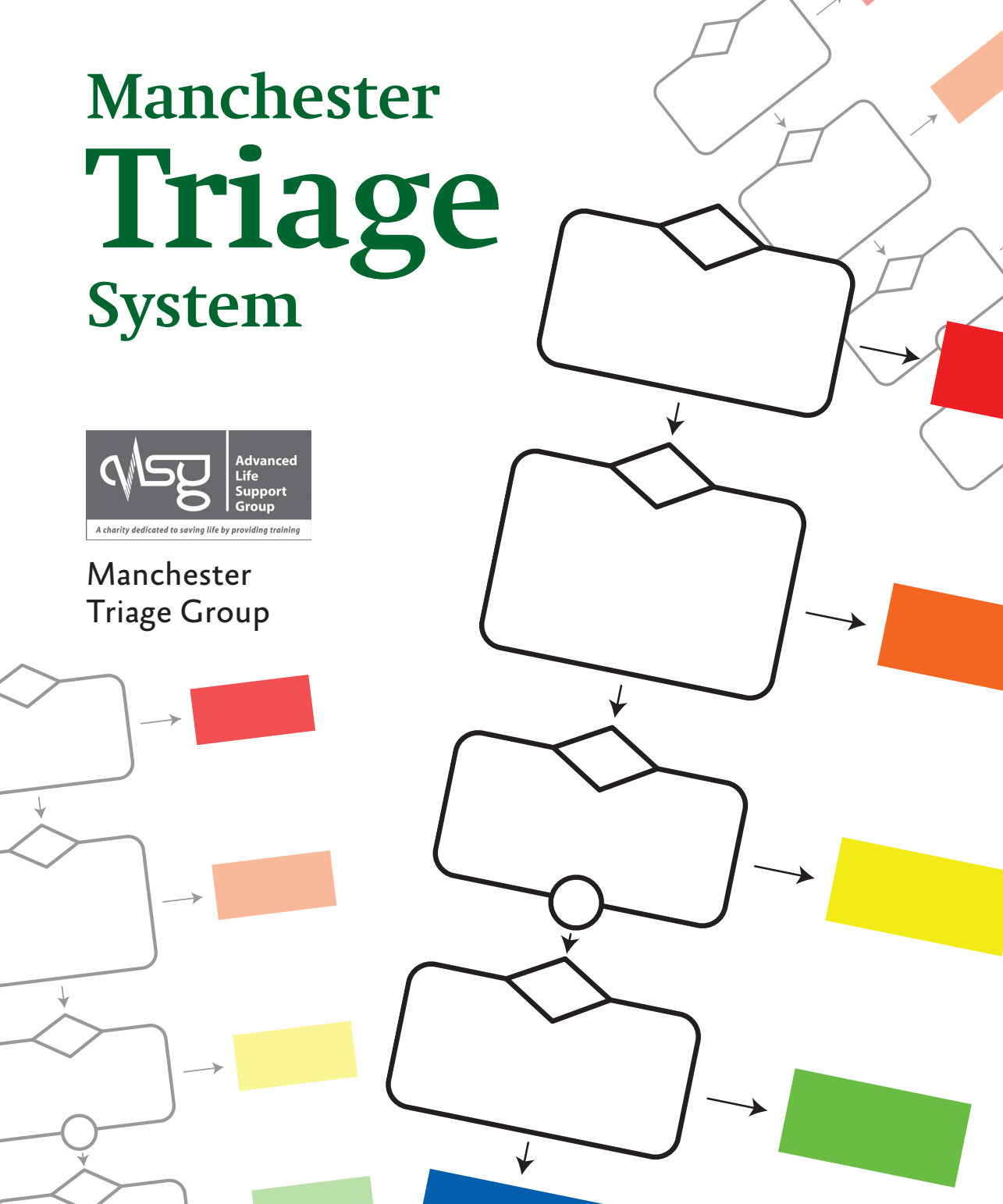


# Manchester Triage System



Manchester  
Triage Group



CASA EDITRICE AMBROSIANA

# Manchester Triage System



Manchester Triage Group

*A cura di*

**Kevin Mackway-Jones**

**Janet Marsden**

**Jill Windle**

*Edizione italiana a cura di*

**Michael Prantl**

**Pasquale Solazzo**

**Gabriele Magnarelli**



CASA EDITRICE AMBROSIANA

# Indice

<i>Autori</i>	IX
<i>Membri del Manchester Triage Group originale</i>	XI
<i>Gruppo di riferimento internazionale</i>	XIII
<i>Prefazione all'edizione italiana</i>	XV
<i>Prefazione alla terza edizione inglese</i>	XVII
<i>Prefazione alla prima edizione inglese</i>	XIX
<b>1 Introduzione</b>	<b>1</b>
Background	1
Nomenclatura e definizioni	1
Metodologia di triage	3
Priorità di trattamento e gestione degli assistiti	3
Formazione al triage	4
Audit di triage	4
Triage non solo nei dipartimenti di emergenza	4
Sommario	5
<b>2 Processo decisionale e triage</b>	<b>7</b>
Introduzione	7
Lo sviluppo delle competenze	7
Strategie decisionali	8
Ragionamento	8
Riconoscimento di pattern (modelli)	8
Lavorare per ipotesi	9
Rappresentazione mentale	9
Intuizione	9
Processo decisionale durante il triage	9
Identificare il problema	9
Raccogliere e analizzare le informazioni connesse alla soluzione	10
Valutare le alternative e selezionarne una	10
Implementare l'alternativa selezionata	10
Monitorare l'implementazione e valutare i risultati	10
Cambiare metodo nel prendere decisioni	10

### **3 Il metodo di triage** 11

---

Introduzione	11
Identificare il problema	11
Raccolta e analisi delle informazioni	12
I discriminatori	13
Pericolo di vita	13
Stato di coscienza	15
Emorragia	16
Temperatura	17
Dolore	18
Acutezza	19
Triage secondario	20
Valutare le alternative e selezionarne una	20
Implementare l'alternativa selezionata	21
Documentazione	21
Valutazione dell'assistito	22
Monitoraggio e rivalutazione	23

### **4 Valutazione del dolore come parte del processo di triage** 25

---

Introduzione	25
Valutazione del dolore in triage	25
Valutazione del dolore in pronto soccorso	26
Strumenti per la valutazione del dolore	26
Scale verbali	26
Scale analogico-visive	27
Scale comportamentali	28
Lo strumento ideale per la valutazione del dolore	28
Il «righello» del dolore	28
Valutazione del dolore in triage	30
Età	31
Precedente esperienza di dolore	31
Cultura	32
Ansia	32
Interruzione delle normali attività dell'assistito	33
Altre considerazioni	33

### **5 Gestione dell'assistito, triage e ruolo dell'operatore di triage** 35

---

Introduzione	35
Tipo di assistito	35
Bambini	35
Anziani	36
Assistiti con disabilità fisica o con difficoltà di apprendimento	36
Assistiti verbalmente/fisicamente aggressivi	36
Assistiti sotto l'influenza dell'alcol	36
Assistiti abitudinari	37
Assistiti che si ripresentano	37
Assistiti ambulatoriali	37
Assistiti in carico ad altri servizi	37
Fattori interni al servizio	38
<i>Fast tracking</i> , flussi di trattamento e adeguamento delle risorse alle esigenze	38
Ruolo dell'infermiere di triage	38

Primo soccorso/analgesia	39
Informazione dell'assistito	39
Promozione della salute	39
Distribuzione degli assistiti all'interno del servizio	39
Gestione della sala d'attesa	40
<b>6 Auditing del processo di triage</b>	<b>41</b>
Introduzione	41
Metodo di audit	41
Completezza	44
Correttezza	44
Obiettivo	44
Effetti del triage sulla pratica	44
Esempio di un processo di audit regionale	44
Audit di triage nazionale	45
<b>7 Triage telefonico</b>	<b>47</b>
Introduzione	47
Metodologia del triage telefonico	48
Processo decisionale	48
Consigli di primo intervento	51
Dolore	51
Il triagista telefonico	52
<b>8 Non solo prioritizzazione</b>	<b>53</b>
Monitoraggio dei parametri fisiologici	53
Altri utilizzi della valutazione di triage	54
La matrice presentazione-priorità	55
Spiegazione del processo	55
Compilazione della MPP	55
Le aree di trattamento	56
Utilizzi futuri	59
<b>DIAGRAMMI DI PRESENTAZIONE</b>	
Adulto indisposto	64
Aggressione	66
Allergia	68
Ascessi e infezioni locali	70
Asma	72
Autolesionismo	74
Bambino indisposto	76
Bambino irritato (strano)	78
Bambino zoppicante	80
Cadute	82
Collasso	84
Comportamento strano (atipico)	86
Convulsioni	88
Corpo estraneo	90

Diabete	92
Diarrea e vomito	94
Dispnea negli adulti	96
Dispnea nei bambini	98
Dolore addominale negli adulti	100
Dolore addominale nei bambini	102
Dolore al collo	104
Dolore testicolare	106
Dolore toracico	108
Eruzioni cutanee	110
Esposizione a sostanza chimica	112
Ferite	114
Genitore preoccupato	116
Infezione sessualmente acquisita	118
Lattante che piange	120
Lattante indisposto (fino a 12 mesi)	122
Malattia psichiatrica	124
Mal di gola	126
Mal di schiena	128
Mal di testa	130
Morsi e punture	132
Neonato indisposto (fino a 28 giorni)	134
Palpitazioni	136
Problemi agli arti	138
Problemi agli occhi	140
Problemi alle orecchie	142
Problemi dentali	144
Problemi facciali	146
Problemi in gravidanza	148
Problemi urologici	150
Sanguinamento gastrointestinale	152
Sanguinamento vaginale	154
Sovradosaggio e avvelenamento	156
Stato di ebbrezza apparente	158
Trauma al tronco	160
Trauma cranico	162
Trauma maggiore	164
Ustioni e scottature	166
<i>Glossario dei discriminatori</i>	169
<i>Indice analitico</i>	179
Discriminatori generali	185

# *Prefazione all'edizione italiana*

Anno dopo anno, il nostro servizio di pronto soccorso ha visto aumentare esponenzialmente il numero di accessi fino a una soglia critica di 70.000 assistiti l'anno. In questa posizione di squilibrio tra risorse disponibili e domanda di assistenza, ci è sembrato di fondamentale importanza avere un sistema di triage affidabile e oggettivo, che garantisse una corretta individuazione delle reali priorità. Nel 2013 nasce così l'idea di rivedere il nostro sistema di triage. Un gruppo di lavoro costituito da medici e infermieri ha confrontato tra loro i quattro sistemi di triage validati più diffusi al mondo, il Manchester Triage System (MTS), l'Australasian Triage Scale (ATS), il Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) e lo statunitense Emergency Severity Index (ESI). Dei quattro sistemi, il MTS è risultato il più adattabile al contesto italiano, in quanto il metodo proposto non si basa su diagnosi o sul calcolo delle risorse che verranno impiegate, ma su segni e sintomi presentati dagli assistiti. Inoltre, la solida metodologia, la standardizzazione delle definizioni dei problemi e dei discriminatori che determinano il grado di priorità e un preciso metodo di audit ne fanno un sistema affidabile, riproducibile e utilizzabile da tutti gli operatori di triage indipendentemente dal loro livello di esperienza.

Nel 2015, dopo due anni di sperimentazione presso il nostro pronto soccorso e gli ottimi risultati raggiunti, anche grazie alla collaborazione con il gruppo MTS tedesco, il Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha deciso di introdurre il MTS nei restanti sei ospedali della nostra Provincia. Nel frattempo è stato costituito il GIMT, Gruppo Italiano Manchester Triage, il quale, tramite l'adesione all'International Reference Group, potrà partecipare attivamente al continuo sviluppo di questo sistema così dinamico. In tale lungo e avvincente cammino, l'ultimo passo è stato la pubblicazione di questo libro, che comunque è più di una semplice traduzione. Le idee, la struttura e la terminologia del Manchester Triage System, presentate vent'anni fa, sono rimaste pressoché invariate; alcune parti del testo, però, senza stravolgerne il significato originale, sono state ampliate o adattate alla realtà italiana, per migliorare la comprensione e la fattiva applicabilità del MTS nel pronto soccorso del nostro Paese. Questa edizione in lingua italiana comprende tutti gli aggiornamenti presentati fino a marzo 2017 sulla homepage del Manchester Triage Group, [www.triagenet.net](http://www.triagenet.net). Sono stati infatti aggiunti nuovi importanti discriminatori (come, ad esempio, "possibile sepsi", "ingestione di un oggetto pericoloso", "lesione da inalazione", ecc.) e per alcuni diagrammi è stata ridefinita l'età degli assistiti sui quali utilizzarli (ad esempio "Adulto collassato" è

stato rinominato “Collasso”, perciò adesso può essere utilizzato con persone di ogni età). Non sono presenti nel testo i due diagrammi per il triage extraospedaliero e il diagramma “Bambino abusato”, essendo queste particolari situazioni soggette a una diversa legislazione rispetto al Regno Unito.

Con questo pratico manuale speriamo di poter mettere a disposizione degli operatori di triage un valido strumento che faciliti il lavoro quotidiano e migliori la qualità del loro servizio.

Per ulteriori domande, informazioni sui corsi o aggiornamenti del sistema, è possibile consultare la homepage [www.manchestertriagesystemitalia.it](http://www.manchestertriagesystemitalia.it).

*Norbert Pfeifer*

Medico specialista in anestesia e terapia intensiva

Coordinatore Medico Pronto Soccorso

Academic Crisis, Emergency Manager and Contingency Planner

Merano, marzo 2017



# *Prefazione alla terza edizione inglese*

Il tempo continua a scorrere e sono passati quasi vent'anni ormai da quando un gruppo di medici e infermieri specializzati nell'emergenza si è incontrato la prima volta per cercare di trovare una soluzione alla confusione che era il triage a Manchester, in Inghilterra. Non ci saremmo mai immaginati che la soluzione ai nostri problemi locali sarebbe stata così valida (e tempestiva) da diventare la soluzione per il triage dell'intero Regno Unito. Mai, nemmeno nei nostri sogni più sfrenati, ci saremmo aspettati che il Manchester Triage System (MTS), nato per la nostra specifica realtà, potesse essere adottato in tutto il mondo. Con nostra grande sorpresa, tuttavia, entrambe le cose sono accadute. Ogni anno, nei dipartimenti di emergenza, il MTS continua a essere utilizzato, in molte lingue diverse, per la valutazione di decine di milioni di assistiti.

I principi fondamentali che guidano il MTS (riconoscimento del problema di presentazione e ricerca selettiva del discriminatore) sono rimasti invariati, ma di tanto in tanto si è reso necessario effettuare alcune piccole modifiche. La terza edizione si basa sui cambiamenti da noi eseguiti nella seconda; prende in considerazione i suggerimenti che gli utenti ci hanno dato nel corso degli anni (per i quali siamo molto grati) e anche il contributo del gruppo di riferimento internazionale (International Reference Group), che ci ha fornito un'ampia prospettiva da culture e situazioni cliniche differenti. Si è anche cercato di tener conto dei risultati di nuove ricerche e cambiamenti avvenuti nella pratica clinica dell'emergenza. I cambiamenti più significativi includono i nuovi diagrammi, come il neonato e il lattante indisposti e, rifacendosi alle prove basate sull'evidenza, la categorizzazione della febbre nell'infanzia. Abbiamo reso più comprensibile la terminologia dei discriminatori e le definizioni, dove queste si sono dimostrate poco chiare (ad esempio, "polso non nella norma" è stato adesso riformulato come "polso anormale di nuova insorgenza", e "nota immunosoppressione" è stata rinominata come "immunosoppressione nota o sospetta"). Abbiamo inoltre colto l'opportunità di standardizzare l'ordine in cui i discriminatori appaiono nei diagrammi. Nel complesso, però, come nella seconda edizione, le modifiche sono state poche.

Anche in questa nuova edizione prosegue il nostro tentativo di mantenere il triage al passo dei costanti cambiamenti che stanno avvenendo in molti sistemi d'emergenza a livello mondiale. L'assistenza clinica in emergenza resta sempre al centro dell'attenzione politica e manageriale. Il trattamento di un numero crescente di assistiti a bassa priorità (che costituiscono la maggioranza in quasi tutti i servizi

d'emergenza) continua a essere fonte di preoccupazione. Nei servizi, carenti di risorse, focalizzati (giustamente) sugli assistiti ad alta priorità clinica, inevitabilmente la cura di coloro all'altra estremità della scala delle priorità risulterà ritardata. Nell'epoca in cui i consumatori sono sempre più informati, questo ritardo (causa di esperienze negative per l'assistito) è inaccettabile. Spesso è più facile incolpare il sistema di prioritizzazione clinica (triage) per questo ritardo che affrontare un sistema carente di risorse. Un'altra consuetudine attuale è quella di cercare di sostituire un sistema di triage dedicato con uno di *track and trigger score* ospedaliero (monitoraggio e allarme). È risultato evidente, com'era prevedibile, che questo non si possa fare senza un considerevole rischio supplementare per gli assistiti con parametri vitali normali, valutati in una fase precoce della loro malattia.

Il nostro punto di vista è sempre stato che un appropriato triage d'emergenza è fondamentale in tutti i sistemi o le circostanze in cui la domanda di prestazioni di cura urgenti superi la capacità di erogarle. Noi continuiamo a credere che tali situazioni occorranza, anche se occasionalmente, sia nei sistemi meglio gestiti e ricchi di risorse, sia, più di frequente, in quelli che solitamente ne sono carenti. Pertanto, la prioritizzazione clinica (chiamata triage, valutazione iniziale o quant'altro) rimane una pietra angolare della gestione del rischio clinico in pronto soccorso, e abbandonarla completamente non è un'opzione considerabile.

*Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Jill Windle*

Manchester, 2013

# CAPITOLO 1

## *Introduzione*

### **Background**

---

Il triage è un sistema di gestione del rischio clinico impiegato nei dipartimenti di emergenza di tutto il mondo per gestire in modo sicuro il flusso degli assistiti, quando la richiesta di prestazioni supera le capacità di fornire assistenza. Questi sistemi sono strutturati in modo tale da garantire tempestivamente assistenza alle persone secondo i loro bisogni clinici. Nei primi dipartimenti di emergenza il triage era intuitivo piuttosto che metodologico, e non era quindi né riproducibile né qualitativamente controllabile.

Il Manchester Triage Group (MTG) fu istituito nel novembre del 1994 con l'obiettivo di stabilire un consenso, fra gli infermieri senior e i medici che operavano nell'emergenza, sugli standard del triage. Divenne presto evidente che le finalità del gruppo potevano essere raggiunte attraverso i seguenti cinque passi.

- Sviluppo di una nomenclatura comune
- Sviluppo di definizioni comuni
- Sviluppo di una metodologia di triage solida
- Sviluppo di un concetto di formazione
- Sviluppo di linee guida per un audit di triage

### **Nomenclatura e definizioni**

---

Una revisione della nomenclatura e delle definizioni in uso fino a quel momento in triage rilevò notevoli differenze tra i vari sistemi impiegati. Un campione rappresentativo di tali differenze è sintetizzato nella tabella 1.1, dove le categorie di priorità sono visibili sulla sinistra, mentre i rispettivi tempi massimi (in minuti) al primo contatto con il medico sono elencati nelle colonne sulla destra.

**Tabella 1.1**

Ospedale 1		Ospedale 2		Ospedale 3		Ospedale 4	
Rosso	0	A	0	Immediato	0	1	0
Giallo	< 15	B	< 10	Urgente	5-10	2	< 10
		C	< 60	Semi-urgente	30-60		
Verde	< 120	D	< 120				
Blu	< 240	E	–	Ritardo accettabile	–	3	–
		FGHI					

Nonostante le molte differenze, fu chiaro che nei tempi di attesa ci fossero delle similitudini tra i vari sistemi di triage, come evidenziato nella tabella 1.2.

**Tabella 1.2**

Priorità	Tempo massimo (minuti)			
1	0	0	0	0
2	< 15	< 10	5-10	< 10
3		< 60	30-60	
4	< 120	< 120		
5	< 240	–	–	–

Una volta rilevate le similitudini, diventò possibile giungere a un rapido accordo su un nuovo sistema comune di nomenclatura e definizioni. A ciascuna delle nuove categorie fu dato un numero, un colore e un nome, e fu definito il tempo ideale massimo per il primo contatto con il medico. Il risultato del lavoro che ha portato alla creazione della United Kingdom triage scale (tab. 1.3) fu poi presentato alle riunioni nazionali tra i rappresentanti degli infermieri e dei medici operanti nell'emergenza.

**Tabella 1.3**

Numeri	Nomi	Colori	Tempo massimo (minuti)
1	Immediato	Rosso	0
2	Molto urgente	Arancione	10
3	Urgente	Giallo	60
4	Standard	Verde	120
5	Non urgente	Blu	240

Nel corso degli ultimi vent'anni, i sistemi di triage a cinque codici di priorità si sono ormai affermati in tutto il mondo. I tempi di attesa sono stabiliti localmente, in particolare per le basse priorità, essendo influenzati dalla politica tanto quanto dalla medicina, ma il concetto di variare la priorità clinica rimane inalterato.

## Metodologia di triage

In termini generali, un metodo di triage può provare a mettere a disposizione di chi lo utilizza una diagnosi, un'attribuzione specialistica del problema (medicina, chirurgia, ortopedia, ecc.) o una priorità clinica. Il MTG decise rapidamente che la metodologia di triage dovesse essere progettata per assegnare una priorità clinica. Tale decisione si basò su tre principi importanti. In primo luogo, l'obiettivo del triage in un dipartimento di emergenza dovrebbe essere quello di sostenere sia la gestione clinica dell'assistito che il buon funzionamento del reparto; questo si ottiene al meglio mediante un'attribuzione accurata della priorità clinica. In secondo luogo, la durata del contatto al triage con l'assistito è tale che qualsiasi tentativo di fare diagnosi precise è destinato a fallire. Infine, è evidente come la diagnosi non sia strettamente legata alla priorità clinica; quest'ultima tende a considerare anche una serie di aspetti individuali mostrati dall'assistito. Ad esempio, assistiti con diagnosi alla dimissione di distorsione della caviglia possono presentare un dolore severo, moderato oppure nessun dolore: la priorità clinica deve riflettere questa condizione.

A grandi linee, il metodo di triage proposto in questo libro richiede a chi lo utilizza di scegliere tra una lista di problemi presentati dall'assistito, per poi vagliare un numero limitato di segni e sintomi per ogni livello di priorità clinica. I segni e sintomi che permettono la differenziazione tra le priorità cliniche sono detti *discriminatori* e vengono ordinati in forma di diagramma di flusso per ogni singola presentazione, il cosiddetto «diagramma di presentazione». I discriminatori che indicano i livelli più elevati di priorità sono vagliati per primi, e poi di seguito tutti gli altri, fino a che, per processo di esclusione, gli assistiti sono allocati al livello di priorità standard 4 (VERDE).

Il processo decisionale è descritto nel capitolo 2, mentre il metodo di triage viene trattato in dettaglio nel capitolo 3.

## Priorità di trattamento e gestione degli assistiti

È facile confondersi tra la priorità clinica e la gestione clinica di un assistito. La prima richiede la raccolta di informazioni sufficienti per consentire all'assistito di essere inserito in una delle cinque categorie di priorità accennate in precedenza; la seconda comporta una più profonda comprensione delle esigenze dell'assistito. La gestione dell'assistito può essere, infatti, influenzata da un gran numero di fattori, quali l'ora del giorno, la dotazione di personale e il numero di posti letto disponibili. Inoltre, la disponibilità di particolari servizi per determinati gruppi di assistiti (ambulatori specialistici, speciali aree di trattamento, ecc.) andrà fondamentalmente a influenzare il flusso di trattamento degli assistiti. Questi particolari servizi, dotati di organico proprio, lavoreranno con una velocità differente, senza che questo possa comunque influire sulla priorità clinica sottostante, che determina l'ordine di trattamento. In questo modo è possibile stabilire l'ordine di cura degli assistiti all'interno di ogni

area di trattamento, ma non dell'intero servizio. Queste problematiche sono trattate in maniera più dettagliata nel capitolo 5.

---

## Formazione al triage

---

Questo libro, congiuntamente a specifici corsi di formazione, dovrebbe fornire le basi necessarie a consentire l'introduzione di una metodologia standardizzata di triage. Questo processo ha avuto un notevole riscontro non solo nel Regno Unito, dove il sistema ha avuto origine, ma anche in molti altri paesi che cercavano uno standard per il triage da impiegare nei loro sistemi sanitari. Non è comunque immaginabile che leggere il libro e frequentare il corso garantisca un'immediata perfezione nell'arte del triage. Piuttosto, questo processo servirà a introdurre il metodo e consentire ai professionisti di sviluppare abilità, impiegando il materiale disponibile, come primo passo verso la competenza nell'uso del sistema. A completare il processo, devono poi seguire per ogni triagista audit individuali e valutazioni sull'utilizzo del sistema.

---

## Audit di triage

---

Il MTG ha trascorso parecchio tempo per cercare di individuare «diagnosi sentinella» che, identificate a posteriori, potessero essere utilizzate come indicatori di una valutazione di triage accurata. Per le ragioni sopra illustrate, divenne presto evidente che un controllo retrospettivo sull'assegnazione della priorità non era possibile basandosi sulla diagnosi.

Per il futuro di ogni metodologia standardizzata è essenziale l'introduzione di un solido metodo di audit, che deve mostrare riproducibilità sia tra i singoli professionisti che tra i dipartimenti. L'argomento è trattato in maniera più dettagliata nel capitolo 6.

---

## Triage non solo nei dipartimenti di emergenza

---

Il concetto di triage (rilevazione della necessità clinica come metodo di gestione del rischio clinico) e il processo descritto in questo libro (riconoscimento del problema dell'assistito, seguito dalla ricerca selettiva del discriminatore) sono applicabili anche in altri contesti. In alcuni di questi, come ad esempio negli ambulatori internistici, chirurgici e pediatrici, il sistema può essere implementato esattamente come nei dipartimenti di emergenza. Il suo utilizzo è pensabile anche in altri servizi, come la medicina di base o il soccorso extraospedaliero, dove molti dei contatti con gli assistiti avvengono per telefono. A tale scopo può servire la versione modificata del Manchester Triage System, presentata nel capitolo 7.

Le informazioni raccolte durante il processo di triage possono essere utilizzate in più modi per migliorare la cura dell'assistito. Ad esempio, è importante che i medici rilevino il prima possibile ogni cambiamento dello stato clinico dell'assistito. In molti ambiti vengono impiegati a questo scopo gli *early warning scores*, sistemi a punteggi aggregati per la rilevazione precoce del deterioramento clinico. Nei dipartimenti di emergenza i discriminatori ABCDE del MTS possono essere utilizzati alla

stessa maniera. Il monitoraggio dei parametri vitali, come presentato nel capitolo 8, è un metodo intuitivo, che consente al triagista di mettere in pratica l'esortazione originale di un triage dinamico, dove "ogni intervento è un intervento di triage".

Infine, come molti utilizzatori del MTS si saranno accorti, l'esito del processo «selezione del problema di presentazione-assegnazione della priorità» porta all'inserimento dei singoli assistiti in uno dei 254 campi dei 52 diagrammi di presentazione del sistema. Questo inquadramento degli assistiti può essere impiegato per attivare specifici percorsi di cura. Assistiti associati a determinati diagrammi di presentazione, come ad esempio ferite con priorità VERDE, possono essere indirizzati verso gli ambulatori, dove sono trattate le urgenze minori; invece, gli assistiti con dolore toracico, priorità ARANCIONE, possono essere inviati direttamente in sala emergenza. L'argomento è trattato in maniera più dettagliata nel capitolo 8.

## Sommario

---

Il triage rappresenta una parte fondamentale della gestione del rischio clinico in tutti i dipartimenti di emergenza, quando la richiesta di prestazioni cliniche supera le risorse a disposizione. Con il triage si mette a disposizione un sistema in grado di offrire un metodo trasmissibile e controllabile per assegnare una priorità clinica nell'ambito dell'emergenza. Non è progettato per stabilire l'appropriatezza dell'accesso al pronto soccorso da parte dell'assistito, ma per garantire, a tutti quelli che hanno bisogno di cure, che le ricevano nei tempi giusti. Il MTS ha mostrato di possedere funzioni che vanno oltre il concetto iniziale di assegnazione delle priorità, quando utilizzato per monitorare i trattamenti e per attivare specifici percorsi di cura, determinati dall'offerta locale e dall'effettiva disponibilità dei servizi.

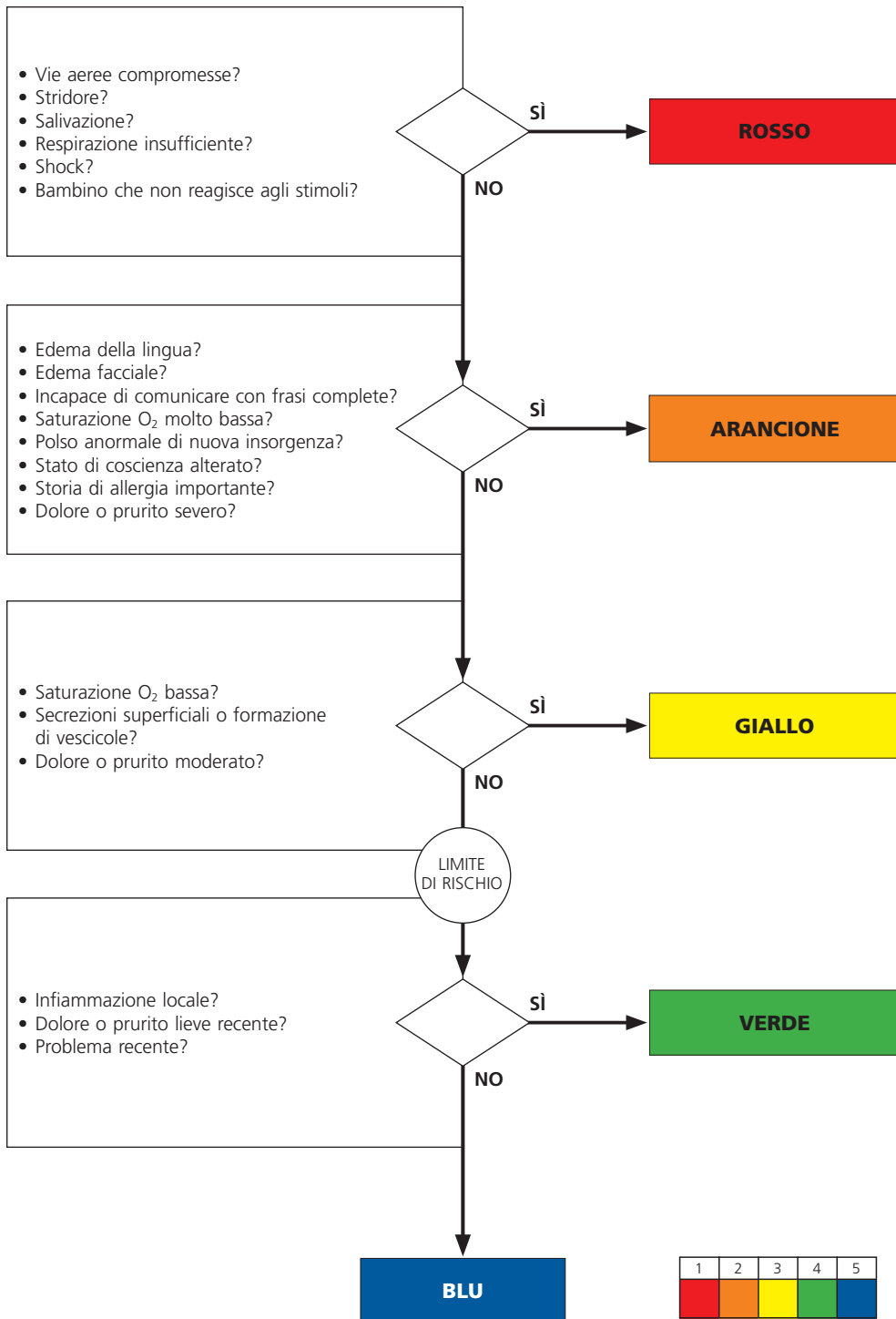
# *Diagrammi di presentazione*



**Indice dei diagrammi di presentazione**

<b>Diagramma</b>	<b>Pagina</b>
Adulto indisposto	<b>64</b>
Aggressione	<b>66</b>
Allergia	<b>68</b>
Ascessi e infezioni locali	<b>70</b>
Asma	<b>72</b>
Autolesionismo	<b>74</b>
Bambino indisposto	<b>76</b>
Bambino irritato (strano)	<b>78</b>
Bambino zoppicante	<b>80</b>
Cadute	<b>82</b>
Collasso	<b>84</b>
Comportamento strano (atipico)	<b>86</b>
Convulsioni	<b>88</b>
Corpo estraneo	<b>90</b>
Diabete	<b>92</b>
Diarrea e vomito	<b>94</b>
Dispnea negli adulti	<b>96</b>
Dispnea nei bambini	<b>98</b>
Dolore addominale negli adulti	<b>100</b>
Dolore addominale nei bambini	<b>102</b>
Dolore al collo	<b>104</b>
Dolore testicolare	<b>106</b>
Dolore toracico	<b>108</b>
Eruzioni cutanee	<b>110</b>
Esposizione a sostanza chimica	<b>112</b>
Ferite	<b>114</b>

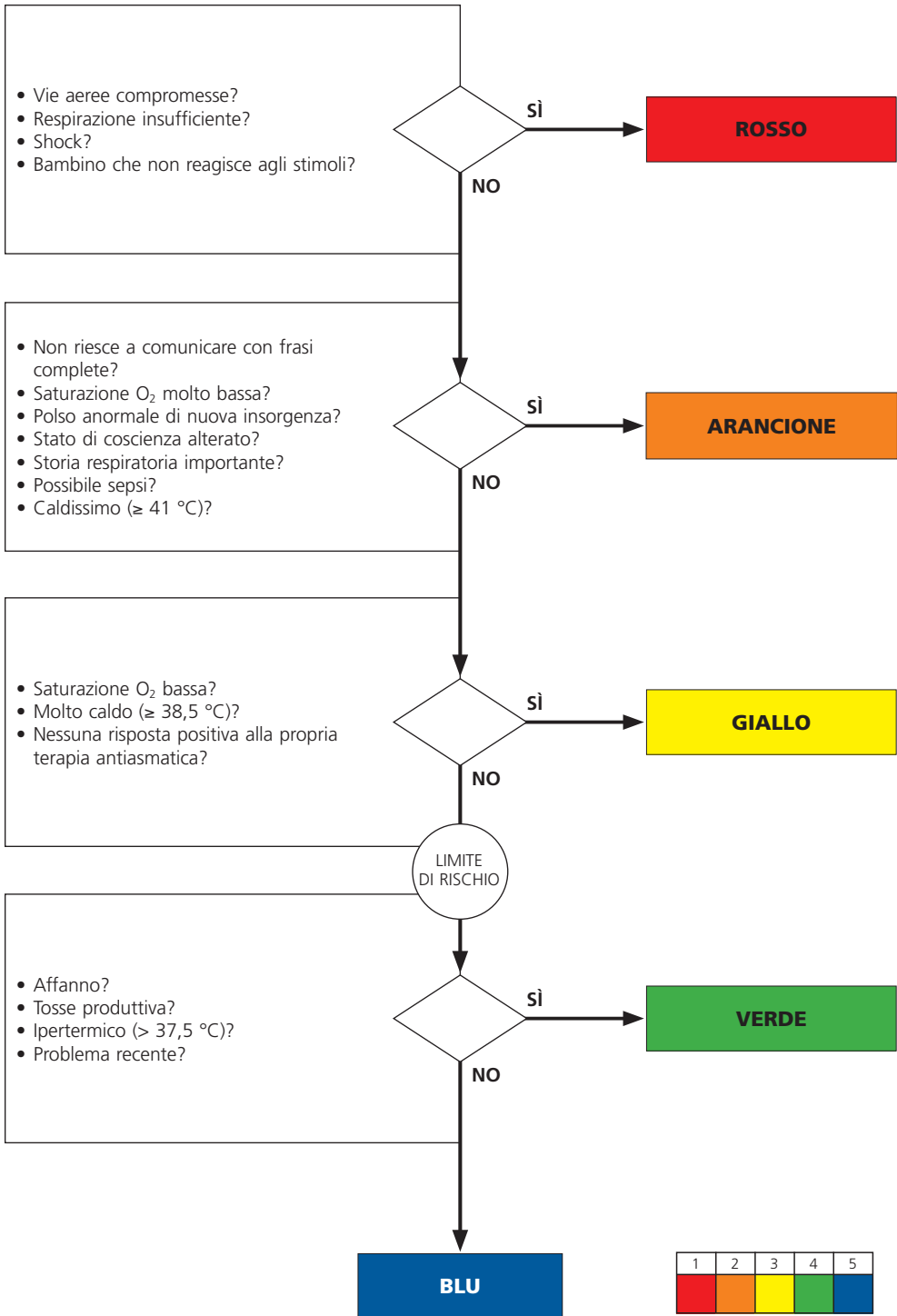
## Allergia



Note di accompagnamento **“Allergia”**

Vedi anche	Indicazioni sul diagramma
Adulto indisposto Asma Bambino indisposto Collasso Morsi e punture	Questo diagramma consente un'accurata prioritizzazione degli assistiti che si presentano con sintomi e segni riconducibili a un'allergia. Assistiti con reazioni allergiche possono manifestare quadri clinici che vanno da uno shock anafilattico con pericolo di vita a una puntura d'insetto pruriginosa. Il diagramma include diversi discriminatori generali, quali pericolo di vita, stato di coscienza e dolore. Sono presenti anche dei discriminatori specifici per consentire la prioritizzazione dei quadri più urgenti.
Discriminatori specifici	Definizione
Stridore	Può essere un rumore inspiratorio o espiratorio, oppure presente in entrambe le fasi respiratorie. Lo stridore è più facilmente udibile respirando con la bocca aperta.
Salivazione	Fuoriuscita di saliva dalla bocca, poiché non è possibile la deglutizione.
Edema della lingua	Gonfiore della lingua di qualsiasi grado.
Edema facciale	Gonfiore diffuso del viso, di solito con interessamento delle labbra.
Incapacità di comunicare con frasi complete	Assistiti talmente dispnoici da non riuscire a completare frasi relativamente corte senza prendere fiato.
Saturazione O <sub>2</sub> molto bassa	Saturazione < 95% in somministrazione di O <sub>2</sub> oppure < 92% in aria ambiente.
Polso anormale di nuova insorgenza	Bradycardia (< 60/min negli adulti), tachycardia (> 100/min negli adulti) o ritmo irregolare. Nell'assistito pediatrico, i valori relativi a bradicardia e tachycardia devono essere ridefiniti in base all'età.
Storia di allergia importante	Una sensibilità nota con reazioni gravi (ad esempio, a noci o punture d'api) è considerata importante.
Saturazione O <sub>2</sub> bassa	Saturazione < 95% in aria ambiente.
Secrezioni superficiali o formazione di vescicole	Qualsiasi secrezione o formazione di vescicole che interessa più del 10% della superficie corporea.
Infiemmazione locale	Un'infiammazione locale comporta dolore, gonfiore e rossore delimitati a una zona o un'area particolare.

**Asma**



## Note di accompagnamento "Asma"

Vedi anche	Indicazioni sul diagramma
Allergia Dispnea negli adulti Dispnea nei bambini	Questo diagramma è concepito per essere utilizzato negli assistiti che si presentano con segni e sintomi di un asma noto. La gravità dell'assistito varia dalla manifestazione di sintomi pericolosi per la vita fino al bisogno di prescrizione di spray antiasmatici. Include diversi discriminatori generali, quali pericolo di vita, stato di coscienza (sia per gli adulti che per i bambini) e saturazione. Il diagramma comprende anche dei discriminatori specifici per rilevare i segni e sintomi propri di un attacco di asma grave o pericoloso per la vita.
Discriminatori specifici	Definizione
Incapacità di comunicare con frasi complete	Assistiti talmente dispnoici da non riuscire a completare frasi relativamente corte senza prendere fiato.
Saturazione O <sub>2</sub> molto bassa	Saturazione < 95% in somministrazione di O <sub>2</sub> oppure < 92% in aria ambiente.
Polso anormale di nuova insorgenza	Bradycardia (< 60/min negli adulti), tachycardia (> 100/min negli adulti) o ritmo irregolare. Nell'assistito pediatrico, i valori relativi a bradycardia e tachycardia devono essere ridefiniti in base all'età.
Storia respiratoria importante	Storia di pregressi problemi respiratori pericolosi per la vita (ad esempio, BPCO), come anche l'asma grave instabile ( <i>brittle asthma</i> ).
Possibile sepsi	Si può sospettare una sepsi nell'assistito che presenta uno stato mentale alterato (GCS < 15), una pressione arteriosa bassa (PAS < 100 mmHg) o una frequenza respiratoria aumentata (> 22 atti/min). Nell'assistito pediatrico, per determinare una possibile sepsi, utilizzare parametri fisiologici adeguati all'età.
Saturazione O <sub>2</sub> bassa	Saturazione < 95% in aria ambiente.
Nessuna risposta positiva alla propria terapia antiasmatica	Queste informazioni dovrebbero essere ricavate dall'assistito. Il mancato effetto della terapia con broncodilatatori somministrata dal medico curante oppure dal servizio di soccorso extraospedaliero ha la stessa importanza.
Affanno	Respiro affannoso o sibilante o sensazione di affanno. Una grave ostruzione delle vie aeree è silenziosa (non c'è movimento di aria).
Tosse produttiva	Tosse con catarro di qualsiasi colore.

# Manchester Triage System

Il **Manchester Triage System (MTS)** è uno dei 4 sistemi di triage validati più diffusi al mondo. Ogni anno, nei pronto soccorso di Austria, Belgio, Brasile, Germania, Inghilterra, Irlanda, Messico, Norvegia, Olanda, Portogallo, Spagna e Svizzera, decine di milioni di persone sono valutate secondo questo sistema.

Questo manuale pratico introduce alla metodologia del MTS e contiene 52 diagrammi di presentazione basati sul sintomo principale mostrato dalla persona valutata. Ogni diagramma è strutturato per gravità decrescente, passando da problemi pericolosi per la vita fino a disturbi di minore entità, tutti accuratamente definiti all'interno del glossario presente in questo manuale.

Il MTS sostiene il processo decisionale dell'operatore di triage, indipendentemente dal livello di esperienza, garantendo un approccio standardizzato, un'accurata prioritizzazione e un esito riproducibile. Questo testo mette a disposizione degli operatori di triage un valido strumento che facilita il lavoro quotidiano e migliora la qualità del loro servizio.



L'edizione italiana del testo è stata curata dai componenti del Gruppo Italiano Manchester Triage (GIMT) che rappresentano l'associazione nel nostro Paese: Michael Prantl, Pasquale Solazzo e Gabriele Magnarelli.

## Risorse online

Per ulteriori domande, informazioni o aggiornamenti del sistema, è possibile consultare il sito:  
[www.manchestertriageystemitalia.it](http://www.manchestertriageystemitalia.it)

MACKWAY-JONES\*TRIAGE EMERGENZA (CEA Q

ISBN 978-88-08-18780-2



9 788808 187802