



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 9^a legislatura

ALLEGATO N. 2 – 1998 / 102 – dicembre 2015

**INDIRIZZI TECNICO-OPERATIVI PER IL
TRIAGE di PRONTO SOCCORSO**

Indice

1. Definizioni	3
1.1 Sequenza	3
1.2 Codici di Priorità	4
1.3 Condizioni di Fragilità	4
1.4 Bambini	4
1.5 Parametri Vitali.....	6
2. Risposta Operativa.....	7
2.1 Tempi massimi dopo il Triage di Accesso (TA)	8
2.2 Modelli Organizzativi per il TRIAGE e la Presa in Cura (P.i.C.) in Pronto Soccorso	8
2.3 Funzioni del Triage di Accesso (TA)	10
2.4 Funzioni dell'Area Infermieristica Avanzata.....	10
3. Infermiere Triagista	11
3.1 Formazione del personale	11
4. Gestione del Rischio Clinico.....	12
4.1 Funzioni del Co.Re.TRIAGE	12
4.2 Funzioni del G.A.TRIAGE.....	12
4.3 Verifica e Revisione della Qualità (VRQ) del Triage.....	12
5. Raccomandazioni Triage Avanzato e Percorsi Brevi Specialistici	13
5.1 Triage Avanzato Pediatrico (APE).....	13
5.2 Triage Avanzato: Sintomi Cardine (ASCA)	16
5.3 Triage Avanzato dei Motivi ad elevata frequenza di afflusso	17
5.3.1 Triage Avanzato Dolore Toracico (ATO).....	17
5.3.2 Triage Avanzato Dolore Addominale (ADA).....	17
5.4 Triage Avanzato Traumi Minori delle Estremità (ATE)	18
5.5 Triage Avanzato per Motivi Specialistici e avvio diretto da Triage di Accesso.....	19
5.5.1 Dermatologico	19
5.5.2 Ginecologico	19
5.5.3 Oculistico	20
5.5.4 Otorinolaringoiatrico	20
5.5.5 Odontoiatrico e Maxillo-Facciale	21
5.5.6 Urologico.....	21
6. Tabelle dei Sintomi e dei Discriminatori	22
Tab. A1-3 - Discriminatori di EMERGENZA	22
Tab. A4-6 - Discriminatori dei SINTOMI CARDINE	23
Tab. A7-8 - AC Discriminatori del motivo di accesso "TRAUMA"	24
Tab. A9-19 - AD Motivi di Accesso Specifici e relativi Discriminatori di Rischio (GIALLO) o Sofferenza (VERDE) ..	27
Tab. A20-80 - AE Motivi di Accesso per Apparato (minori o non specifici).....	30

1. Definizioni

Il punto e la modalità di prima accoglienza e valutazione di chi accede al Pronto Soccorso è il TRIAGE (*Intesa Stato-Regioni 17/05/1996*). Il TRIAGE è finalizzato ad acquisire informazioni necessarie e sufficienti a prestabilire le priorità assistenziali, dunque le modalità e i tempi di attesa, le aree di destinazione nella struttura nonché ad avviare i percorsi di presa in carico (*Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013*).

Per soddisfare la *mission* istituzionale dei dipartimenti di emergenza accettazione (DEA) la metodologia gestionale del TRIAGE deve essere comune e deve rispettare tre requisiti:

1. **Rapidità**: il tempo accesso-codifica di triage deve essere breve
2. **Sensibilità** elevata e **specificità** sufficiente: tutti i pazienti potenzialmente critici debbono essere identificati
3. **Logica Organizzativa**: va perseguita una organizzazione che con un adeguato utilizzo delle risorse produca il rispetto di tempi e standard gestionali.

1.1 Sequenza

Per essere comune, omogenea, ripetibile e misurabile la metodologia operativa del TRIAGE è procedurale e persegue un modello “*step by step*” che consente la gerarchizzazione delle priorità. Una procedura così strutturata è applicabile ai differenti modelli organizzativi e strutturali di PS-DEA.

Le fasi della procedura distinte nel diagramma di flusso (fig. 1) sono in sequenza “*step by step*”:

1. Identificazione ispettiva all’accesso di una situazione di **emergenza** (assenza o alterazione funzioni vitali, peri-arresto).
2. Identificazione di un **problema sanitario cardine** (DISPNEA, SINCOPE, CARDIOPALMO).
3. Identificazione di **altro motivo** di accesso
4. Utilizzo dei **discriminatori** di Priorità per Rischio e di Priorità per Sofferenza (Allegato A).
5. Valorizzazione dei **Parametri Vitali** misurati
6. **Presa in cura** e avvio dei percorsi
7. Definizione di situazioni particolari di **fragilità** (1.3) e avvio delle relative procedure di assistenza e conforto.

La procedura va applicata in ogni contesto di DEA-PS in quanto tutte le 7 fasi debbono essere svolte seppur con modalità diverse a seconda della tipologia organizzativa (2.2).

Non è possibile attribuire il codice di Priorità (1.2) senza l’esecuzione della sequenza: in caso contrario per il flusso EMUR (APS) dovrà essere specificato **TRIAGE non ESEGUITO**.

1.2 Codici di Priorità

I Codici che definiscono la Priorità di Presa in Cura (PIC) sono:

1. **EMERGENZA** (colore **ROSSO**):
assenza o compromissione ispettiva o misurata delle funzioni vitali.
2. **URGENZA** per RISCHIO (colore **GIALLO**):
assenza di compromissione delle funzioni vitali, condizione con rischio evolutivo di compromissione precoce.
3. CONDIZIONE DI **SOFFERENZA** (colore **VERDE**):
assenza di compromissione delle funzioni vitali, assenza di rischio evolutivo di compromissione precoce; sofferenza oggettiva psichica o fisica della persona o di un suo organo.
4. **PROBLEMA MINORE** (colore **BIANCO**):
assenza di compromissione delle funzioni vitali, assenza di rischio evolutivo di compromissione, assenza di sofferenza oggettiva psichica o fisica della persona o di un suo organo. Problema urgente minore e problema non urgente differibile.

L'assegnazione del codice deve avvenire nel rispetto dei criteri stabiliti dal presente documento.

1.3 Condizioni di Fragilità

Le principali condizioni di Fragilità sono:

1. **Anziano fragile**: soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico.
2. **Bambini** (1.4)
3. **Altro** soggetto fragile: quei soggetti che pur in età non geriatrica sono affetti da disabilità gravi o condizioni patologiche ad elevato impatto assistenziale
4. **Violenza** fisica e psichica
5. **Incapacità linguistica** che comporta difficoltà di attribuzione del codice di priorità e di valutazione nell'attesa.

NOTA: le condizioni di FRAGILITA' non modificano il codice colore e la relativa priorità ma prevedono l'avvio di particolari e definite procedure assistenziali e di conforto.

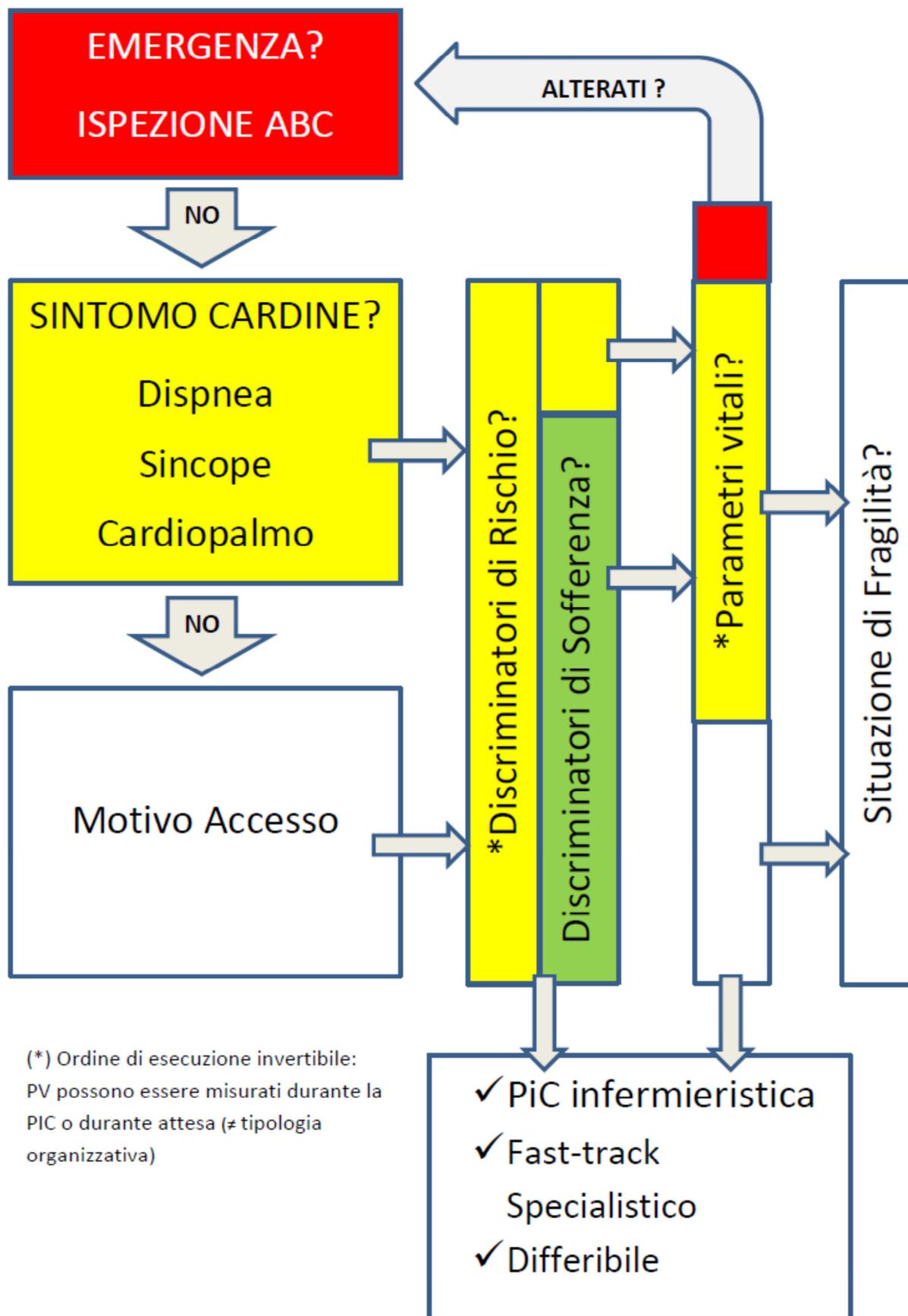
1.4 Bambini

Il TRIAGE in età pediatrica è influenzato dalle differenze anatomo-fisiologiche, dalla presentazione clinica dei problemi di salute, dal diverso atteggiamento psicologico soprattutto nelle fasce di età inferiori; tuttavia l'algoritmo valutativo del Triage nei principali sistemi internazionali è universale. La definizione dei discriminanti dei motivi di accesso è stata integrata per intercettare alcune specificità di presentazione pediatrica.

Per tenere conto delle differenze si raccomanda l'esecuzione di un **Triage Avanzato Pediatrico** (vedi 5), specificamente nelle prime fasce di età (≤ 12 mm, 1-10aa):

- Integrando le informazioni con una più attenta raccolta dei dati obiettivi
- Valutando la sofferenza con modalità differenti rispetto all'adulto
- Specificando meglio le informazioni raccolte in fase di Triage di Accesso (TA)

Fig 1. Diagramma di Flusso del TRIAGE di Pronto Soccorso



1.5 Parametri Vitali

Nella presa in cura dei soggetti che giungono in PS per condizioni emergenti e urgenti è prevista la rilevazione dei parametri vitali. Nello stesso tempo le condizioni con normalità ispettiva, senza definizione di una condizione di rischio né di sofferenza e associate ad un sintomo di presentazione minore o non urgente non prevedono la necessità di misurare i parametri vitali.

La misurazione dei parametri vitali consente di migliorare la definizione della priorità di valutazione di chi si presenta al Pronto Soccorso. La verifica di una alterazione dei parametri prevede l'applicazione dello schema decisionale presentato nella seguente tabella parametri. Al contrario il rilievo di parametri normali nei casi già codificati rosso o giallo dai discriminatori di triage non comporta la ridefinizione.

L'utilizzo di score validati e correlati al rischio di esiti negativi può aiutare a identificare più rapidamente condizioni predittive di eventi. Sono qui proposti Early Warning Score Modificato (M_EWS) e Shock Index (SI=FC/PAs)

Tabella parametri:

Parametro	-	G	R
LOC	A-Alert	V-Vocal ¹	P-Pain e U-Unresponsive
FR (apm)	8-20	>20	<8 o >30
SO2 (%)	≥93	<93	
FC (bpm)	50-110	<50 o >110	
PAs (mmHg)	90-220	<90 o >220	
TC (°C)	36-38	<36 o >38 + SI (FC/PAs) >1	
MEWS*	0-1	>1	
Decisione	Non modifica il codice	Definisce codice GIALLO	Definisce codice ROSSO

*MEWS	3	2	1	0	1	2	3	score
AVPU	-	-	-	Alert	Vocal	Pain	Unresponsive	
FR (ar/m)	-	<9	-	9-14	15-20	21-29	≥30	
FC (b/m)	-	<40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130	
PAs (mmHg)	<70	71-80	81-100	101-199	-	-	≥200	
TC (°C)	-	<35	-	35-38,4	-	≥38,5	-	

NOTE:

- ¹V di AVPU definisce codice giallo nella fase di valutazione avanzata (misurazione dei parametri) mentre definisce codice rosso nella fase di triage ispettivo in porta (differente setting).
- Gli applicativi informatici devono fornire il calcolo automatico degli score M.E.W.S. e Shock Index (SI) e produrre la modifica automatica del codice colore nei casi previsti dal precedente schema decisionale.
- Parametri vitali in età pediatrica: vedi punto 5 (Raccomandazioni Triage Avanzato)

2. Risposta Operativa

La risposta operativa è condizionata dalla necessità di fornire assistenza ad ogni utente del Pronto Soccorso-DEA utilizzando le risorse previste e disponibili al fine di migliorare l'assistenza e gli esiti. Stanti le attuali evidenze scientifiche, gli obiettivi della risposta operativa sono:

- Intercettare, valutare e trattare le condizioni emergenti
- Prendere in cura (PiC) e monitorare, quindi valutare e trattare le condizioni con precoce rischio di compromissione.
- Prendere in cura, quindi valutare e trattare le condizioni urgenti per sofferenza oggettiva
- Prevedere procedure di gestione delle condizioni di fragilità particolare
- Prevedere procedure di snellimento dei percorsi diagnostico-terapeutici e di gestione con lo scopo di ridurre i tempi di attesa, permanenza e dunque del sovraffollamento dei DEA-PS

Le conseguenti procedure sono:

1. La presa in cura immediata e la valutazione medica emergente per le seguenti condizioni:

ROSSO	Alterazione ispettiva funzioni vitali
	Discriminatore parametri vitali alterato
GIALLO	Agitazione psicomotoria (violento/pericoloso)
	Percorso STROKE (CSS ¹ + insorgenza ≤6h)
	Percorso STEMI (ECG)
	Percorso SEPSI (febbre, SI>1)
	Percorso TRAUMA maggiore / USTIONE maggiore

2. La attivazione della funzione e/o Area di Infermieristica Avanzata per la Presa in Cura (PiC) infermieristica, l'osservazione monitorata, il triage avanzato.
3. La definizione e il monitoraggio dei tempi per la gestione degli accessi

¹CSS = Cincinnati Stroke Scale

2.1 Tempi massimi dopo il Triage di Accesso (TA)

Le procedure e i percorsi *evidence based* multidisciplinari medico-infermieristici favoriscono una gestione snella dei problemi, abbreviata, specialistica prima o al posto della visita medica di PS e forniscono risposte sicure e gradite all'utenza.

È stato quindi scelto di rivedere il concetto di tempi massimi prevedibili di attesa secondo queste nuove e diffuse modalità di organizzazione e gestione: a ogni codice di priorità viene associato un tempo di Presa in Cura (PiC) infermieristica che identifica l'avvio del percorso assistenziale per l'utente, per la tipologia di problema presentato. Sono previsti anche i tempi medi di osservazione e controllo infermieristico se indicato. La valutazione medica (VM) può quindi avvenire contestualmente, dopo la PiC infermieristica o dopo l'esecuzione di una prestazione specialistica se indicato nel percorso.

Qualora situazioni di sovraffollamento o emergenze, che inducano l'interruzione della funzione infermieristica avanzata, non consentano di soddisfare questi tempi è previsto un tempo massimo di rivalutazione obbligatoria del TRIAGE.

CODICE	PiC INFERMIERE	Visita MEDICO	Osservazione INFERMIERE	Rivalutazione TRIAGE ¹
ROSSO	0'	0'	-	-
GIALLO	15'	60'	15'	30'
VERDE	30'	90'	30'	60'
BIANCO	T. Avanzato	90'	-	90'

¹la rivalutazione di TRIAGE è obbligatoria in caso di mancata PiC infermieristica o di valutazione medica

1.2 Modelli Organizzativi per il TRIAGE e la Presa in Cura (PiC) in Pronto Soccorso

La funzione di triage intraospedaliero deve essere espletata in posizione strategica rispetto agli accessi. Il TRIAGE deve essere immediatamente identificabile per tutti coloro che accedono al Pronto soccorso.

Devono essere previsti pertanto un locale dedicato all'accoglienza e Triage di Accesso (TA) collocato in posizione strategica rispetto agli ingressi del Pronto soccorso (pedonale, auto, ambulanze) e con possibilità di osservazione diretta delle sale di attesa. Il TA deve essere di ampiezza sufficiente per permettere l'espletamento della valutazione infermieristica prevista nel rispetto della riservatezza del paziente.

Inoltre, deve essere possibile poter assistere e valutare i pazienti più complessi garantendo:

1. l'osservazione anche monitorata, quando indicato, dei codici gialli e dei pazienti fragili
2. il completamento della definizione e l'avvio di percorsi di valutazione e trattamento
3. la dovuta riservatezza

Queste funzioni definiscono il Triage Infermieristico Avanzato con Presa in Cura Infermieristica.

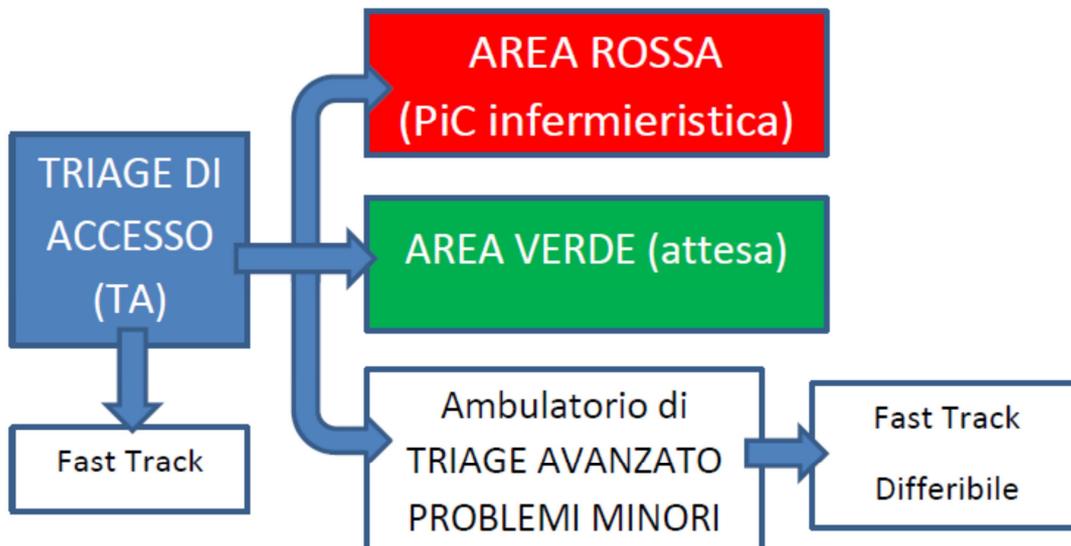
Nei DEA e Pronti Soccorsi, ove esistano Area Rossa e Area Verde con capacità di accoglienza che comportano il soddisfacimento dei tempi per la presa in carico infermieristica ciò avviene direttamente nelle aree. Deve essere però presente un Ambulatorio di Triage Avanzato per la valutazione completa dei codici minori per cui è prevedibile l'avvio di percorsi brevi specialistici o l'invio ad altre strutture dei casi differibili (schema tipologia organizzativa A).

Una modalità organizzativa alternativa consiste nella strutturazione di un'Area Infermieristica Avanzata. Questa tipologia (schema tipologia organizzativa B) è particolarmente indicata se le aree ambulatoriali non sono normalmente in grado di accogliere direttamente tutti i pazienti secondo le priorità e i tempi definiti dal TA.

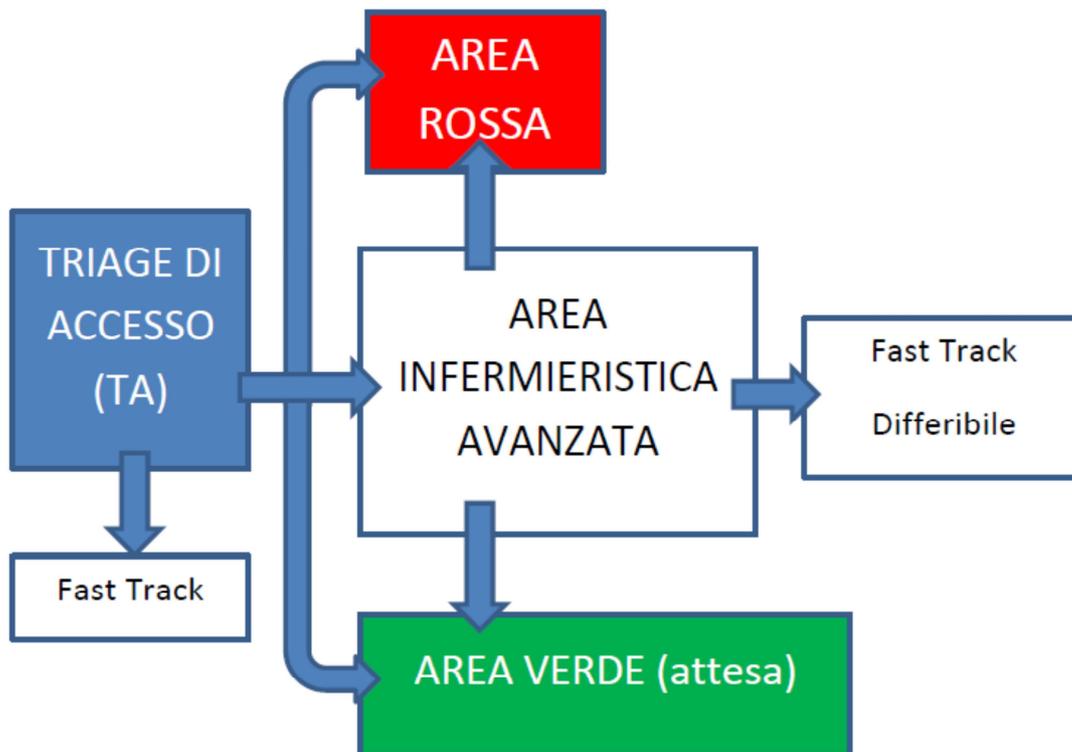
Il personale dedicato deve essere: un infermiere triagista al TA e almeno un infermiere triagista all'Area Infermieristica Avanzata, un OSS deve essere presente o disponibile per sostenere queste due funzioni.

Figura 2 – Tipologie organizzative

TIPOLOGIA ORGANIZZATIVA A



TIPOLOGIA ORGANIZZATIVA B



Nella tipologia B il TA può essere separato o in contiguità con l'Area Infermieristica Avanzata

1.3 Funzioni del Triage di Accesso (TA)

1. Riconoscimento tempestivo di una situazione di emergenza (BLS o alterazione in atto delle funzioni vitali)
2. Avvio immediato al percorso di valutazione e trattamento per i casi emergenti
3. Identificazione certa del paziente (*Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013: 4.1.2*)
4. Riconoscimento tempestivo del problema principale
5. Determinazione del livello di urgenza e di priorità
6. Informazione all'utenza in accesso (*Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013: 4.1.3; DGRV 74/2014*)
7. Osservazione delle aree di attesa al fine di rilevare repentini ed imprevedibili aggravamenti della sintomatologia negli utenti in attesa. La collocazione del TA deve consentire l'attività di osservazione (*Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013*)
8. Eventuale rivalutazione dei pazienti in attesa in caso di aggravamento o di superamento dei tempi massimi di attesa (*Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013: 4.1.3*)
9. Rilevazione dei pazienti che intendono allontanarsi dal Pronto soccorso prima della valutazione medica e chiusura del caso come "abbandono prima della visita medica" (EMUR, *Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013: 4.1.3*)

1.4 Funzioni dell'Area Infermieristica Avanzata

1. Presa in carico e monitoraggio osservato codici gialli
2. Avvio dei percorsi operativi per problemi maggiori e frequenti
3. Triage avanzato pediatrico
4. Procedura dolore
5. Procedure di nursing per problema sanitario (epistassi, ritenzione urinaria, vomito, stabilizzazione di traumi/ferite, valutazione rischio decubito, analgesia pediatrica per trattamento ferite...)
6. Gestione del paziente fragile
7. Triage avanzato per problemi minori
8. Differimento ad altra struttura se previsto dalle procedure aziendali

NOTE:

- Con il termine **Fast Track (FT)** si definiscono i percorsi brevi a gestione infermieristica che consentono di effettuare valutazioni specialistiche:
 - Al posto della visita del medico di PS (in caso di problematica strettamente specialistica)
 - Prima della valutazione del medico di PS, al fine di favorire lo snellimento dei percorsi e la gestione dei tempi e del sovraffollamento.
- Nel primo caso il FT dovrebbe essere direttamente attivato dal Triage di Accesso (TA) per evitare un sovraccarico all'Area Infermieristica Avanzata.
- Per le specifiche vedi 5.
- Ove previsti i percorsi per differire un paziente con problema minore non urgente ad altra struttura di pronta accoglienza (guardia medica, guardia turistica, unità di cure territoriale es UTAP) debbono prevedere che la struttura sia disponibile, l'assenso dell'utente, che l'invio sia definito dall'infermiere di Triage Avanzato.

3. Infermiere Triagista

L'infermiere triagista è riconosciuto dalle "Linee guida per il sistema emergenza-urgenza" (*GU Serie Generale n.114 del 17-5-1996*) in applicazione al DPR 27 del marzo 1992 (accordo Stato Regioni) e opera sempre secondo protocolli stabiliti dal dirigente del Servizio ai sensi delle normative nazionali e regionali e previa specifica formazione (3.1).

L'infermiere di Triage Avanzato deve avere una esperienza lavorativa di almeno 2 anni in Pronto Soccorso inclusa l'attività di Triage di Accesso e opera sempre secondo protocolli stabiliti dal dirigente del Servizio ai sensi delle normative nazionali e regionali e previa specifica formazione (3.1).

3.1 Formazione del personale

Una formazione adeguata e continua riduce sensibilmente i rischi di una errata attribuzione di codice di priorità, aumenta i livelli di appropriatezza dell'intervento, nonché la qualità e la sicurezza della prestazione erogata. La formazione deve rappresentare un impegno primario e costante delle Aziende sanitarie, deve curare gli aspetti clinico-metodologici e relazionali e prevedere l'addestramento continuo del personale addetto al triage. (*Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013: 4.2*).

Sono previsti due livelli formativi: Triage di Accesso e Triage Avanzato. Per accedere al corso di Triage di Accesso (Abilitazione) l'infermiere deve possedere il titolo di studio e l'abilitazione alla professione di infermiere e almeno sei mesi di esperienza lavorativa in Pronto Soccorso successivi al periodo di prova e inserimento previsti dalle procedure aziendali; deve inoltre possedere attestato BLS-D.

Caratteristiche favorevoli per l'infermiere triagista sono: elasticità mentale e capacità decisionale, controllo dell'emotività, capacità relazionale.

Dopo il corso di Triage di Accesso (Abilitazione) è previsto un periodo di affiancamento e tutoraggio di almeno 24 ore con un infermiere triagista esperto. I tutor sono definiti dal garante o responsabile scientifico dei corsi Triage aziendali.

Per accedere al corso di Triage Avanzato l'infermiere triagista deve avere una esperienza lavorativa di almeno 2 anni in Pronto Soccorso inclusa l'attività di Triage di Accesso. Dopo il corso di Triage Avanzato è previsto un periodo di affiancamento e tutoraggio di almeno 48 ore.

Formazione continua: almeno ogni 3 anni gli infermieri, compreso il coordinamento, devono frequentare un corso di Aggiornamento e re-Training. Il corso deve includere le evidenze della VRQ, le revisioni regionali della procedura di Triage di Accesso, le revisioni aziendali delle procedure infermieristiche di Presa in Cura e Triage Avanzato nonché affrontare le peculiarità degli aspetti relazionali e di comunicazione nei dipartimenti di emergenza-urgenza.

I corsi di Triage (Accesso, Avanzato e Aggiornamento) sono aziendali, ma la metodologia didattica e gli ambiti formativi sono definiti e periodicamente verificati dal Coordinamento Regionale Triage (*CoRe_Triage*).

Per la funzione di supporto prevista dalle norme e la VRQ anche il personale medico che opera in pronto soccorso deve svolgere la formazione abilitante al Triage con le medesime propedeuticità previste per l'infermiere. Per la funzione di supporto prevista sarebbe opportuno che il personale OSS partecipasse alla formazione abilitante di Triage.

4. Gestione del Rischio Clinico

Al fine di prevenire i danni dovuti a possibili **errate attribuzione di codice triage**, ai sensi della Raccomandazione Ministero della Sanità n°15, è prevista l'istituzione di gruppi multidisciplinari:

- A livello **regionale** il *CoRe_Triage*, in capo al Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU), di cui fanno parte un medico e un infermiere per ogni azienda ULSS e per ogni PS di ospedali privati accreditati, identificati dal Direttore dell'U.O. tra i membri del GA_Triage.
- A livello **aziendale** il Gruppo Aziendale Triage (GA_Triage) composto da medici e infermieri delle diverse U.O. di Pronto Soccorso dell'Azienda.

4.1 Funzioni del CoRe_Triage

1. Definisce gli standard e coordina le attività di formazione e aggiornamento a livello regionale
2. Verifica l'applicazione della procedura regionale di Triage a livello regionale e aziendale.
3. Definisce i criteri e le modalità per eseguire la Verifica di Qualità (VRQ) del Triage.
4. Verifica gli indicatori di bisogno, processo ed esito raccolti dal Registro Sistema Emergenza Urgenza del Veneto (registro S.E.U.V.) in capo al C.R.E.U.-S.E.R. (DGRV 1513/14).

4.2 Funzioni del GA_Triage

1. Organizza i corsi aziendali secondo gli standard del *CoRe_Triage* e tenendo conto delle evidenze aziendali.
2. Svolge la verifica di qualità del triage secondo il modello previsto.
3. Organizza almeno un incontro annuale di aggiornamento, analisi dei dati statistici e degli indicatori di attività delle U.O. di PS Aziendali.
4. Organizza attività di valutazione o gestione del rischio clinico inerenti le attività di Triage in collaborazione con il *risk-manager* dell'Azienda (Discussione di casi ed eventi critici o sentinella segnalati, Audit, FMEA-FMECA...).

4.3 Verifica e Revisione della Qualità (VRQ) del Triage

Il processo di VRQ si espleta attraverso l'analisi dei seguenti indicatori.

1. Livello Regionale, analisi per U.O.:
 - a. Indicatore V1: numero di accessi con TA non eseguito/totale accessi
 - b. Indicatore V2: numero di ricoveri TA non eseguito/accessi TA non eseguito
 - c. Indicatore V3: tempo di PIC infermieristica (Triage avanzato) codici gialli (☺: 90% <15min)
 - d. Indicatore V4: numero di FT attivati/motivi di accesso con prevedibile FT
 - e. Indicatore V5: numero di casi con VRQ/totale (☺: >10%)
 - f. Indicatore V7: numero di casi confermati da VRQ (☺: >90%)
 - g. Procedura V-Appropriatezza: verifica delle non appropriatezze in uscita per tabella sintomi e colore sul totale casi e per U.O.
2. Livello aziendale, analisi per operatori:
 - a. Indicatore V11: distribuzione percentuale codici colore per operatore
 - b. Indicatore V12: numero di reclami relativi alla fase Triage/totale accessi
 - c. Procedura V-VRQ operatore: devono essere previsti 2-3 medici esperti per ogni UO che dovranno valutare almeno il 10% dei casi da loro aperti rivalutando il triage specificando per quei casi la scheda da utilizzare in accesso e l'attribuzione del codice di priorità. L'attività potrà alternativamente essere distribuita nel corso dell'intero anno o effettuando audit in alcuni periodi. Devono quindi essere verificate le percentuali di scostamento per operatore.

5. Raccomandazioni Triage Avanzato e Percorsi Brevi Specialistici

5.1 Triage Avanzato Pediatrico (APE)

È utile pensare alla valutazione pediatrica in modo standardizzato. La procedura si basa sull'algoritmo universale di valutazione pediatrica del PALS (Pediatric Advanced Life Support) che prevede in sequenza:

1. ABC: valutazione rapida del bambino

- A: è sveglio, guarda, reagisce, è interattivo, è consolabile?
- B: ha rumori respiratori, alitamento delle pinne nasali, retrazioni inspiratorie sopraclavari o al torace, movimenti respiratori anormali?
- C: la pelle è fredda, pallida, sudata? Presenta petecchie? Il tempo di riempimento capillare è normale?
 - Presenza di criteri di instabilità Fisiologica: EMERGENZA (codifica ROSSO)
 - Assenza: procedi con i punti successivi

NOTA: anche se questo step ABC corrisponde alla valutazione ispettiva del triage d'accesso, soprattutto nelle prime fasce di età, deve essere ripetuto nel Triage Avanzato attraverso una più approfondita valutazione toccando e dedicando alcune decine di secondi per osservare dettagliatamente ogni componente delle tre dimensioni.

2. Parametri Vitali al Triage Avanzato

- la misurazione della frequenza respiratoria (FR) può essere sostituita da un'accurata valutazione di B nella fase precedente
- è opportuna la misurazione della frequenza cardiaca (FC) e della saturazione (SO₂) in tutti i bambini che presentino motivi maggiori in fase di accesso, è suggerita nei casi in cui vi sia dubbio
- la misurazione della pressione arteriosa (PA) non aggiunge significative informazioni per la riserva fisiologica del bambino che presenta scompenso pressorio solo nelle fasi più avanzate con segni generalmente evidenti all'ispezione

3. Febbre

- va valutata con particolare attenzione in particolare in relazione ai segni di circolo (C del primo step)

4. Dolore

- va valutato in relazione alla reattività del bambino (A del primo step); è quindi opportuno utilizzare una scala specifica per la fascia di età:
 - NRS (Numerical Rating Scale) per i bambini di età 8-10 anni
 - Wong-Baker per bambini di età 3-8aa
 - FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) per i bambini di età <3aa

Le scale validate del dolore pediatrico devono essere disponibili ed utilizzate correttamente e costantemente dall'infermiere addetto al triage.

NOTA: E' opportuno che ogni unità operativa si doti di una procedura di analgo-sedazione pediatrica localmente contestualizzata. Riferimento bibliografico: Il dolore nel bambino, Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1256_allegato.pdf)

5. **Esantemi:** la presenza di esantemi prevede obbligatoriamente l'esecuzione degli step 1 e 2.

Primo Anno di vita (0-12mesi):

il bambino molto piccolo, neonato e di età inferiore all'anno, è difficile da valutare; spesso le percezioni dell'operatore sanitario sono distorte e la valutazione seppur accurata è difficoltosa. In particolare per questa fascia di età è necessario prestare molta attenzione a quello che affermano i genitori e non ritenere che siano "solo preoccupati". Più che in qualsiasi altra età, il bambino va spogliato per essere valutato e fondamentale è la valutazione del primo *step*. Per qualsiasi problema medico e traumatologico per cui il lattante (0-12mesi) giunga in pronto soccorso è opportuna la valutazione del pediatra prima della dimissione.

Score:

Vi sono vari score utilizzati nei sistemi di Triage Pediatrico. Può essere utile uno score per identificare i casi a basso rischio e bassa sofferenza da inviare al percorso breve. Di seguito sono suggeriti lo score *Pediatric Early Warning Score* modificato ed i limiti parametrici.

Modified Paediatric Early Warning Score - M_PEWS			
Valuta	0	1	punteggio
Coscienza	E' reattivo, accetta il gioco Dorme e respira tranquillo ⁽¹⁾	Irritato ma consolabile	
Respiro	Apparentemente normale No retrazioni SO ₂ 98-100%	Tachipnoico SO ₂ 94-97%	
Circolo	Cute normale Tempo di Refill 1-2sec	Pallido Refill ≥3sec	
TOTALE	FAST TRACK INDICATO se ≤1 - NON INDICATO (codifica GIALLO) se >1		

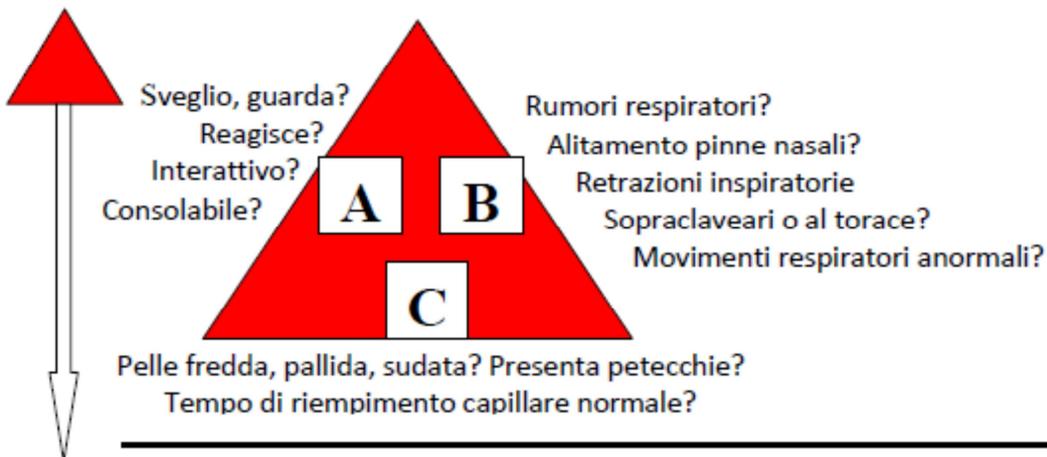
⁽¹⁾: se il bimbo dorme va valutato per un tempo più lungo.

Limite parametro/età per codice GIALLO			
Età	FC	FR	SO ₂
<3mesi	>180	>50	<94%
3mesi – 3 anni	>160	>40	
3 – 8 anni	>140	>30	
> 8anni	>100	>20	

Esito del Triage APE:

- **Nessun riscontro** di alterazioni fisio-patologiche al termine del percorso 1-2-3-4-5:
 - invio allo specialista.
- Evidenza di **qualsiasi alterazione** durante il percorso:
 - immediata o rapida Valutazione Medica di PS prima della valutazione specialistica.

Il percorso completo viene di seguito presentato nella "Scheda APE"

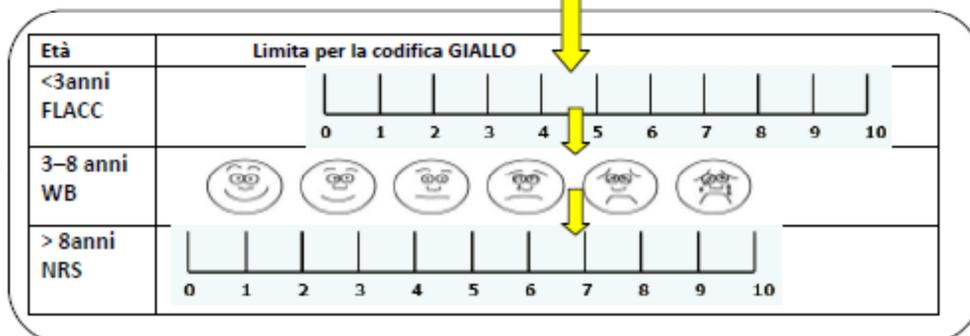
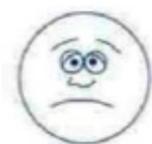


Età	FC	FR	SO2
<3mesi			
3mesi – 3 anni			
3 – 8 anni			
> 8anni			

codice GIALLO se			
Età	FC	FR	SO2
<3mesi	>180	>50	<94%
3mesi – 3 anni	>160	>40	
3 – 8 anni	>140	>30	
> 8anni	>100	>20	



Febbre? TC _____ °C



M_PEWS			
Valuta	0	1	score
Coscienza	E' reattivo, accetta il gioco Dorme e respira tranquillo	Irritato ma consolabile	
Respiro	Apparentemente normale No retrazioni SO2 98-100%	Tachipnoico SO2 94-97%	
Circolo	Cute normale Tempo di Refill 1-2sec	Pallido Refill ≥3sec	
FAST TRACK INDICATO se score 0-1		NON INDICATO se >1 (codifica GIALLO)	

5.2 Triage Avanzato: Sintomi Cardine (ASCA)

Procedure comuni per i codici GIALLI sono:

1. Posizione supina
2. Accesso venoso di calibro adeguato
3. Rilevazione dei parametri vitali e monitoraggio eventuale se previsto dal percorso di U.O.
4. Inizio di eventuali procedure di trattamento e stabilizzazione secondo quanto previsto nell'U.O.

I sintomi cardine (Dispnea, Sincope, Cardiopalmo) rappresentano circa la metà degli accessi in codice GIALLO, questo può determinare problemi di *overtriage* soprattutto in condizioni di sovraffollamento. La misurazione dei parametri vitali supportata dall'utilizzo dello schema decisionale (*vedi punto 1.5*) identifica un sottogruppo senza evidenza di alterazione delle funzioni vitali.

E' previsto in questo caso l'utilizzo dei discriminanti dei Sintomi Cardine (SC -Tabella AB del flusso EMUR-PS) per identificare casi con un prevedibile minor rischio di compromissione.

I discriminanti prevedono per la Sincope anche l'esecuzione di alcune procedure infermieristiche (Scala di Cincinnati, Prova Posturale) e per tutti i sintomi cardine la registrazione dell'ECG visto dal medico.

Se non si evidenziano alterazioni dei parametri vitali né discriminanti di rischio, i soggetti presentatisi con un sintomo cardine acquisiscono la medesima priorità di valutazione e trattamento dei **codici verdi**. Questa modalità è ritenuta accurata per la gestione delle situazioni di iper-afflusso.

5.3 Triage Avanzato dei Motivi ad elevata frequenza di afflusso

Dolore toracico e Dolore addominale rappresentano i due motivi, non traumatologici, di maggior afflusso ai dipartimenti di emergenza, nel Veneto rispettivamente il 3,5% e il 5,5% di tutti gli accessi. E' opportuno che per questi e/o per altri motivi ad elevato afflusso la Unità Operativa preveda delle procedure di Triage Avanzato che anticipino alcuni trattamenti e valutazioni al fine di ridurre il rischio clinico determinato dalla fase di attesa della valutazione medica e consentire uno snellimento del percorso successivo.

5.3.1 Triage Avanzato Dolore Toracico (ATO)

1. Posizione supina
2. Accesso venoso di grosso calibro
3. Rilevazione dei parametri vitali
4. ECG (vista medico obbligatoria)
5. Avvio accertamenti (troponina,..) secondo la procedura prevista dalla U.O., considerare metodiche Point of Care
6. Trattamento del dolore secondo la procedura prevista dalla Unità Operativa

5.3.2 Triage Avanzato Dolore Addominale (ADA)

1. Posizione supina
2. Accesso venoso di grosso calibro
3. Rilevazione dei parametri vitali
4. Avvio accertamenti (stick, esami,..) secondo la procedura prevista dalla U.O., considerare metodiche Point of Care
5. Trattamento del dolore secondo la procedura prevista dalla Unità Operativa

5.4 Triage Avanzato Traumi Minori delle Estremità (ATE)

Fattori di inclusione:

1. trauma isolato,
2. contusione o distorsione,
3. estremità distali
 - dalla caviglia alle falangi (esclusa gamba e ginocchio)
 - dal polso alle falangi (escluso avambraccio e gomito)

Fattori di esclusione (presenza di almeno uno):

1. età <18aa
2. donne in età fertile con sospetta o dichiarata gravidanza
3. trauma non isolato

Criteria che **escludono l'avvio diretto allo specialista** e prevedono la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- ferite o lesioni cutanee
- instabilità (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)
- deficit di sensibilità o motorio
- dolore in assenza di edema o ecchimosi

5.5 Triage Avanzato per Motivi Specialistici e avvio diretto da Triage di Accesso

5.5.1 Dermatologico

Criteri che **escludono l'avvio diretto allo specialista**, per cui può essere **opportuna** la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Febbre: utilizzare il Motivo Febbre e relativi discriminatori
- Arto gonfio e dolente: utilizzare il Motivo Dolore a un Arto e relativi discriminatori
- Allergia: utilizzare il Motivo Allergia/Anafilassi e relativi discriminatori
- Diabete, Porpora: misurazione dei parametri vitali
- Contaminazione cutanea (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)

Criteri che **escludono l'avvio diretto allo specialista, non prevedono** triage avanzato né rivalutazione della priorità o consentono di **differire** a eventuale struttura disponibile convenzionata con la U.O.:

- Punture d'insetto
- Cisti suppurate con indicazione a drenaggio
- Foruncolosi (esclusa febbre)
- Dolore o Eritema al seno (esclusa febbre)
- Ustioni minori (deve essere esclusa Ustione Maggiore utilizzando Motivo Trauma e deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)

Criteri che determinano **l'avvio diretto allo specialista** dal Triage di Accesso:

- Lesioni cutanee isolate aspecifiche senza evidenza di trauma

5.5.2 Ginecologico

*NOTA: per motivo di accesso inerente la gravidanza va utilizzato il **Motivo Gravidanza e i relativi discriminatori**, in assenza di rischio/sofferenza è possibile l'invio diretto allo specialista*

Criteri che **escludono l'avvio diretto allo specialista**, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Meno/Metrorragia
 - se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio
 - misurazione parametri vitali, invio se non modificano la priorità
- Traumatismo: Valutazione Medica di PS prima dell'invio

Criteri NON TRAUMATICI per **l'avvio diretto allo specialista** dal Triage di Accesso:

- Edema, secrezione o dolore vaginale o vulvare
- Corpo Estraneo vaginale
- Condilomi
- Richiesta di Contraccezione
- Ritardo di ciclo
- Altre patologie ginecologiche minori

5.5.3 Oculistico

Criteri che **escludono l'avvio diretto allo specialista**, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Trauma grave con ferite o tumefazione periorbitaria o corpo estraneo conficcato evidente
- Disturbi maggiori della vista¹: Diplopia, Anisocoria, Diminuzione del visus
- Contaminazione (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)

¹ *NOTA: attenzione ai disturbi visivi neurologici (Amaurosi o perdita completa della vista anche transitoria, Scotomi o area cieca spesso centrale del campo visivo, Emianopsie o perdita di parte del campo visivo)*

Criteri che determinano **l'avvio diretto allo specialista** dal Triage di Accesso:

- Emorragie sottocongiuntivali (considerare pressione arteriosa)
- Disturbi minori della vista: fosfeni (macchie luminose), miodesopsie (corpi mobili, "mosche", "ragnatele")
- Disturbi minori al globo: dolore o irritazione, arrossamento congiuntivale, edema palpebrale, disturbo di lacrimazione
- Trauma oculare minore
- Sensazione di corpo estraneo
- Altri disturbi oculari non specificati

5.5.4 Otorinolaringoiatrico

Criteri che **escludono l'avvio diretto allo specialista**, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Sanguinamento nasale in atto: procedure di conforto
- Pus o sangue dal meato uditivo
- Sensazione di corpo estraneo con agitazione, scialorrea o stridore (codificare ALTRO di EMERGENZA GIALLO)

Triage avanzato e avvio a percorso breve specialistico otoiatrico:

- Faringodinia e sensazione di corpo estraneo in gola:
 - se febbre misurazione parametri vitali, invio se non modificano la priorità
 - se alterazione del tono di voce Valutazione Medica di PS prima dell'invio
- Otalgia non traumatica e sensazione di corpo estraneo nell'orecchio:
 - se febbre valutare parametri vitali, invio se non modificano la priorità
 - se dolore o edema alla rocca mastoide Valutazione Medica di PS prima dell'invio
- Ipoacusia o acufeni
- Epistassi recente non traumatica
 - se tosse o rumori respiratori: escludere ostruzione delle vie aeree
 - se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio
 - considerare pressione arteriosa
- Corpo estraneo in coana nasale
 - Valutazione Medica di PS prima dell'invio

5.5.5 Odontoiatrico e Maxillo-Facciale

Criteri che **escludono l'avvio diretto allo specialista**, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Dolore acuto articolare temporo-mandibolare con blocco articolare o sospetta lussazione
- Dolore acuto e tumefazione sospetta flogistica volto o collo
 - se febbre misurazione parametri vitali
 - se tosse o rumori respiratori: escludere ostruzione delle vie aeree
- Traumatologia dentale significativa o con emorragia

Triage avanzato e avvio a percorso breve specialistico maxillo-facciale/odontoiatrico:

- Mal di denti in patologia dentale maggiore in assenza di febbre
- Traumatologia dentale minore localizzata
- Emorragia post-estrattiva
 - se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio

Criteri che **escludono l'avvio diretto allo specialista, non prevedono** avanzato né rivalutazione della priorità, consentono di **differire** a eventuale struttura disponibile convenzionata con la U.O.:

- Mal di denti in patologia dentale minore in assenza di febbre

5.5.6 Urologico

Triage avanzato e avvio a percorso breve specialistico urologico:

- Ematuria e Disuria in soggetto con anamnesi di patologia urologica:
 - se febbre misurazione parametri vitali, invio se non modificano la priorità
 - se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio
- Ritenzione urinaria acuta:
 - sospetto globo vescicale (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)
 - catetere vescicale malfunzionante o dislocato
- Nefrostomia, Urostomia/Cistostomia malfunzionante o dislocata
- Dolore o tumefazione allo scroto non traumatico: Valutazione medica di PS prima dell'invio

Criteri che **escludono l'avvio diretto allo specialista, non prevedono** avanzato né rivalutazione della priorità e consentono di **differire** a eventuale struttura disponibile convenzionata con la U.O.:

- Ematuria e Disuria senza anamnesi di patologia urologica e senza febbre

6. Tabelle dei Sintomi e dei Discriminatori

Tab. A1-3 - Discriminatori di EMERGENZA

A	Segno	Definizione	T ¹	Discriminatori	AA
01	Alterazione del sensorio	Assenza di risposta adeguata alla chiamata	R	V-P-U. di AVPU ² (Utilizzare anche nel caso di presentazione in arresto cardio-respiratorio) Trauma maggiore ⁴	01 71
02	Distress respiratorio	Respiro rumoroso o affannoso	R	Rumori Respiratori Ispettivi Sforzo respiratorio ispettivo Eloquio ostacolato dallo sforzo respiratorio Trauma maggiore ⁴	25 26 27 71
03	Shock	Cute cianotica Cute pallida fredda sudata	R	Cute pallida-fredda-sudata Test clino-ortostatico ispettivo positivo ³ Trauma maggiore ⁴	35 36 71

¹T = codice triage

²AVPU (A-Alert=sveglio-reattivo, V-Verbal=aspecificamente reattivo a stimoli verbali, P -Pain=aspecificamente reattivo a stimoli dolorosi, U-Unresponsive=non risponde a stimoli o manifesta flessione o estensione tipo M3-M2 della Glasgow Coma Scale)

³se dubbio shock il paziente va posizionato seduto a gambe a penzolini sulla barella per 1-2minuti e considerato positivo se manifesta peggioramento (nausea, senso di mancamento)

⁴per alterazione funzione vitale associata a trauma maggiore obbligatorio inviare discriminatore 71

Tab. A4-6 - Discriminatori dei SINTOMI CARDINE

A	Cardine	Definizione	Discriminatori	T ¹	AB
04	Dispnea	Dispnea riferita dal paziente, anche non obiettivabile. Episodio di dispnea riferito (anche già regredito)	Disfonia/Disfagia/Odinofagia Sincope Cardiopalmò Dolore toracico, addominale o lombare ECG significativo²	G	440 441 442 443 980
05	Sincope	Perdita di conoscenza completa, isolata a rapida risoluzione. Perdita di conoscenza associata a convulsioni. Senso imminente di perdita di coscienza (spesso associato a pallore e sudorazione e regredito con la posizione clinostatica)	Dispnea Cardiopalmò Dolore toracico, addominale o lombare Cefalea Convulsioni Disturbi psichici o neurologici Emorragie Febbre Prova Posturale positiva Scala di Cincinnati positiva ECG significativo²	G	550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 980
06	Cardiopalmò	Irregolarità del battito: 1. avvertita dal paziente (palpitazione) 2. rilevata al polso 3. registrata (ECG o Holter) Riferita scarica di defibrillatore impiantabile	Dispnea Sincope Dolore toracico, addominale o lombare Emorragie ECG significativo²	G	660 661 662 663 980

¹T = codice triage²ECG significativo: ECG valutato dal medico di PS positivo per il sintomo specifico

Tab. A7-8, AC Discriminatori del motivo di accesso "TRAUMA"

I discriminatori del Trauma Maggiore possono essere utilizzati prima o dopo la verifica dei parametri vitali, che rimane comunque obbligatoria. I parametri vitali possono quindi definire *per se* la ricodifica in codice ROSSO o la conferma di codice GIALLO indipendentemente dall'assenza di Discriminatori.

A	Motivo	Definizione	Discriminatori	T ¹	AC
07	Trauma maggiore	Tutti i traumatismi per cui non è possibile con sicurezza definire: 1. un traumatismo insignificante in riferimento alle forze coinvolte, a prescindere dalla sede 2. un traumatismo non particolarmente violento di una estremità	Funzioni vitali alterate ⁴	R	71
			Tipologia/Sede a rischio per potenziale lesione grave ³	G	Vd
			Dinamica a rischio per potenziale lesione grave ³		Vd
			Gravidanza		9000
			Età <1anno		9001
			FR fisiopatologici ³	V	Vd
Sofferente + NRS 8-10	V	950			
		Nessuno dei precedenti	B		
08	Trauma minore ²	Traumatismo insignificante in riferimento alla dinamica (più spesso localizzato alle estremità)	Emofilia	V	9005
			Nessuno dei precedenti	B	

¹T = codice triage

²utilizzare solo se la dinamica è insignificante, se vi è dubbio sull'intensità utilizzare 07 Trauma Maggiore e la Tabella AC

³utilizzare Tabella AC

⁴da intendersi coma o distress respiratorio o shock (il discriminatore 71 è finalizzato a crociare i problemi 1-3 col problema 7)

AC	Tipo SEDE	AC	Discriminatori	T ¹	Definizione
AC100	Trauma Cranio-Facciale	1000	Ferita penetrante o profonda o con grave emorragia	G	
		1001	Corpo estraneo conficcato	G	
		1002	Disturbi Neurologici (DN)	G	
		1003	Disturbi Psicici (DP)	G	
		1004	Perdita di conoscenza	G	Durata almeno 1 minuto
		1005	Cefalea	G	Intensa e diffusa insorta da <72h dal trauma
		1006	Sospetta frattura base	G	<ul style="list-style-type: none"> • Battle: ecchimosi retromastoidea • Procione: ecchimosi periorbitaria • Rinorragia/Rinorrea • Otorragia/Otorrea • Paralisi N. Facciale
		1007	Vomito	G	• Almeno 3 episodi
		1008	Rischio di ostruzione via aerea	G	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenti fratture o instabilità del massiccio. • Emorragia copiosa
		1009	Grave trauma occhio	G	<ul style="list-style-type: none"> • Ferite palpebrali estese • Tumefazione che non consente l'esplorazione bulbare • Contaminazione • Diplopia o riduzione del visus

					• Anisocoria
--	--	--	--	--	--------------

AC200	Trauma del Collo	2000	Ferita penetrante o profonda o con grave emorragia	G	
		2001	Corpi estranei conficcati	G	
		2002	Disfonia/Disfagia/Odinofagia	G	
AC300	Trauma della Colonna	3000	Paresi (Plegia)	G	Paraparesi o Tetraparesi
		3001	Parestesie	G	Insensibilità
AC400	Trauma Torace e Addome	4000	Ferita penetrante o profonda o con grave emorragia	G	
		4001	Corpi estranei conficcati	G	
		4002	Movimenti paradossi del torace	G	
		4003	Dolore addominale	G	
AC500	Traumi degli arti	5000	Ferita penetrante o profonda o con grave emorragia o coinvolgente settori prossimali	G	
		5001	Corpi estranei conficcati	G	
		5002	Sospetta Lussazione grosse articolazioni o sospetta frattura scomposta prossimale	G	
AC600	Emorragie	6000	Sospette interne	G	<ul style="list-style-type: none"> • Emottisi • Ematemesi-melena • Ematuria • Rettorragia • Emorragia vaginale
AC700	Ustioni	7000	Estese	G	Più del 18% della superficie Più del 10% se età ≤10aa
		7001	Al volto-vie aeree	G	
		7002	Chimiche	G	
		7003	Elettriche	G	
AC800	Dinamica (SOLO se trauma <24h)	8000	Elevata velocità	G	≥ 70km/h
		8001	Incastrato	G	
		8002	Eiettato	G	
		8003	Cappottamento del veicolo	G	
		8004	Grave danno veicolo	G	Abitacolo deformato
		8005	Decesso di passeggero	G	Nel medesimo veicolo
		8006	Pedone o Ciclista o Motociclista investito a rischio	G	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 30km/h • Separazione dal mezzo
		8007	Caduta di testa >1mt	G	
		8008	Caduta da altezza >3mt	G	
AC900	Fattori fisiopatologici (SOLO se trauma maggiore <24h)	9002	Età ≤3aa	V	
		9003	Età ≥75aa	V	
		9004	Diatesi emorragica	V	Anticoagulante o doppia antiaggregazione
		9005	Emofilia	V	Applicare per qualsiasi tipo di trauma anche lieve

¹T = codice triage

Tab. A9-19, AD Motivi di Accesso Specifici e relativi Discriminatori di Rischio (GIALLO) o Sofferenza (VERDE)

I discriminatori dei Motivi di Accesso sono finalizzati a riconoscere una priorità per possibile rischio di evoluzione (GIALLO) o per sofferenza (VERDE). **Non dovrebbe quindi essere attribuito il codice VERDE per altre ragioni.**

Al contrario è possibile attribuire una priorità di valutazione **ALTRO DI EMERGENZA GIALLO (cod 999)** per una condizione con dubbio potenziale di rischio presunta dall'infermiere di Triage ma non definibile con la procedura e le relative tabelle.

NOTA: per recente si intende insorto da <24h

A	MOTIVO	Definizione	T ¹	Discriminatori	AD
09	Dolore Toracico e Dorsale	In assenza di trauma: dolore in atto o recente, dalla punta del naso all'ombelico (torace, braccia, epigastrio, spalle, dorso, collo, mandibole) non motivato da evidente causa locale (evidenziabile per la presenza di segni di flogosi, impotenza funzionale, informazioni anamnestiche suggestive)	G	Sintomatologia tipica SCA	90
				FR: CAD ²	91
				FR: dissezione Aortica ³	92
FR: embolia polmonare ⁴	93				
V	Aspetto sofferente + NRS 8-10	950			
B	Nessuno dei precedenti				
10	Dolore Addominale Lombare Pelvico	In assenza di trauma: dolore in atto addominale e lombare acuto	G	Anamnesi di Aneurisma Aortico	100
				Intossicazione	101
				Vomito, Diarrea <3aa	102
			V	Dolore al testicolo	103
				Dolore addominale in donna mono-ovarica	104
B	Diabete	105			
B	Aspetto sofferente + NRS 8-10	950			
B	Nessuno dei precedenti				
11	Cefalea	In assenza di trauma: dolore in atto al capo	G	Insorgenza improvvisa	110
				Disturbi neurologici	111
				Disturbi psichici	112
				Febbre + D. Psichici	113
				Gravidanza >25 settimana	114
			V	Occhio rosso dolente	115
V	Aspetto sofferente + NRS 8-10	950			
B	Nessuno dei precedenti				
12	Disturbi neurologici (DN)	In assenza di trauma: insorgenza acuta recente di: 1. Paresi, Afasia/Disatria (Cincinnati Stroke Scale positiva) 2. Diplopia/Disturbi del visus (amaurosi, scotoma, amianopsia) 3. Parestesie/Insensibilità 4. Atassia	G	In atto con esordio ≤6h	120
				Cefalea	121
				Disturbi psichici	122
				Diabete	123
				Intossicazione	124
			V	Gravidanza >25settimana	125
			V	Vertigini con incapacità a mantenere la stazione eretta	126
B	Nessuno dei precedenti				

13	Disturbi psichici (DP)	In assenza di trauma: insorgenza acuta recente di: 1. Alterazione/Deterioramento del sensorio (A di AVPU) 2. Confusione (Amnesia, Disorientamento temporo/spaziale, Allucinazioni) 3. Agitazione psicomotoria	G	Cefalea	130
				Febbre + Cefalea	131
				Disturbi neurologici	132
				Diabete	133
				Intossicazione	134
				Violenza verso se stessi	135
				Violenza verso altri	136
				Gravidanza >25settimana	137
			V	BPCO	138
				Epatopatia	139
			B	Nessuno dei precedenti	
14	Intossicazione	Assunzione di farmaci a dosi superiori a quelle terapeutiche. Contatto con sostanza tossica (tutte le vie: parenterale, enterale, inalatoria, cutanea) (senza alterazione delle funzioni vitali)	G	Disfonia/Disfagia/Odinofagia	140
				Disturbi neurologici	141
				Disturbi psichici	142
				Enterale ≤3h	143
				Contatto mucoso/cutaneo	144
				Volontaria	145
				Tossici specifici	146
			V	Aspetto sofferente + NRS 8-10	950
			B	Nessuno dei precedenti	
15	Allergia, Anafilassi	Reazioni avverse insorte con l'assunzione di farmaci a dosi terapeutiche. Reazione avverse insorte con il contatto con allergeni o dopo punture di insetti. Prurito acuto con e senza alterazione cutanea. Edema al volto o cavo orale insorto improvvisamente o ingravescente.	G	Disfagia/Disfonia/Odinofagia	150
				Sintomatologia cutanea ingravescente	151
				Dolore addominale	152
				Nausea, vomito, diarrea	153
				Pregresso episodio di shock anafilattico	154
			B	Nessuno dei precedenti	
16	Emorragie	In assenza di trauma: epistassi, emoftoe, emottisi, ematemesi/melena, rettorragia, ematuria, porpora, ematomi, varici sanguinanti, meno/metrorragia, gengivorragia. In presenza di traumatismo minore: emorragia sproporzionata rispetto alla entità del trauma.	G	Ematemesi/Melena	160
				Emottisi importante	161
				Metrorragia >25 settimana (gravida)	162
				Diatesi emorragica	163
				Febbre	164
			B	Nessuno dei precedenti	
17	Febbre	Febbre >38	G	Porpora, Ematomi, Epistassi, Gengivorragia	170
				Cefalea + D. Psichici	171
				Immunocompromesso	172
				Età <3mesi	173
				Vomito, Diarrea <3aa	174
			V	Edema Periorbitario	175
				Età <1aa	176
			B	Nessuno dei precedenti	

18	Dolore acuto a un arto non traumatico	In assenza di trauma: dolore in atto isolato a un arto	G	Arto freddo, pallido, ipotermico	180
			V	Arto edematoso, cianotico Febbre Aspetto sofferente + NRS 8-10	181 182 950
			B	Nessuno dei precedenti	
19	Gravidanza	Complicazioni della gravidanza nelle varie fasi	G	Metrorragia >25settimana Cefalea >25settimana DN e DP >25settimana Contrazioni uterine predittive di parto imminente	190 191 192 193
			V	Iperensione, edemi >25settimana	194
			FT ⁵	Nessuno dei precedenti	
ALTRO DI EMERGENZA GIALLO			G	999	

¹T = codice triage

²FR CAD: Nota cardiopatia ischemica, Iperensione arteriosa, Diabete, Ipercolesterolemia, Obesità grave, Tabagismo, Familiarità per cardiopatia ischemica, Assunzione di cocaina.

³FR Dissezione AO: Noto aneurisma, Iperensione arteriosa, Sdr. di Marfan

⁴FR Embolia Polmonare: Tromboflebite profonda, Allettamento o immobilità prolungata, Viaggi di lunga tratta, Recente intervento chirurgico/ortopedico, Tabagismo, Terapia estro-progestinica, Trombofilia, Gravidanza e primi 3 mesi del puerperio, Neoplasia attiva.

⁵FT: indicazione a percorso breve (Fast Track da Triage di accesso o previo avanzato infermieristico)

Tab. A20-80, AE Motivi di Accesso per Apparato (minori o non specifici)

APPARATO	AE	MOTIVO non SPECIFICATO	RIMANDI ¹	
*NOTA per qualsiasi motivo AE: se dolore in atto con NRS 8-10 con aspetto molto sofferente, applicare Procedura Dolore, in caso di persistenza rivalutare VERDE (cod 950)				
GENERALE (20)	200	Ansia e Depressione	DP?: usa relativa	
	201	Astenia	Sincope?: usa relativa	
	202	Corpo estraneo ingerito		
	203	Corpo estraneo rettale		
	204	Disturbi dell'alvo	Diarrea <3aa codifica giallo	G
	205	Disturbi della minzione		FT ²
	206	Edema agli arti		
	207	Emorroidi		
	208	Insonnia		
	209	Iperglicemia	DP o DN?: usa relative	
	210	Ipertensione arteriosa	DP o DN o Cefalea?: usa relative	
	211	Ittero		
	212	Nausea e Vomito	Vomito <3aa codifica giallo	G
	213	Singhiozzo		
	214	Tosse e Raffreddore	Dispnea?: usa relativa	
	215	Tremori		
	216	Vertigine	DP o DN?: usa relative	
	217	Alterazione di esami bioumorali o strumentali		
		290	Caso sociale asintomatico	
OTOIATRICO ODONTOIATRICO MAXILLOFACCIALE (30)	300	Acufeni		FT ²
	301	Corpo estraneo naso, orecchio, cavo orale		FT ²
	302	Dolore al collo e alla gola	Disfagia/Disfonia/Odinofagia?: usa Dispnea Dolore Toracico?: usa relativa	FT ²
	303	Ipoacusia		FT ²
	304	Mal di denti	Dolore Toracico?: usa relativa	FT ²
	305	Otalgia		FT ²
	390	Altro ORL/Odonto/Maxillo		FT ²
OCULISTICO (40)	400	Corpo estraneo		FT ²
	401	Disturbo del Visus	DN?: usa relativa	FT ²
	402	Dolore a un occhio	Occhio Rosso Dolente (V)	FT ²
	403	Edema periorbitario	FEBBRE?: usa relativa	FT ²
	404	Emorragia congiuntivale		FT ²
	405	Trauma oculare minore	TRAUMA?: usa relativa	FT ²
	490	Altro oculistico		FT ²

GINECOLOGICO (50)	500	Corpo estraneo endovaginale	GRAVIDANZA?: usa relativa	FT ²
	501	Dolore Vaginale		FT ²
	502	Edema o Secrezione Vaginale		FT ²
	503	Meno-Metrorragia		FT ² usa prima EMORRAGIA
	504	Richiesta di contraccezione		FT ²
	505	Ritardo di ciclo		FT ²
	590	Altro Ginecologico		FT ²
CUTE-MUCOSE (DERMATOLOGICO) (60)	600	Cisti suppurate		FT ²
	601	Corpo estraneo cute		
	602	Dolore, eritema al seno		
	603	Eritema o prurito	ALLERGIA?: usa relativa	
	604	Pomfo	ALLERGIA?: usa relativa	
	605	Esantema	FEBBRE?: usa relativa	
	606	Morso o puntura di insetto		
	607	Protuberanze e masse cutanee		
	690	Altro Dermatologico		FT ²
PEDIATRICO (70)	700	Pianto inconsolabile		FT ²
	790	Altro pediatrico		FT ²
PROCEDURE (80)	800	Accertamenti medico-legali		
	801	Completamento accertamenti		
	802	Controllo medico previsto		
	803	Certificazioni (INAIL, INPS, Procedure Rischio Biologico)		
	804	Medicazioni		
	890	Altro Procedure		

¹prima di utilizzare verificare se presente il motivo specifico indicato e verificare quindi i discriminatori AD relativi

²sintomo con indicazione a percorso breve (FT da TA o previo avanzato infermieristico, vedi punto 5)