione il valore Se cianotico, segnare la casella SI Se non è cianotico, segnare la casella NO
<u>SpO₂:</u>	Registrazione il valore della SpO ₂ (SatO ₂) all'arrivo in PS <i>NB: scrivere i valori della SO₂ all'arrivo prima del trattamento di O₂ somministrato dai soccorritori</i>
<u>FC:</u>	Registrazione il valore apprezzando manualmente il polso, annotare se è regolare, irregolare, debole o forte
<u>PA:</u>	Registrazione il valore; se necessario precisare il braccio di rilevazione
<u>Indice di shock:</u>	L'indice di shock è positivo quando la FC è superiore alla PA L'indice di shock è negativo quando la FC è inferiore alla PA Segnare la casella corrispondente al risultato ottenuto
<u>T°:</u>	Registrazione il valore ottenuto
<u>Peak-flow:</u>	Registrazione il valore ottenuto utilizzando la tabella a disposizione all'accoglienza
<u>Stato di coscienza:</u>	Registrazione il valore della scala di Glasgow
<u>Pupille:</u>	Disegnare la dimensione della pupilla e circondare il + o il -, Registrazione la reattività delle pupille Pupille isocoriche e reattive → Grado d'Urgenza 3 Pupille anisocoriche e/o reattive → Grado d'Urgenza 2
<u>Altri segni clinici:</u>	Figurano sotto questa voce tutti gli ulteriori segni fisici e psichici osservati dall'infermiere all'arrivo del paziente

8) MOTIVO, APPROCCIO INIZIALE, GRADO D'URGENZA:

- Nell'approccio iniziale viene scelto il motivo corrispondente al problema principale presentato all'arrivo o l'osservazione di un segno clinico utilizzando la lista dei sintomi (allegato 1).
- Il grado d'urgenza (rispettando la definizione dell' allegato 1) viene attribuito a tutti i pazienti in PS e corrisponde alla sintesi dell'anamnesi e alla valutazione iniziale dell'infermiere d'accoglienza. Vengono considerati solo i criteri clinici per il triage e non lo stato legale o sociale del paziente (richiedenti d'asilo, clandestini, turisti, ecc).
- Il grado d'urgenza viene registrato nella casella apposita.
- L'evoluzione del paziente in sala d'attesa non modifica il grado d'urgenza iniziale attribuito. Viene modificato invece, il tempo della presa a carico e/o modalità fino a quando il paziente entra nella sala di cura (box).

9) PROCEDURA DI TRIAGE:

Scrivere sotto forma di testo insieme all'ora e alla propria sigla/firma:

- Dopo il "Triagista" informa il paziente sulle modalità e il tempo d'attesa prevista.
- Le azioni intraprese dopo il Triage vengono annotate nel foglio di Triage

➔ *Permette una tracciabilità delle decisioni prese per il paziente.*

10) SORVEGLIANZA DEL PAZIENTE IN ATTESA:

- Registrare i parametri vitali con data, ora e firma; la frequenza della rilevazione dei parametri vitali è conseguente al problema di salute identificato.
- L'informazione sul tempo d'attesa avviene al meno ogni 60'.
- Rivalutazione clinica ed eventuale ripresa dei parametri vitali (Grado 2: dopo 20' / Grado 3 e 4 dopo 120') al bisogno anche prima.
- (la rivalutazione non modifica il grado di urgenza della valutazione iniziale ma viene accelerata la presa a carico secondo il peggioramento)

NB: *una cartella viene aperta se un esame clinico e/o un colloquio anche breve vengono effettuati nella zona di triage o nella sala vista.*

➔ *Permette di tracciare l'evoluzione clinica del paziente e delle cure infermieristiche realizzate, e delle decisioni prese dal paziente o dal personale curante.*

11) LA RESPONSABILITÀ DEL TRIAGISTA

- Nell'espletamento dei suoi compiti l'infermiere deve agire con particolare attenzione e diligenza per evitare di commettere errori che possono poi incidere sui tempi e sulle modalità di intervento del medico, con conseguenze negative sulla salute del paziente.
- È di tutta evidenza l'importanza, nella fase dell'accoglienza, di un' accurata raccolta dei dati personali/anamnestici del paziente e delle informazioni specifiche circa l'episodio che ne ha determinato l'accesso al PS, nonché dell'esame dell'eventuale documentazione medica portata con se.
- Questi dati, unitamente a quelli emergenti dal rilevamento dei parametri vitali, sono essenziali per una corretta attribuzione del codice di gravità del paziente.
- Un'anamnesi lacunosa o una registrazione disattenta degli altri dati rilevanti integrano profili di colpa che possono comportare danni al paziente, **prevedibili e evitabili** con un diverso comportamento professionale.
- Appare opportuno e prudente, nel caso di seri dubbi circa il grado di priorità da attribuire, chiedere la consulenza di un collega più esperto ovvero di un medico, senza assumere solo su di sé i rischi derivanti da un'incertezza non eliminabile sulla base dei protocolli operativi prestabiliti dal responsabile del servizio.
- Una registrazione attenta dei dati correttamente raccolti può costituire, invece, un utile strumento di difesa perché consente a chi è deputato a valutare il comportamento dell'infermiere Triagista di ricostruire la reale situazione nella quale è stato assegnato un determinato codice di priorità.

ALLEGATO 1 :Grado
d'urgenza**ELENCO PROBLEMATICHE /
SINTOMI E CODICI D'URGENZA**Grado
d'urgenza**CARDIOVASCOLARE E RESPIRATORIA**

01	Arresto cardio-respiratorio, respiratorio	1
02	Dolore toracico	1-2
03	Tachicardia/Disturbi del ritmo	1-2-3
05	Bradycardia	1-2
06	Ipertensione arteriosa	1-2-3
07	Ipotensione arteriosa	1-2
08	Dolore/edema di un arto	2-3
12	Dispnea, tachipnea	1-2-3
14	Tosse, espettorazione	3-4
15	Emottisi	1-2

NEUROLOGICO-PSICOLOGICO

17	Coma	1
18	Agitazione, aggressività	1-2
19	Stato confusionale di nuova insorgenza	2
20	Convulsioni in atto o recenti	1-2
21	Afasia/disfasia, amnesia, paralisi, paresi, disturbi dell'equilibrio, parestesie, diplopia	1*2*3*
25	Cefalea violenta o inusuale	1-2
26	Cefalea leggera o cronica	3-4
27	Malessere con o senza PC	2-3
28	Crisi d'ansia, idea suicidale	1-2
29	Depressione, ansia, mutismo	3-4
30	Abuso/Intossicazione etilica, medico	2-3
86	Richiesta di disintossicazione	3-4
87	Allucinazioni	2-3

TRAUMATOLOGIA

31	Politraumatizzato	1
32	Perdita di un arto	1
33	Trauma della colonna + deficit	1
34	Trauma della colonna senza deficit	2-3
35	Trauma / Contusione toracica	1-2-3
36	Trauma addominale	1-2
37	Trauma cranico + PC	1-2
38	Trauma cranico senza PC	2-3
39	Trauma al bacino	1-2
40	Trauma ad un arto	2-3-4
41	Trauma maxillo-facciale	2-3
43	Ferita profonda	2-3
44	Ferita superficiale	3-4
45	Ustioni leggere	3
46	Ustioni profonde o estese	1-2
47	Morsi	2-3

APPARATO DIGESTIVO-GINECOLOGICO

48	Ematemesi, melena, rettorragia	1-2
50	Dolore addominale	2-3
51	Nausea, vomito, epigastralgia	3-4
52	Costipazione	3-4
53	Diarrea	3-4
54	Affezioni mammella / probl. mammella	3-4
56	Dolori pelvici	2-3
57	Parto, emorragia ginecologica / ostr.	1-2

URO-NEFROLOGICO

58	Dolore loggia renale	3-4
59	Macroematuria	3-4
60	Anuria, ritenzione urinaria	2-3
61	Problema di catetere/incontinenza	3-4
62	Disuria, pollachiuria,	3-4
63	Dolore ai testicoli	2-3
88	Poliuria / polidipsia / Iper- / ipoglicemia	2-3

PROBLEMI INFETTIVI

64	Febbre	2-3-4
65	Sindrome influenzale	3-4
66	Infezione cutanea	3-4
67	Ipotermia	1-2

ORL

68	Vertigini rotatorie	2-3
69	Affezione ORL	3-4
70	Epistassi	2-3

DERMATOLOGIA

71	Reazione allergica	2-3
72	Malattia venerea	3-4
73	Infezione della pelle, puntura d'insetto	3-4

REUMATOLOGIA

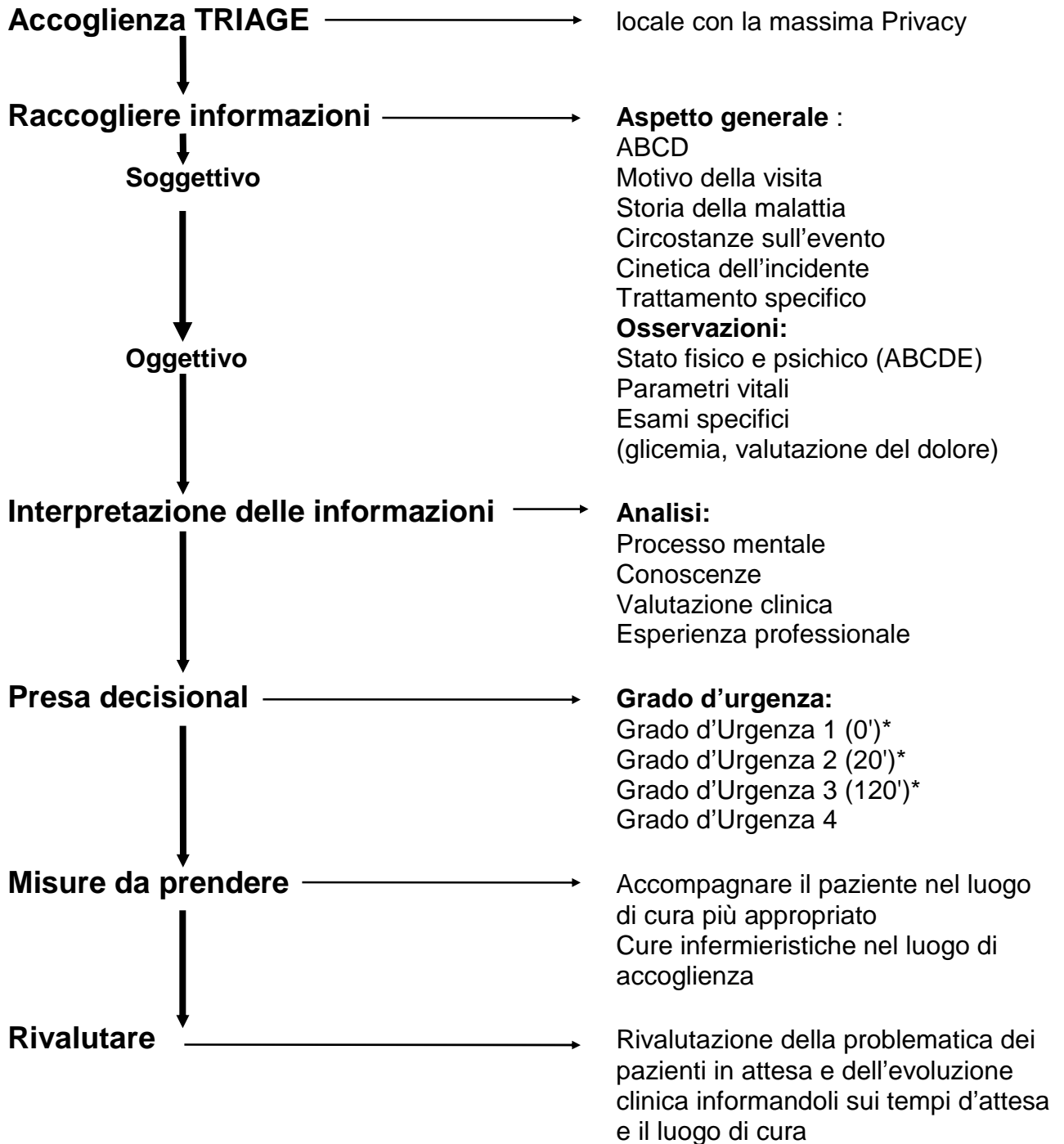
74	Cervicalgia, dorsalgia, lombalgia	3-4
75	Artralgie, mialgie	2-3-4

ALTRO

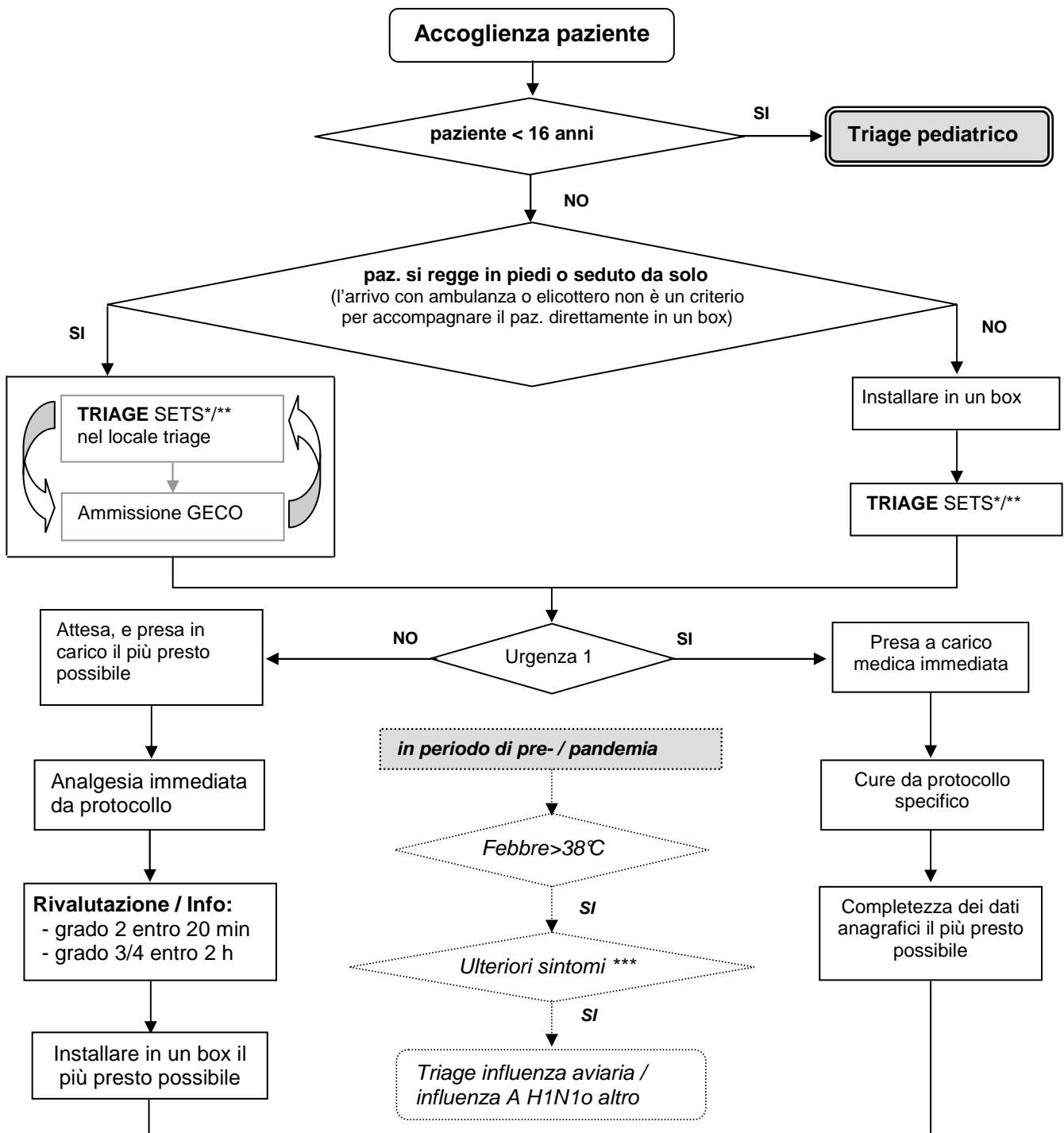
76	Problema oftalmologico	2-3
78	Incidente di decompressione	1-2
79	Inalazione/Ingestione di corpo estraneo o tossico	1-2-3
80	Elettrocuzione	1-2
81	"Body packer" (ingestione pacchi di droghe)	2-3
82	Ricovero sociale	3-4
83	Trasferimento per continuazione delle cure	2-3
84	Problema dentario	3-4
85	Decadimento dello stato generale	3
89	Trapianto	2-3
90	Consiglio, attestazione, constatazione (decesso)	4
91	Profilassi post-esposizione (AES, PEP)	3
92	Singhiozzo	3
93	Gesto tecnico (p.es. cambio catetere, alcoolemia chiusura gesso, prelievo)	3-4
94	Controllo / seconda visita	4

PC = perdita di conoscenza**AES** = Esposizione accidentale al sangue**PEP** = Profilassi post-esposizione**1***: tempo di comparsa dei sintomi < 6 ore**2***: tempo di comparsa dei sintomi > 6h o < 24h > 24 h con peggioramento dei sintomi**3***: tempo di comparsa dei sintomi >24h senza peggioramento

ALLEGATO 2 PROCESSO DEL TRIAGE



** tempo d'attesa massimo*



***** Domande obbligatorie di Triage:**

- febbre + 1 fra: tosse, mal di gola, difficoltà resp., diarrea e
- rientro dal estero (vedi lista paesi)
- contatto con un caso confermato
- contatto con volatili (non obbligatorio)

***** Domande obbligatorie di Triage:**

- febbre + sintomi respiratori e 1 fra: tosse, mal di gola, raffreddore, brividi, cefalea, dolori muscolari. Se bambini anche diarrea e vomito
- rientro dall'estero negli ultimi 7 giorni da una zona coinvolta
- contatto con un caso confermato
- esposizione a un campione in laboratorio

ALLEGATO 3

CLASSIFICAZIONE DEL GRADO D'URGENZA

GRADO D'URGENZA 1 / Priorità 1 (ROSSO) (situazione acuta, presa a carico immediata)

Situazione patologica che può causare la morte, la perdita di un arto o di un organo, se la presa a carico non è immediata. L'infermiere accompagna il paziente in una sala visita/box (sala REA). L'infermiere annota unicamente l'identità del paziente (al bisogno etichette NN), il grado d'urgenza e il motivo d'entrata sul foglio del triage.

GRADO D'URGENZA 2 / Priorità 2 (GIALLO) (situazione urgente, presa a carico in 20')

Situazione patologica che non compromette il prognostico vitale, ma che è suscettibile di aggravarsi immediatamente. L'infermiere fa una valutazione rapida, riempie il foglio di triage e accompagna il paziente nella sala visita idonea allo stato di salute del paziente. L'infermiera d'accoglienza si occupa in modo prioritario a liberare un posto all'interno del PS. Il paziente rimane sotto sorveglianza dell'infermiere.

GRADO D'URGENZA 3 / Priorità 3 (VERDE) (situazione semi-urgente, presa a carico in 120')

Situazione patologica dove il tempo non costituisce un fattore critico. Lo stato del paziente al suo arrivo è giudicato stabile. L'infermiere riempie il foglio di triage e dirige il paziente verso un posto disponibile o nella sala d'attesa dove verrà rivalutato regolarmente.

GRADO D'URGENZA 4 / Priorità 4 (BIANCO) (situazione non urgente)

Situazione patologica giudicata stabile e non necessita cure urgenti.

L'infermiere d'accoglienza riempie il foglio di triage e dirige il paziente:

- verso la sala d'attesa e informa sul previsto tempo d'attesa. Nel caso di attesa prolungata l'informazione sul tempo d'attesa viene aggiornata.
- nelle consultazioni ambulatoriali o Medico curante (previo consenso del medico del PS)

***Nel caso si presentano bambini con gravità 3-4
la priorità è loro rispetto ai pazienti adulti***

Nell'approccio iniziale viene scelto il motivo corrispondente al problema principale presentato all'arrivo o l'osservazione di un segno clinico utilizzando la lista dei sintomi (allegato 1).

Il grado d'urgenza (rispettando la definizione dell'allegato 1) viene attribuito a tutti i pazienti in PS e corrisponde alla sintesi dell'anamnesi e alla valutazione iniziale dell'infermiere d'accoglienza. Così la rilevazione dei parametri vitali e la ricerca dei segni clinici in funzione della specificità del problema di salute sono i primi punti che vengono presi in considerazione per stabilire il codice d'urgenza.

ALLEGATO 4

DOLORI ADDOMINALI

Anamnesi specifiche e valutazione dei pazienti che si presentano al Triage con dolori addominali

a) Domande al paziente:

- Età
- Dolore:
 - o Tempo d'insorgenza: < 6h - 12 à 24h - >36h
 - o Modalità d'insorgenza: immediato – veloce – progressivo
 - o Localizzazione: zona principale - irradiazione
 - o Tipo: spasmo/crampi - continuo - trafittivo
 - o Intensità: (Scala SAV)
 - o Evoluzione: diminuito – invariato – aumentato
- Sintomi associati
 - o Nausea: tempo d'insorgenza
 - o Vomito: frequenza – tipo (alimentare, biliare, ematico, caffeeano)
 - o Diarrea: frequenza – tipo (melena, acolica, rettorragia)
 - o Blocco intestinale: parziale - completo
 - o Stipsi: tempo d'insorgenza
 - o Bruciori alla minzione
 - o Pollachiura
 - o Ematuria
 - o Perdite vaginali – tipo
 - o Ritardo mestruale (antecedente per gravità extrauterina GEU) contraccezione
 - o Sensazione di sete
- Farmaci ricevuti o assunti per calmare il dolore

b) Osservazione del paziente:

- Posizione del paziente
- Alterazione dello stato di coscienza e/o disorientamento di nuova insorgenza
- Comportamento: normale – agitato – mimica facciale durante il movimento
- Stato cutaneo: colorito, sudore, pallore

c) Misure dei parametri vitali :

- T°
- FR, FC, PAs, PAd
- Indice di shock (polso/Pas, l'indice di shock è positivo quando la FC è superiore alla PA)

d) Identificare gli antecedenti:

- Operazioni (tipo, trapianto d'organo)
- Malattia digestiva in trattamento
- Traumatismo
- Ipertensione e/o insufficienza vascolare e/o patologia cardiaca
- Immunospressione
- Anticoagulazione
- Diabete

e) Classifica del grado d'urgenza (PER PAZIENTI CON DOLORI ADDOMINALI)**• Grado d'Urgenza 1**

- Dolori addominali con parametri vitali alterati secondo i criteri del foglio di Triage

• Grado d'Urgenza 2

- Dolori addominali irradianti alla schiena e/o all'epigastro con difficoltà nell'inspirazione
- Dolori addominali con blocco intestinale parziale e/o completo per aria e feci da più di 24h
- Dolori addominali d'intensità ≥ 8
- Dolori addominali e vomito fecaloide

Per poter decidere il Grado d'Urgenza 2 o 3 viene coinvolto il CC (se presente) o il assistente di chirurgia

- Paziente che ha ricevuto un'iniezione di calmante "X" prima dell'arrivo in ospedale
- Dolori addominali con evoluzione > di 24h con $\geq 38,5^{\circ}$ C
- Dolori addominali da più di 24h con antecedente/i d'operazione/i addominale
- Dolori addominali d'intensità ≥ 5 (1/10) con evoluzione da 36h
- Dolori addominali in una donna con un ritardo mestruale o in gravidanza

• Grado d'Urgenza 3

- Dolori addominali > di 36 h in un paziente con la soglia del dolore elevata, senza interruzione del transito intestinale
- Tutte le altre situazioni

ALLEGATO 5

REAZIONE ALLERGICA

Guida di valutazione sul grado d'urgenza per una valutazione di una reazione allergica. Il triagista deve far riferimento alla tabella clinica descrivendo i 4 gradi d'urgenza per una reazione allergica-anafilattica considerando i parametri vitali

Sintomi / Stadio reazione	Grado d'urgenza (Motivo Triage)	Disposizione
Stadio 0: Unicamente orticaria , reazione cutanea locale in una zona	Grado d'Urgenza 3 <i>(Motivo d'entrata: 71, reazione allergica)</i>	Indirizzato/accolto in sala d'attesa (nel caso di non disponibilità in sala visita)
- Stadio I: Orticaria generalizzata, malessere, ansia	Grado d'Urgenza 3 <i>(Motivo d'entrata: 71, reazione allergica)</i>	Indirizzato/accolto in sala d'attesa (nel caso di non disponibilità in sala visita)
- Stadio II: Sintomi dello stadio I con ≥ 2 dei sintomi seguenti: <ul style="list-style-type: none"> - angio-edema - oppressione toracica - dolore addominale - nausea - diarrea - vertigini 	Grado d'Urgenza 2 <i>(Motivo d'entrata: 71, reazione allergica)</i>	Accolto in sala visita
- Stadio III: Sintomi dello stadio I o II con ≥ 2 dei sintomi seguenti: <ul style="list-style-type: none"> - dispnea - disfagia - disfonia - confusione - ansia - fischio/stridor respiratorio 	Grado d'Urgenza 2 <i>(Motivo d'entrata: 71, reazione allergica)</i>	Valutare se viene accolto in sala REA
- Stadio IV: Sintomi dello stadio II con ≥ 2 dei sintomi seguenti: <ul style="list-style-type: none"> - cianosi - ipotensione - perdita di conoscenza 	Grado d'Urgenza 1 <i>(Motivo d'entrata: 01-12 della casella «cardio-circolatorio e respiratori)</i>	Accolto in sala REA

ALLEGATO 6

CINETICA DEGLI INCIDENTI

La cinetica dell'incidente è un elemento importante da prendere in considerazione nella scelta del grado di gravità/urgenza del problema di salute reale o potenziale in tutti i pazienti vittime di un traumatismo. Un certo numero di domande devono essere poste ai pazienti/accompagnatori/soccorritori.

Il paziente può essere:

- Pedone, motociclista, scooterista, ciclista
- Conducente di un veicolo e di quale tipo
- Passeggero anteriore o posteriore
- Portatore di cintura di sicurezza
- Portatore di casco
- Luogo del ritrovamento del paziente (in relazione al punto d'impatto) e la posizione (seduto, in piedi, sdraiato)

Meccanismo dell'incidente:

- Impatto frontale, laterale, posteriore, capottata
- Nozione della velocità
(30Km/h = caduta dal 2 piano, 50Km/h = caduta dal 5 piano)
- Altezza della caduta
- Superficie d'impatto (prato, terra, cemento, acqua)
- Airbag scoppiato frontale, laterale
- Temperatura esterna
- Tempo impiegato per estrarre la vittima dal veicolo o dal luogo dell'incidente
- Presenza d'incendio
- Numero di veicoli coinvolti

Elementi che possono far pensare ad un paziente politraumatizzato

- **Decesso di una persona nel veicolo**
- **Abitacolo deformato**
- **Intrusione di un oggetto nell'abitacolo (guard-rail)**
- **Vittima ritrovata al di fuori del veicolo**
- **Altezza della caduta: 3 volte superiore la sua altezza**
- **Età estrema della vita: bambini - anziani**

ALLEGATO 7
VALORI PEAK-FLOW

Peak-Flow donne l/min. In % del valore auspicato / previsto										
DEP	Altezza 1.45 m		1.52 m		1.60 m		1.68 m		1.75 m	
Età	100%	50%	100%	50%	100%	50%	100%	50%	100%	50%
15	438	219	450	225	461	231	471	236	481	241
20	445	223	456	228	467	234	478	239	488	244
25	450	225	461	231	471	236	482	241	493	247
30	452	226	463	232	474	237	485	243	496	248
35	452	226	463	232	473	237	484	242	496	248
40	449	225	460	230	470	235	482	241	493	247
45	444	222	456	228	467	234	478	239	488	244
50	436	218	448	224	458	229	470	235	480	240
55	426	213	437	219	449	225	460	230	471	236
60	415	208	425	213	487	244	448	224	458	229
65	400	200	410	205	422	211	434	217	445	223
70	385	193	396	198	407	204	418	209	428	214

Peak-Flow uomo l/min. In % del valore auspicato / previsto										
DEP	Altezza 1.60 m		1.68 m		1.75 m		1.83 m		1.90 m	
Età	100%	50%	100%	50%	100%	50%	100%	50%	100%	50%
15	518	259	530	265	540	270	552	276	562	281
20	568	284	580	290	590	295	601	301	612	306
25	598	299	610	305	622	311	632	316	643	322
30	612	305	623	312	636	318	645	323	656	328
35	613	307	623	312	635	318	646	323	656	328
40	606	303	617	309	627	314	638	319	649	325
45	592	296	603	302	615	308	626	313	637	319
50	578	289	589	295	601	301	612	306	623	312
55	565	283	577	289	588	294	600	300	611	306
60	555	278	566	283	578	289	589	295	599	300
65	544	272	556	278	568	284	578	289	589	295
70	534	267	546	273	558	279	568	284	579	290

ALLEGATO 8

ISTRUZIONE sull'uso del SIMULATORE Triage SETS eoc

Sono da eseguire i seguenti punti per l'uso del programma « simulatore SETS »:

- 1. Inserire la chiavetta-USB nel PC o aprire il programma all'interno della rete eoc (rete O – APP- formazione -). Introdurre la chiave-USB nell'apposita porta del computer.**



Tri.exe

- 2. Cliccare sul simbolo tri.exe**

Appare in seguito il messaggio: *Buongiorno, p.f. inserire il vostro nome d'utente :*

- 3. Introdurre le prime due lettere del vostro nome e cognome (p.e. : Olivier Rutschmann = olru), quindi premere « Enter »**

In seguito si apre la seguente lista di casi (vignette) della pratica triage :

Apparaît la liste des vignettes qui n'ont pas encore été faites :

Vostre vignette:

0. pas faite / non ancora fatto
1. pas faite / non ancora fatto
2. pas faite / non ancora fatto
3. pas faite / non ancora fatto
4. pas faite / non ancora fatto
5. pas faite / non ancora fatto
6. pas faite / non ancora fatto

.....

.....

Appare quindi il messaggio : *Quale vignetta vuole fare (numero 0 – 30) ?*

Poi il messaggio seguente : *Quale vignetta volete utilizzare (numéro de 0 à 30) ?*

- 4. Inserire il numero della vignetta desiderata e dopo premere « Enter »**

Appare il testo della vignetta e il messaggio : *Inserire una domanda o scrivere FINE per terminare*

- 5. Inserire il testo della sua prima domanda e dopo premere « Enter ».**

Il programma funziona grazie a delle parole chiave, non é necessario inserire delle frasi intere ma bastano semplicemente delle parole che vi sembrano più importanti in relazione con il caso presentato.

Per esempio invece di: « Lei aveva dei dolori addominali del tipo crampiforme », scrivere semplicemente « crampi »..

Il programma in seguito vi offre una o diverse domande, per esempio

Seleziona una delle seguenti domande :

1. *Ha dei dolori addominali ?*
2. *Il dolore é costante ?*
0. *altrimenti riformulare la domanda*

- 6. Dopo il messaggio *vostra scelta (numero da 0 a 2) ?* inserire il numero della domanda che le sembra migliore, e dopo premere «Enter».**

In seguito appare la risposta alla vostra domanda

Se nessuna domanda è conveniente, scrivere « 0 », dopo « Enter ». Adesso può riformulare la sua domanda.

Raccogliere le risposte ottenute su un formulario di Triage (cartella medica PS eoc) come nel lavoro quotidiano. Questo aiuterà a fare la sintesi degli elementi anamnestici e a definire il motivo del consulto (nr. 1-94) e il grado d'urgenza (1-4).

A seguito della risposta c'è il messaggio :

Porre una domanda o scrivere FINE per terminare :

Scrivere una nuova domanda tramite delle parole chiave, dopo premere « Enter ». Lei ha la possibilità di porre tutte le domande che vuole.

I parametri vitali possono essere ottenuti nello stesso modo. Per esempio, se lei vuole la frequenza cardiaca, scrivere « frequenza cardiaca » / « polso », il programma vi proporrà le seguenti valutazioni

« 1. Qual' è la frequenza cardiaca (esame clinico) ?

« 2. Polso periferico(esame clinico) »

7. Una volta che lei pensa di aver raccolto tutte le informazioni utili, **scrivere FINE dopo la domanda** : *Porre una domanda o scrivere FINE per terminare : poi premere « Enter »*

Il programma risponde : *Inserire il motivo d'ammissione / del consulto nel programma e nel foglio Triage (= prima pagina cartella medica) nella casella « motivo » (nr 1-94) :*

8. **Scrivere il grado d'urgenza, dopo premere « Enter » e riportare il grado sul foglio di Triage**

Il programma risponde : *Inserire il grado d'urgenza (numero 1-4) :*

9. **Scrivere il grado d'urgenza nel computer, seguito da « Enter ».**
Inserire anche il numero nel foglio Triage (cartella medica)
Scrivere il codice «motivo» nel computer, seguito da « Enter ». Riportare il motivo sul foglio di Triage

Il programma risponde :

Grazie !

Vuole fare un'altra vignetta ?

10. **Se scrive « si » e preme « Enter », il programma vi propone nuovamente la lista delle vignette da fare e potete cominciarne una nuova.**

Per finire se scrive « no », seguito da « Enter » il programma termina.

Se desidera ricominciare un'altra sessione, basta cliccare nuovamente l'icona « tri.exe » sul vostro computer.



Tri.exe

- ➔ **Per qualsiasi domanda rivolgersi al Capo reparto o al Dr. Robert Sieber tel : 091 811 6013 (CS PS ORL)**
Buon divertimento e grazie per la vostra collaborazione.

ALLEGATO 9**DESCRIZIONE FUNZIONE dell' Infermiere/a capo turno - triagista****a) SCOPO DELLA FUNZIONE**

Assegnare un codice di gravità secondo il protocollo di triage SETS ai pazienti che si annunciano all'accettazione del servizio d'emergenza, valutandone la gravità tramite l'anamnesi, la sintomatologia, lo stato generale, i parametri vitali e il dolore, rivalutandolo periodicamente nei casi dei pazienti in attesa e fornendo tutte le informazioni necessarie ai pazienti e ai familiari. Gestire l'afflusso dei pazienti alla sala d'attesa e ai locali di cura, coordinando e organizzando il lavoro del servizio, grazie alla visione globale dell'attività dello stesso.

b) PRINCIPALI COMPITI

- Eseguire il corretto triage dei pazienti che si presentano al servizio d'emergenza medica, utilizzando il sistema TRIAGE in Pronto Soccorso.
- Effettuare il controllo e la gestione della situazione in sala d'attesa ed effettuare la rivalutazione della gravità dei presenti secondo lo schema concordato.
- Controllare la situazione nei locali di cura.
- Gestire le chiamate radio e/o telefoniche verso il servizio di emergenza medica e coordinare l'arrivo di ambulanze e/o elisoccorso.
- Fermare le ambulanze che arrivano con un paziente di gravità inferiore ai pazienti che attendono in sala d'attesa.
- Riferire in modo oggettivo ai superiori (gerarchico e funzionale) le eventuali problematiche e/o incomprensioni sorte con i medici operanti nel servizio di emergenza e/o con i pazienti/familiari e trasmettere al capo reparto eventuali problematiche particolari avvenute durante il proprio turno (trasmissione orale e scritta).
- Garantire la comunicazione con i pazienti e/o parenti presenti in sala d'attesa secondo le necessità, così come la comunicazione al collega capoturno dell'altra sede sui trasferimenti e sulle deviazioni di pazienti in altre sedi in modo da garantire il coordinamento tra i diversi servizi d'emergenza.
- Assicurare il necessario coordinamento e supporto ai colleghi in servizio nei momenti di forte affluenza e grande attività.
- Eseguire i controlli quotidiani di routine del reparto.
- Organizzare eventuali attività straordinarie (piccoli interventi, esami particolari) da svolgere in PS.
- Assicurare il rispetto della procedura per l'assegnazione dei posti letto.
- Organizzare i trasferimenti e ricoveri dei pazienti nei reparti ed eventualmente l'appoggio presso l'Ospedale di giorno nei casi di attesa del posto letto oppure nei casi in cui è necessaria una sorveglianza di breve durata.
- Coordinare le pause pranzo / cena dei colleghi.
- Gestire la segnalazione e la compilazione di eventuali reclami da parte degli utenti.
- Garantire, al termine del proprio turno di lavoro, il passaggio di consegne all'équipe.
- In caso di malattia di un collega, coinvolgere tempestivamente il capo reparto (se presente) e/o il capo settore di riferimento, in modo da permettere l'organizzazione della copertura dei turni scoperti.
- Collaborare alla gestione del Piano MASO per gli aspetti di sua competenza.
- Eseguire le proprie attività nel rispetto delle procedure e delle direttive vigenti.
- Essere la persona di riferimento per i pazienti e gli accompagnatori, per le persone esterne al servizio (rappresentanti, medici, studenti, ecc.), per gli altri servizi dell'ospedale che collaborano con il servizio d'emergenza (laboratorio, radiologia, cardiologia, sala operatoria, ecc.), così come per la polizia.

c) CONOSCENZE SPECIALISTICHE

Possiede:

- una buona conoscenza di se è si impegna a sviluppare questo tipo di percorso; abilità comunicative e relazionali che integra nel lavoro quotidiano (individui / gruppi, collaboratori, pazienti, famigliari, altri professionisti)
- buona capacità a motivare e collaborare con il gruppo e/o l'individuo;
- buon grado di sensibilità, flessibilità, creatività;
- buona capacità di autocontrollo e di presa di distanza in situazioni complesse e stressanti;
- buone capacità a negoziare e mediare;
- apertura e curiosità verso realtà professionali e culturali diverse.
- formazione nell'applicazione/uso del protocollo di Triage SETS

d) ESPERIENZA PROFESSIONALE

- Esperienza di almeno 2 anni nella cura dei pazienti del settore specifico.
- Padronanza nell'approccio infermieristico in relazione alle specificità del settore.
- Buone capacità di prendere decisioni cliniche a livello infermieristico
- Contribuisce attivamente nelle decisioni cliniche in situazioni interdisciplinari.
- Buona conoscenza delle varie reti di sostegno.
- Buona conoscenza dei principi di gestione e promozione della qualità nel suo ambito professionale.
- Buone conoscenze dell'etica clinica e dei rispettivi livelli di responsabilità.

e) ATTITUDINI PERSONALI

- Leadership e autorevolezza
- Equilibrio e maturità
- Capacità organizzative
- Predisposizione al lavoro d'équipe / interdisciplinare e capacità relazionale
- Problem solving
- Capacità di negoziazione
- Predisposizione al cambiamento e ad un servizio di qualità in continuo miglioramento
- Predisposizione all'aggiornamento professionale e capacità di training
- Riservatezza
- Affidabilità e responsabilità delle proprie azioni
- Forte identificazione con i valori dell'istituto.

▪ *Letteratura:*

- O. Rutschmann OT, B. Vermeulen B, J. Simeon J. et al. Protocollo SETS. Protocollo interno Hopitaux Universitaires de Geneve, Versione 2009
- Rutschmann OT, Kossovsky M, Geissbühler A et al. Interactive triage simulator revealed important variability in both process and outcome of emergency triage. J Clin Epidemiol. 2006 Jun;59(6):615-21. Epub 2006 Mar
- Despont-Gros C, Rutschmann O, Geissbuhler A, Lovis C. Acceptance and cognitive load in a clinical setting of a novel device allowing natural real-time data acquisition. Int J Med Inform. 2007 Nov-Dec;76(11-12):850-5. Epub 2006 Dec 11.
- Despont-Gros C, Cohen G, Rutschmann OT, Geissbuhler A, Lovis C. Revealing triage behaviour patterns in ER using a new technology for handwritten data acquisition. Int J Med Inform. 2009 May 5.