**CLASSE I (deambulante) e II (non deambulante)**

II paziente:

 Non richiede, o richiede raramente, il monitoraggio dei parametri vitali

 Può non avere bisogno di una linea venosa

 Non dipende dalla somministrazione continua di O2 per mantenere la propria stabilità

 Non deve essere trasferito in Terapia Intensiva.

**CLASSE III**

II paziente:

Richiede frequente controllo dei parametri vitali e soddisfa tutti i seguenti criteri basati sulla valutazione secondo lo schema ABCDE:

**A (vie aeree)**

 Non presenta rischio di ostruzione delle vie aeree

Paziente che non necessità di cannula guedel o intubazione orotracheale

**B (respirazione)**

 Può presentare lieve o modesto distress respiratorio oppure

 Può presentare una frequenza respiratoria < 36 atti/min e >di 8 atti min

 Può richiedere la somministrazione continua di O2 per ottenere una SpO2 almeno >92% (in assenza

di patologie croniche) ma non è in ventilazione assistita.

**C (circolo)**

 Può presentare un accesso vascolare periferico

 Si presenta emodinamicamente stabile, non presenta aritmie, non necessità di supporto

farmacologico.

 Può richiedere un monitoraggio ECG

 Non ha bisogno di monitoraggio invasivo

 Non presenta pace-maker temporaneo

**D (disabilità)**

 Può presentare compromissione dello stato di coscienza (GCS >9

 Può presentare una lesione anatomicamente stabile, o instabile, del midollo spinale al di sotto di T9

**E (evidenza)**

 Non presenta evidenza di emorragie non controllate

*Per i pazienti di questa classe, in cui non sono state individuate patologie potenzialmente evolutive, iI medico che ha in carico il paziente, sulla base delle condizioni cliniche e del rischio di evolutività neurologica, cardiocircolatoria, respiratoria, può comunque avvalersi della consulenza dell’anestesista-rianimatore per l’inquadramento del paziente.*

I pazienti appartenenti alla classe III che hanno già effettuato un percorso diagnostico che abbia individuato patologie potenzialmente evolutive vanno codificati come classi III (evolutive).

Le patologie più comuni per le quali esistono evidenze scientifiche sono descritte nell’appendice A pag.13, cui si rimanda per le considerazioni cliniche da parte del consulente anestesista rianimatore, soprattutto per le decisioni relative all’equipaggio di accompagnamento in relazione alle competenze presenti nei singoli ospedali. Al fine di garantire la giusta valutazione è necessario rivalersi del Risk Score for Transport Patients (RSTP) all.2

**CLASSE IV**

Il paziente:

 Richiede intubazione tracheale

 Richiede supporto ventilatorio

 Ha bisognodi due linee venose o CVC per mantenere stabili i parametri cardiocircolatori

 Può presentare distress respiratorio grave

 Può essere presente una compromissione dello stato di coscienza, con GCS < o = 8

 Può richiedere la somministrazione continua di farmaci o di trattamenti sostitutivi artificiali o di

supporto senza la quale si realizza lo scompenso emodinamico o respiratorio del paziente.

 È trasferito in Rianimazione/Terapia Intensiva generale fatti salvi i casi di trasferimenti tra T.I. di

pazienti stabilizzati che non necessitino di trattamenti di supporto vitale o infusione continua di

farmaci salvavita

 Presenta una lesione anatomicamente instabile del midollo spinale al di sopra di T9.

**CLASSE V (alto rischio di mortalità durante il trasporto)**

Al fine di facilitare la valutazione delle patologie ad evolutivà nota, si riporta la scheda sottostante.

**PATOLOGIE AD EVOLUTIVITA’ NOTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PATOLOGIA** | **VALUTAZIONE/CARATTERISTICHE RILEVANTI** | **GRADO DI EVOLUTIVITA’** |
| |  | | --- | | Ematoma epidurale acuto | | |  | | --- | | Attenzione se la raccolta risulta disomogenea alla TC | | |  | | --- | | Elevata | |
| |  | | --- | | Emorragia subaracnoidea spontanea | | |  | | --- | | Tendenza al risanguinamento particolarmente nelle prime tre ore 24 | | |  | | --- | | Elevata | |
| |  | | --- | | Patologie vascolari a sede in fossa posteriore | | |  | | --- | | Emorragia spontanea, focolaio lacero-contusivo, ematoma subdurale acuto | | |  | | --- | | Elevata | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Fistola carotido cavernosa post traumatica |  |  | |  | | | | |  | | --- | | Rara.  Esoftalmo pulsante con soffio all'auscultazione dell'occhio protruso | | |  | | --- | | Elevata | |
| |  | | --- | | Stroke ischemici, o emorragici spontanei e traumatici non compresi nei casi su elencati | | |  | | --- | | Valutazione delle lesioni alla TC encefalo (se emorragiche)29  attenzione negli spostamenti della linea mediana > 5 mm  attenzione alla compressione delle cisterne della base  Valutazione dello score GCS e NIHSS all'ingresso e al momento della decisione di trasferimento.  Sono elementi utili al fine delle decisioni in merito : 22 29   deterioramento dello stato di coscienza con un decremento di due punti nella GCS   variazioni del diametro pupillare e reazione pupillare alla luce   deterioramento del deficit neurologico focale   cefalea, nausea, vomito se persistenti   NIHSS >o=15 indica evolutività elevata | | |  | | --- | | Variabile :  la decisione sul grado di evolutività del singolo caso tenga conto globalmente, e non singolarmente, delle caratteristiche descritte nella colonna valutazioni/caratteristiche rilevanti, che rappresenta un sunto di quanto emerge dai lavori scientifici a supporto della valutazione clinica | |
| |  | | --- | | Dissecazioni dell’aorta toracica o addominale | | |  | | --- | | Se non trattabili in loco, va assicurata la possibilità di mantenere la stabilizzazione emodinamica, durante il trasporto.  Può essere necessario trasfondere emazie concentrate ed emoderivati a bordo dell’ambulanza | | Elevata |
| |  | | --- | | Infarto miocardico acuto | | |  | | --- | | Possibile comparsa di aritmie critiche entro le prime quattro ore dall'esordio dei sintomi | | Elevata |
| |  | | --- | | Intossicazione da CO in paziente cosciente | | |  | | --- | | Possibile comparsa di aritmie, alterazioni tratto ST, incremento enzimi cardiaci | | |  | | --- | | Elevata solo se presenti al momento del trasferimento dati clinici o di laboratorio di danno cardiaco non preesistenti | |