



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**  
**“SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO”**  
**CASERTA**

---

**Deliberazione del Direttore Generale N. 417 del 05/05/2023**

---

**Proponente: Il Direttore UOC AFFARI GENERALI**

**Oggetto: Protocollo d'Intesa con l'ASL di Caserta per l'istituzione dell'Ambulatorio integrato Ospedale-Territorio per la gestione dei codici minori.**

**PUBBLICAZIONE**

In pubblicazione dal 05/05/2023 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

**ESECUTIVITA'**

Atto immediatamente esecutivo

**TRASMISSIONE**

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

**UOC AFFARI GENERALI**  
**Direttore Eduardo Chianese**

**ELENCO FIRMATARI**

*Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE*

*Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI*

*Angela Annecchiarico - DIREZIONE SANITARIA*

*Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA*

*Per delega del Direttore della UOC AFFARI GENERALI, il funzionario Pasquale Cecere*

**Oggetto:** Protocollo d’Intesa con l’ASL di Caserta per l’istituzione dell’Ambulatorio integrato Ospedale-Territorio per la gestione dei codici minori.

### **Il Direttore UOC AFFARI GENERALI**

a conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l’adozione del presente provvedimento, ai sensi dell’art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l’insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell’art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

#### **Premesso che**

- in questa A.O.R.N. è emerso che il cospicuo afflusso al pronto soccorso genera costanti ed imprevedibili sovraffollamenti di persone che chiedono cure, i quali, per il ridotto numero di dirigenti medici in servizio presso la predetta struttura operativa, non rendono possibili l’ottimale svolgimento dell’assistenza sanitaria d’emergenza, in particolar modo per i percorsi di alta e media complessità d’intervento;
- una delle cause della predetta problematica è potenzialmente costituita dalla presenza al *pronto soccorso* di numerosi pazienti con bassa complessità clinica per i quali, nella maggior parte dei casi, l’accesso stesso risulta inappropriato;
- l’ASL di Caserta, per affrontare la suindicata criticità presso i “*pronto soccorso*” ospedalieri di afferenza, ha avviato la sperimentazione “*Medical See & Treat e fast track*” consistente nell’attuazione di un modello organizzativo che si basa sulla definizione di percorsi omogenei diretti ad indirizzare il paziente al percorso più idoneo fin dal triage;
- la predetta ASL, per la realizzazione di tale progetto sperimentale, ha indetto un avviso pubblico per il conferimento di incarichi temporanei per il trattamento dei codici minori, ai sensi dell’art. 44, comma 3, lettera b, dell’ACN vigente della Continuità Assistenziale;

#### **Considerato che**

- questa AORN, valutato il predetto modello sperimentale, ha ritenuto opportuno richiedere, con nota prot. n. 12620/u del 24/04/2023, all’ASL di Caserta l’adesione al predetto progetto sperimentale, al fine di garantire l’attività istituzionale del proprio pronto soccorso;
- con nota prot. n. 105855 del 27/04/2023, l’ASL Caserta ha espresso pieno assenso alla stipula di un Protocollo d’Intesa finalizzato all’adesione al progetto “*Medical See & Treat e fast track*” volto al contenimento degli accessi non urgenti presso i *pronto soccorso* del territorio;
- per la fattiva attuazione interna della sperimentazione di cui trattasi, la direzione strategica di questa A.O.R.N., di concerto con la U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, ha stilato una *Procedura Operativa di gestione dei codici a bassa complessità* con conseguente attivazione di un *Ambulatorio Integrato Ospedale – Territorio*;
- tale *Ambulatorio Integrato Ospedale – Territorio* rappresenta un’esperienza di governo clinico innovativa che si inserisce in un più vasto progetto finalizzato ad assicurare ai cittadini una risposta tempestiva ai problemi di salute non urgenti, insieme ad una migliore continuità assistenziale nell’ottica di una effettiva integrazione tra struttura ospedaliera e territorio.

#### **Preso atto che**

il progetto sperimentale “*Medical See & Treat e fast track*” “*Gestione dei codici a bassa complessità presso il Pronto Soccorso dell’AORN Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta*” per l’attivazione dell’ambulatorio Ospedale – Territorio è stato condiviso ed approvato, con appropriate comunicazioni espresse agli atti istruttori

*Deliberazione del Direttore Generale*

telematici del presente provvedimento, da tutti i Direttori di Dipartimento nonché dai Direttori delle UU.OO.CC. sanitarie di questa A.O.R.N.;

**Precisato che**

- la fattibilità concreta del progetto è subordinata al reclutamento dei dirigenti medici risultanti idonei dall'Avviso Pubblico indetto dall'ASL Caserta, ai sensi delle lettere *d)* ed *e)* della premessa dello schema di protocollo d'intesa;
- l'accordo avrà validità dalla data di ultima sottoscrizione dei rispettivi direttori generali delle parti stipulanti e produrrà i suoi effetti con decorrenza dalla data di pubblicazione della graduatoria dell'ASL Caserta per il reclutamento dei suddetti dirigenti medici, fino alla conclusione del progetto *Medical See & Treat e fast track*;
- le prestazioni prevedono una turnazione di almeno n. 60 (sessanta) turni mensili ed il compenso lordo per ogni ora di prestazione eseguita è pari ad € 34,00 (sessanta/00), I.R.A.P. esclusa, e sarà liquidato con le modalità e nei termini previsti all'art. 5 del protocollo d'intesa;
- l'attuazione dell'accordo è retta esclusivamente da considerazioni connesse al perseguimento di un interesse pubblico, ai sensi dell'art. 15 della legge n° 241/1990 e ss.mm.ii. e finalizzato a rafforzare e garantire i L.E.A. regionali sul territorio;

**Letti**

- a) il protocollo d'intesa con l'ASL di Caserta per l'istituzione dell'ambulatorio integrato Ospedale – Territorio per la gestione dei codici minori, già sottoscritto dalle parti;
- b) l'atto di *Procedura Operativa di Gestione dei Codici a bassa Complessità* presso il Pronto Soccorso di questa A.O.R.N. inerente altresì all'attivazione di un ambulatorio integrato *Ospedale-Territorio*, adottato da questa A.O.R.N. con atto deliberativo;
- c) l'atto di sperimentazione della ASL Caserta inerente il modello gestionale del progetto "*Medical See & Treat e fast track*";

tutti costituenti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**Ritenuto**

di stipulare Protocollo d'Intesa con l'ASL Caserta per l'istituzione dell'ambulatorio integrato Ospedale-Territorio presso questa A.O.R.N. per la gestione dei codici minori e l'adesione alla sperimentazione del modulo "*Medical See & Treat e fast track*";

**Attestata**

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia;

**PROPONE**

1. di stipulare Protocollo d'Intesa con l'ASL Caserta per l'istituzione dell'ambulatorio integrato Ospedale-Territorio presso questa A.O.R.N. per la gestione dei codici minori e all'adesione alla sperimentazione del modulo "*Medical See & Treat e fast track*", allegato alla presente deliberazione di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di stabilire che l'accordo avrà validità dalla data di sottoscrizione e produrrà i suoi effetti con decorrenza dalla data di pubblicazione della graduatoria dell'ASL Caserta per il reclutamento dei dirigenti medici, fino alla conclusione del progetto *Medical See & Treat e fast track*;
3. di stabilire altresì che le prestazioni prevedono una turnazione di almeno n. 60 (sessanta) turni mensili, che il compenso lordo per ogni ora di consulenza eseguita è pari ad € 34,00 (sessanta/00), I.R.A.P. esclusa, e sarà liquidato con le modalità e nei termini previsti all'art. 5 del protocollo d'intesa;

*Deliberazione del Direttore Generale*



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE  
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"  
CASERTA

---

4. di imputare la spesa derivante del rapporto collaborativo *de quo*, sul competente conto economico n° 5020114010 *Consulenze sanitarie ASL-AO-IRCCS-Policlinici della Regione* del Bilancio 2023;
5. di incaricare il Direttore della U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza quale referente della collaborazione progettuale di cui trattasi che dovrà vigilare sulla regolare esecuzione delle prestazioni convenzionate e di riscontrarle, in fase di liquidazione, ai sensi dell'art. 30, punti 1) e 3) del Regolamento di Amministrazione e Contabilità, adottato da questa A.O.R.N. con Deliberazione del Direttore Generale n° 06 del 12/01/2017 e s.m.i.;
6. di demandare, conclusa la fase di cui al precedente punto 5., alla U.O.C. Affari Generali la predisposizione della Determinazione Dirigenziale di liquidazione;
7. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di Legge, ai Dipartimenti, alle UU.OO.CC. Gestione Economico – Finanziaria, Programmazione e Controllo di Gestione, Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, Medicina e Chirurgia d'Urgenza ed all'ASL Caserta;
8. di rendere lo stesso immediatamente eseguibile, considerata la possibilità di attuare concretamente la validità dell'accordo e reclutare celermente le figure occorrenti in ordine all'efficacia dello stesso.

**IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI GENERALI**  
dott. Eduardo Chianese

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dr. Gaetano Gubitosa**

nominato con D.P.G.R.C. n. 76 del 10/06/2020  
insediatosi giusta deliberazione n. 1 del 11/06/2020

**Vista** la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore U.O.C. Affari Generali dott. Eduardo Chianese

**Acquisiti** i pareri del Direttore sanitario, dott.ssa Angela Anecchiarico, e del Direttore amministrativo, avv. Amalia Carrara, attraverso la modalità telematica descritta all'art. 6, punto 1, lettera e2) del Regolamento per l'adozione degli atti deliberativi di questa A.O.R.N., approvato con Deliberazione C.S. n° 275/2019

**DELIBERA**

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

- 1) **STIPULARE** Protocollo d'Intesa con l'ASL Caserta per l'istituzione dell'ambulatorio integrato Ospedale-Territorio presso questa A.O.R.N. per la gestione dei codici minori e all'adesione alla sperimentazione del modulo "*Medical See & Treat e fast track*", allegato alla presente deliberazione di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- 2) **STABILIRE** che l'accordo avrà validità dalla data di sottoscrizione e produrrà i suoi effetti con decorrenza dalla data di pubblicazione della graduatoria dell'ASL Caserta per il reclutamento dei dirigenti medici, fino alla conclusione del progetto *Medical See & Treat e fast track*;

*Deliberazione del Direttore Generale*



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE  
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"  
CASERTA

---

- 3) **STABILIRE** altresì che le prestazioni prevedono una turnazione di almeno n. 60 (sessanta) turni mensili, che il compenso lordo per ogni ora di consulenza eseguita è pari ad € 34,00 (sessanta/00), I.R.A.P. esclusa, e sarà liquidato con le modalità e nei termini previsti all'art. 5 del protocollo d'intesa;
- 4) **IMPUTARE** la spesa derivante del rapporto collaborativo *de quo*, sul competente conto economico n° 5020114010 *Consulenze sanitarie ASL-AO-IRCCS-Policlinici della Regione* del Bilancio 2023;
- 5) **INCARICARE** il Direttore della U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza quale referente della collaborazione progettuale di cui trattasi che dovrà vigilare sulla regolare esecuzione delle prestazioni convenzionate e di riscontrarle, in fase di liquidazione, ai sensi dell'art. 30, punti 1) e 3) del Regolamento di Amministrazione e Contabilità, adottato da questa A.O.R.N. con Deliberazione del Direttore Generale n° 06 del 12/01/2017 e s.m.i.;
- 6) **DEMANDARE**, conclusa la fase di cui al precedente punto 5., alla U.O.C. Affari Generali la predisposizione della Determinazione Dirigenziale di liquidazione;
- 7) **TRASMETTERE** copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di Legge, ai Dipartimenti, alle UU.OO.CC. Gestione Economico – Finanziaria, Programmazione e Controllo di Gestione, Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, Medicina e Chirurgia d'Urgenza ed all'ASL Caserta;
- 8) **RENDERE** lo stesso immediatamente eseguibile, considerata la possibilità di attuare concretamente la validità dell'accordo e reclutare celermente le figure occorrenti in ordine all'efficacia dello stesso.

**Il Direttore Generale**  
**Gaetano Gubitosa**

*Deliberazione del Direttore Generale*

*Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.*

**PROTOCOLLO D'INTESA TRA L'ASL CASERTA E L'AZIENDA OSPEDALIERA DI  
RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE "SANT'ANNA E SAN  
SEBASTIANO" PER LA GESTIONE DEI CODICI A BASSA COMPLESSITA'  
TRA**

**L'Azienda Sanitaria Locale Caserta**, Partita IVA 03519500619, con sede legale in Caserta alla via Unità Italiana, in persona del legale rappresentante Direttore Generale Dr. Amedeo Blasotti domiciliato presso la sede dello stesso Ente di seguito denominata per semplicità di lettura "ASL".

**E**

**L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione AORN "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta**, con sede in via Palasciano, Caserta, cap. 81100 – codice fiscale e partita IVA 02201130610, rappresentata dal Direttore Generale, dr. Gaetano Gubitosa, domiciliato presso la sede dello stesso Ente, di seguito denominata, per facilità di lettura, "AORN"

**Premesso**

- a) che le parti sopra descritte perseguono il preminente interesse pubblico, operando in collaborazione nel reciproco obiettivo del miglioramento dell'assistenza sanitaria in favore dell'utenza;
- b) che l'AORN si trova in una situazione di temporanea criticità, in quanto è emerso che il cospicuo afflusso al pronto soccorso ha generato un imprevedibile sovraffollamento il quale, per il ridotto numero di dirigenti medici in servizio presso la predetta struttura operativa, non rende possibile l'ottimale svolgimento dell'assistenza sanitaria d'emergenza;
- c) che una delle cause del sovraffollamento del Pronto Soccorso dell'AORN, con la conseguente possibilità di una riduzione dei livelli di cura necessari per i pazienti con maggiori criticità, è potenzialmente costituita dalla presenza nello stesso di numerosi pazienti con bassa complessità clinica per i quali in molti casi l'accesso al Pronto Soccorso stesso risulta inappropriato;
- d) che l'ASL, per affrontare la stessa criticità del Pronto Soccorso di afferenza, ha avviato la sperimentazione "*Medical See & Treat e fast track*" consistente nell'attuazione di un modello organizzativo che si basa sulla definizione di percorsi omogenei diretti ad indirizzare il paziente al percorso più idoneo fin dal triage e, per l'attuazione di tale progetto, ha indetto un avviso pubblico per il conferimento di incarichi temporanei per il trattamento dei codici minori, ai sensi dell'art. 44, comma 3, lettera b, dell'ACN vigente della Continuità Assistenziale;
- e) che l'AORN, valutato il predetto modello gestionale, ha ritenuto opportuno, al fine di migliorare l'attività istituzionale del proprio pronto soccorso, richiedere all'ASL l'adesione al predetto progetto sperimentale – di cui è stata manifestata preliminare disponibilità – al fine di poter fruire di prestazioni mediche per gestire i codici minori mediante l'utilizzo dei professionisti che risulteranno idonei nella graduatoria dell'Avviso Pubblico indetto dall'ASL;
- f) che per il raggiungimento degli scopi delineati nella presente premessa, le parti hanno stabilito di istituire un ambulatorio integrato ospedale-territorio, individuato con successivi provvedimenti, per la gestione dei codici minori, che permette all'AORN di aderire alla predetta sperimentazione "*Medical see & treat e fast track*";
- g) che tale ambulatorio integrato ospedale territorio rappresenta un'esperienza di governo clinico innovativa che si inserisce in un più vasto progetto finalizzato ad assicurare ai cittadini-utenti una risposta tempestiva ai problemi di salute non urgenti insieme ad una migliore continuità assistenziale nell'ottica di una effettiva integrazione tra ospedale e territorio.

## **Tutto ciò premesso si conviene e si stipula quanto segue**

### **Art. 1**

L'ASL e l'AORN con il presente atto, stipulano un accordo finalizzato all'adesione, da parte dell'AORN, al progetto sperimentale *Medical see & treat e fast track* per la gestione integrata dei percorsi a bassa complessità, che si basa sulla definizione di attività omogenee destinate ad indirizzare il paziente al percorso più idoneo fin dal triage.

### **Art. 2**

- a) Per gli scopi pattizi di cui al presente accordo è istituito, da parte dell'AORN, un ambulatorio integrato ospedale/territorio sinergico con l'attività sperimentale avviata dall'ASL per la presa in carico dei pazienti a cui è stato attribuito un codice minore dopo valutazione al *triage*;
- b) L'ambulatorio integrato ospedale/territorio sarà presidiato dai medici risultanti idonei dalla graduatoria dell'avviso pubblico per il conferimento di incarichi temporanei per il trattamento dei codici minori approvata dall'ASL.
- c) Nel caso in cui nella graduatoria indicata alla precedente lettera b) non fosse possibile reclutare i dirigenti medici utili a garantire la copertura dei turni richiesti, l'ASL si impegna ad indire ulteriore manifestazione di interesse per arruolare altro personale medico.

### **Art. 3**

- a) Le prestazioni di cui all'art. 2 saranno rendicontate, a seguito di espressa dichiarazione degli accessi effettuati.
- b) Sarà necessario, inoltre, dotare, a cura dell'AORN, i dirigenti individuati dall'ASL, di *badge elettronico* per la rilevazione delle presenze e delle credenziali di accesso ai sistemi informatici dell'AORN ed alle sottoscrizioni elettroniche, ove previste.

### **Art. 4**

- a) I dirigenti individuati dall'ASL per l'esecuzione del presente rapporto convenzionale, effettueranno le prestazioni dovute al di fuori degli impegni orari e straordinari di servizio presso l'ambulatorio integrato ospedale/territorio per il trattamento dei codici minori, nel pieno rispetto delle norme legislative e sub-legislative in vigore.
- b) L'attività verrà svolta in linea con il modello sperimentale attivo presso l'ASL di Caserta ed espletata tenendo conto dei riposi previsti dalla legge, non potendosi superare i limiti di impegno orario in vigore.
- c) I controlli di cui alla precedente lettera b) dovranno essere seguiti dai Direttori dell'U.O.C. di Medicina e Chirurgia d'Urgenza e U.O.C. Gestione Risorse Umane dell'AORN. Le eventuali ore mensili rese dal medesimo personale in forza di analoghi rapporti convenzionali verranno controllati da parte della U.O.C. Cure Primarie dell'ASL.
- d) L'ASL nominerà, con proprio atto deliberativo, un referente tra i professionisti resisi disponibili che coordinerà le attività degli stessi e che provvederà ad inizio mese a trasmettere i turni per la copertura dal lunedì alla domenica, dalle ore 8:00 alle 20:00, secondo un criterio di turnazione per un totale parziale di almeno 60 turni al mese e fino alla ricostituzione, da parte dell'AORN, del completamento dell'organico in forza al Pronto Soccorso.
- e) Nell'espletamento delle funzioni di cui trattasi l'Azienda assicurerà l'efficienza e la disponibilità dei mezzi tecnici necessari, del personale addetto all'assistenza tecnica, salvaguardando, comunque, l'autonomia dei singoli professionisti.
- f) Gli oneri assicurativi relativi alla responsabilità professionale per le prestazioni che saranno rese in esecuzione del presente accordo saranno a carico dell'AORN.

## Art. 5

- a) L'AORN individua quale Responsabile della presente convenzione il Direttore dell'U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso dell'AORN che certificherà le presenze del personale dell'ASL, inviategli dal Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Umane dell'AORN, attestandone il regolare svolgimento ai sensi dell'art. 3, lettera a).
- b) Detta certificazione sarà successivamente trasmessa dal Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Umane dell'AORN ed al Direttore della U.O.C. Cure Primarie dell'ASL per l'emissione della fattura.
- c) L'ammontare del corrispettivo è determinato prevedendo, per ogni ora di prestazione, l'erogazione della somma lorda onnicomprensiva di Euro 34,00 (trentaquattro/00), I.R.A.P. esclusa, nel rispetto della normativa vigente.
- d) La corresponsione della somma spettante sarà corrisposta entro giorni trenta dal ricevimento della fattura da parte dell'ASL.
- e) I professionisti dovranno fare uso riservato delle informazioni sanitarie apprese nell'esercizio dell'attività, ai sensi e per gli effetti di quanto sancito dal D. Lgs. 196/2003 (*codice della privacy*) come integrato e modificato dal Regolamento UE GDPR n. 2016/679.

## Art. 6

Costituiscono parte integrante e sostanziale del presente accordo:

- a) l'*Allegato* relativo alla procedura operativa "*Gestione dei codici a bassa complessità presso il Pronto Soccorso dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta*", i cui contenuti si intendono integralmente riportati e trascritti nel presente articolo;
- b) l'*Allegato* dell'ASL di Sperimentazione del progetto *Medical see & treat e fast track*.

## Art. 7

- a) Il presente accordo avrà validità decorrente dalla data di entrambe le sottoscrizioni digitali dei rispettivi legali rappresentanti dell'ASL e dell'AORN e produrrà i suoi effetti con decorrenza dalla data di pubblicazione della graduatoria dell'ASL per il reclutamento dei dirigenti medici di cui alla lettera d) della premessa, fino alla conclusione del progetto *Medical see & treat e fast track*.
- b) L'accordo potrà essere rinnovato o prorogato solo previo consenso espresso delle parti.
- c) Eventuale recesso anticipato potrà essere richiesto dalle parti, con almeno 30 (trenta) giorni di preavviso, con qualsiasi strumento idoneo finalizzato ad attestarne la notifica.

## Art. 8

Tutte le spese inerenti e conseguenti il presente atto, ivi compresa la registrazione del medesimo, saranno a carico dell'Azienda richiedente.

*Le parti sottoscrivono il presente accordo con firma digitale ai sensi dell'art. 15 comma 2-bis, della Legge n° 241/1990 e successive modificazioni ed integrazioni.*

per l'AORN "Sant'Anna e San Sebastiano"  
Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

per l'ASL di Caserta  
Il Direttore Generale  
Amedeo Blasotti



# PROCEDURA OPERATIVA

**GESTIONE  
DEI CODICI A BASSA COMPLESSITA'  
PRESSO IL PRONTO SOCCORSO  
DELL'A.O.R.N. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO  
DI CASERTA  
ATTIVAZIONE AMBULATORIO  
INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO**





## SOMMARIO

1. Premessa. ....	pag. 3
2. Oggetto e Scopo. ....	pag. 3
3. Campo di applicazione. ....	pag. 4
4. Responsabilità ..... ..	pag. 4
5. Contenuto. .... ..	pag. 4
6. Monitoraggio e valutazione. .... ..	pag. 7

## **1. PREMESSA**

Una delle cause del sovraffollamento del Pronto Soccorso, con la conseguente possibilità di una riduzione dei livelli di cura necessari per i pazienti con maggiori criticità, può essere costituita dalla presenza nello stesso di numerosi pazienti con bassa complessità clinica per i quali in molti casi l'accesso al Pronto Soccorso stesso risulta inappropriato. I pazienti classificati con codici a bassa complessità al triage possono essere indirizzati presso un ambulatorio dedicato e separato in prossimità del Pronto Soccorso.

Il D.C.A. n. 103 del 28/12/2018 avente ad oggetto: "Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 - Aggiornamento di dicembre 2018 pubblicato sul BURC n. 2 del 14 Gennaio 2019, nell'ambito della riorganizzazione della rete urgenza- emergenza prevede "la partecipazione dei medici di continuità assistenziale alle attività di emergenza nei Pronto Soccorso, limitatamente all'assistenza dei codici bianchi, con la costituzione di ambulatori ad essi dedicati H 24".

Pertanto, per garantire i livelli di cura necessari sia per i pazienti con maggiori criticità che per i pazienti con codici a bassa complessità, si è ritenuto necessario istituire un ambulatorio integrato ospedale-territorio per la gestione dei codici bianchi, frutto di un'intesa di collaborazione tra l'A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta e l'ASL Caserta.

Tale ambulatorio è un'esperienza di governo clinico innovativa che si inserisce in un più vasto progetto finalizzato ad assicurare ai cittadini-utenti una risposta tempestiva ai problemi di salute non urgenti insieme ad una migliore continuità assistenziale nell'ottica di una effettiva integrazione tra ospedale e territorio.

L'ambulatorio integrato ospedale — territorio, per la gestione dei codici a bassa complessità, gestito dai Medici di Continuità Assistenziale ha come obiettivo primario quello di decongestionare il Pronto Soccorso e, allo stesso tempo, attraverso una differenziazione dei percorsi assistenziali, assicurare ai pazienti, cui in fase di Triage è stato attribuito un codice a bassa complessità, la possibilità di usufruire dell'assistenza sanitaria in tempi contenuti. La differenziazione dei percorsi permette di gestire parte dei restanti codici con maggiore efficacia, ottimizzando le risorse umane e strumentali disponibili. L'ambulatorio integrato ospedale - territorio per la gestione dei codici a bassa complessità, prevede il supporto del personale medico fornito dall' ASL Caserta il cui utilizzo professionale è regolamentato da un apposito Protocollo di Intesa sottoscritto tra l'A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta e l'ASL Caserta.

La presente Procedura disciplina gli aspetti organizzativi che riguardano la parte clinica ed assistenziale dei pazienti cui è stato attribuito un codice minore.

## **2. OGGETTO E SCOPO**

La presente Procedura definisce le modalità di attivazione e funzionamento di un ambulatorio, attivo nei giorni feriali e festivi, adibito alla gestione dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso dell'A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta ai quali viene attribuito al triage un codice a bassa complessità.

L'obiettivo è la riduzione dei tempi di attesa e della permanenza di questa tipologia di pazienti in Pronto Soccorso con la conseguente riduzione del sovraffollamento dello stesso, nonché una migliore resa di servizi al paziente stesso.

### **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

La Procedura è un insieme di indicazioni e raccomandazioni a cui i destinatari devono attenersi. Il singolo professionista a fronte di specifiche e particolari condizioni cliniche, può assumere altri comportamenti che si discostino da queste raccomandazioni, comunque rilevando nella documentazione clinica con puntuale descrizione le motivazioni che hanno indotto ad una diversa decisione.

### **4. RESPONSABILITA'**

La responsabilità dell'applicazione è degli operatori sanitari destinatari di questa procedura ognuno per la singola parte di competenza.

La responsabilità del controllo della corretta applicazione è del Direttore della UOC Medicina e Chirurgia d'Urgenza e la supervisione di tali controlli ricade sul Direttore di Dipartimento Emergenza e Accettazione.

### **5. CONTENUTO**

Il codice colore è il criterio che regola l'accesso dei pazienti nella sala visita del Pronto Soccorso e tiene conto delle condizioni cliniche degli stessi: il colore a bassa complessità indica una situazione non critica, di nessuna urgenza. L'attribuzione del codice a bassa complessità è regolamentato da precisi criteri di attribuzione, condivisi dalla comunità scientifica. Il personale addetto al Triage infermieristico è idoneamente addestrato sui criteri di assegnazione dei codici colore e deve essere aggiornato sul corretto uso degli stessi. L'utente che si presenta in Pronto Soccorso, ed al quale in fase di Triage viene attribuito un codice bianco/verde, è invitato ad accedere all'ambulatorio dedicato che si trova in prossimità del Pronto Soccorso.

L'infermiere addetto al Triage utilizzerà il gestionale aziendale (Ellipse) dove nella "schermata" del programma informatico in uso, attribuirà il codice colore a bassa complessità al paziente stampando la scheda con le generalità del paziente, i dati di ingresso al Triage e la consegnerà al paziente lasciando aperta la cartella informatica di Pronto Soccorso su Ellipse. Il paziente successivamente si recherà nell'ambulatorio dei codici bianchi dove solo nel turno 08:00-20:00 verrà preso in carico dai medici dell'ASL Caserta che registreranno le generalità del paziente sul gestionale ASL. Successivamente, una volta effettuata la visita, il paziente tornerà presso l'infermiere addetto al Triage che riporterà su Ellipse quanto scritto dai medici dell'ASL e dimetterà amministrativamente il paziente con Ellipse segnalando il nome del medico che dimette.

L'ambulatorio integrato ospedale — territorio per la gestione dei codici a bassa complessità sarà attivo dal lunedì alla domenica dalle ore 08:00 alle ore 20:00. Dalle ore 20.00 i pazienti ancora in carico all'Ambulatorio dei codici a bassa complessità verranno presi in carico e seguiti dai medici del Pronto Soccorso dell'A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta.

Nelle ore di attività dell'ambulatorio integrato ospedale-territorio, lo stesso sarà gestito dai sanitari individuati dall'ASL di Caserta che assicureranno i turni di servizio provvedendo alle sostituzioni in caso di impedimento o assenza.

L'elenco dei sanitari sarà inviato dall'ASL di Caserta ed il Direttore UOC Medicina e Chirurgia d' Urgenza

provvederà a redigere il prospetto mensile dei turni.

Tutto il personale individuato dall’ASL Caserta sarà dotato di apposito badge per la rilevazione della presenza (entrata/ uscita e debito orario) dalla UOC Gestione Risorse Umane dell’A.O.R.N. di Caserta previo invio dei nominativi.

A fine mese il Direttore UOC Medicina e Chirurgia d’Urgenza, invierà alla UOC Gestione risorse Umane il report attestante i turni effettuati dal personale individuato dall’ASL Caserta per la dovuta rendicontazione, secondo quanto previsto dal Protocollo d’Intesa A.O.R.N. Caserta ed A.S.L. Caserta

Il personale Infermieristico dedicato all’Ambulatorio Integrato ospedale–territorio sarà messo a disposizione dall’Azienda Ospedaliera di Caserta.

I Medici di Continuità assistenziale inseriti nell’Ambulatorio integrato ospedale territorio dell’A.O.R.N. Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta, dovranno attenersi alle disposizioni, ai percorsi e alle procedure organizzative della predetta struttura. È previsto, a cura del Direttore della UOC Medicina e Chirurgia d’Urgenza – settore Pronto Soccorso, un piano di inserimento e affiancamento propedeutico del medico fino alla completa autonomizzazione dello stesso.

Le condizioni cliniche dei pazienti, da indirizzare all’ambulatorio integrato ospedale-territorio, saranno a cura dell’infermiere del triage.

I medici dell’ASL di Caserta:

- potranno effettuare direttamente gli interventi professionali previsti dalla normativa vigente, compatibili con il codice bianco assegnato al paziente. A tal fine l’A.O.R.N. di Caserta metterà a disposizione le attrezzature ed i necessari dispositivi medici;
- sono abilitati all’utilizzo del verbale informatizzato aziendale di Pronto Soccorso dove avranno cura di annotare ogni aspetto della prestazione erogata;
- possono erogare prescrizioni di terapie, esami diagnostici e consulenze specialistiche non urgenti;
- nei casi in cui ci siano i caratteri dell’urgenza, potranno reindirizzare il paziente in carico al medico di Pronto Soccorso, riportando sul verbale la motivazione di tale decisione, dopo aver effettuato il passaggio di consegne e comunicato al medico di Pronto Soccorso stesso che lo prenderà in carico;
- redigeranno nell’ambito dell’ambulatorio integrato ospedale-territorio certificati INAIL e INPS
- potranno avvalersi delle consulenze specialistiche presenti in AORN

Esiti del paziente con codice a bassa complessità

- **DIMISSIONE:** il percorso del paziente si conclude con la prestazione erogata dall’ambulatorio integrato ospedale territorio e con l’assegnazione del codice di dimissione e l’eventuale prescrizione di farmaci e/o di prescrizioni diagnostiche non urgenti;
- **RE-INDIRIZZO IN PRONTO SOCCORSO PER ULTERIORI ACCERTAMENTI:** il medico dell’ambulatorio integrato ospedale territorio re-indirizza il paziente nel percorso di Pronto Soccorso secondo quanto prima specificato.

- Il paziente classificato come codice a bassa complessità alla dimissione sarà informato dell'obbligo di pagamento del ticket, salvo nei casi di esenzione previsti dalla normativa vigente, e tale informazione, congiuntamente alle indicazioni per il pagamento, sarà riportata nel verbale di dimissione.

La presente procedura avrà validità fino al nuovo rinnovo.

Per quanto attiene alla responsabilità professionale il medico potrà provvedere con una propria polizza assicurativa per la colpa grave.

## 6. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

INDICATORI I DATI DERIVANO DAI SISTEMI APPLICATIVO IN USO
N° DI CODICI BIANCHI INVIATI IN AMBULATORIO INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO / N. TOT. ACCESSI IN PS
N° DI CODICI VERDI INVIATI IN AMBULATORIO INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO / N. TOT. ACCESSI IN PS
N° DI CODICI BIANCHI RINVIATI IN PS / N° DI CODICI BIANCHI INVIATI IN AMBULATORIO INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO
N° DI CODICI VERDI RINVIATI IN PS / N° CODICI VERDI INVIATI IN AMBULATORIO INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO
TEMPO DI ATTESA PER LA VISITA MEDICA IN AMBULATORIO INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO (TEMPO DA ESITO TRIAGE A INIZIO VISITA)
TEMPO VISITA MEDICA PER CODICI BASSA INTENSITÀ
N° RICHIESTE CONSULENZE SPECIALISTICHE RAPPORTATE AI SINGOLI MEDICI DI AMBULATORIO INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO
N° RICHIESTE INDAGINI RADIOLOGIA-LABORATORIO RAPPORTATE AI SINGOLI MEDICI DI AMBULATORIO INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO
N° RECLAMI

L'analisi degli indicatori sarà effettuata nel corso di audit periodici (su base semestrale / annua), che saranno tenuti dal Direttore U.O.C. Appropriatelyzza, epidemiologia Clinica, valutativa, qualità, formazione e Performance..

SPERIMENTAZIONE PS AVERSA  
*Medical See and Treat e Fast Track*



## Sommario

<b>PREMESSA</b> .....	3
<b>ANALISI DELLO STATO ATTUALE</b> .....	3
<b>NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO</b> .....	4
<b>MODELLO: MEDICAL SEE AND TREAT</b> .....	4
<b>MODELLO: FAST TRACK</b> .....	5
<b>PERSONALE COINVOLTO</b> .....	6
<b>IL TRIAGE</b> .....	6
<b>TABELLA CON CODICI DI PRIORITÀ</b> .....	7
<b>PERCORSI CODICI 4 E 5</b> .....	7
<b>CRITERI GENERALI DI INCLUSIONE NEI PERCORSI FAST-TRACK E MEDICAL SEE AND TREAT</b> .....	8
<b>CONDIZIONI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE FAST-TRACK</b> .....	9
<b>MODALITÀ OPERATIVE PERCORSI FAST TRACK</b> .....	11
<b>INDICATORI DI ESITO E DI PROCESSO</b> .....	12
<b>Allegato 1</b> .....	13
<b>PROTOCOLLI MEDICAL SEE AND TREAT</b> .....	13



## PREMESSA

Il Pronto Soccorso è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. In riferimento a tale definizione, la mission del Pronto Soccorso appare complessa: “garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita”. In una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, si parla di sovrappollamento (*overcrowding*). L'accesso al PS attualmente è gestito mediante criteri di priorità che regolamentano di fatto il tempo di attesa. La presenza di ampie fette di popolazione “fragile” (anziani, disabili, bambini, etc.) condiziona spesso le priorità di accesso, interferendo con le motivazioni puramente cliniche. La necessità di ricercare nuove soluzioni per affrontare le problematiche delle attese e di assicurare maggiore attenzione alle persone con fragilità richiede un ripensamento dell'organizzazione del PS. Sulla scorta dell'attuale gestione dei Pronto Soccorso emerge la necessità di garantire una modalità di presa in carico che definisca fin dal primo contatto il percorso più idoneo per ciascun paziente, in modo tale da assicurare una gestione efficace dell'intero spettro di casistica che accede al PS, migliorare il flusso interno ed il livello di soddisfazione dell'utenza.

## ANALISI DELLO STATO ATTUALE

Dall'analisi effettuata per l'anno 2019 (anno pre-Covid-19) presso il PS del P.O. di Aversa risulta:

Anno 2019																											
P.O. AVERSA	Codice di accesso Bianco					Codice di accesso Giallo					Giunto cadavere		Codice di accesso Rosso					Codice di accesso Verde					Totale complessivo				
	Codice di uscita					Codice di uscita					Codice di uscita					Codice di uscita											
	B- Bianco	G- Giallo	NI/LL	R- Rosso	V- Verde	B- Bianco	G- Giallo	N- Giunti	NI/LL	R- Rosso	V- Verde	N- Giunti	R- Rosso	G- Giallo	N- Giunti	NI/LL	R- Rosso	Rosso	V- Verde	B- Bianco	G- Giallo	NI/LL		R- Rosso	V- Verde		
PROBLEMA PRINCIPALE ALL'ACCESSO	1326	19	156	2	1366	84	3365	3	256	196	7454	4	1	261	5	14	196	1	142	1320	1269	1641	39	44873	63993		
Accertamenti medico legali														1											14	15	
Alterazioni del ritmo	3		1		1		12		1		32			3			4		1	2					32	93	
Altri sintomi o disturbi	1096	14	124	2	965	72	2780	3	206	177	5723	3	1	202	4	11	153	1	102	1129	963	1209	26	31191	46157		
Altri sintomi sistema nervoso	3				10		23				42			3					1	7	13				273	382	
Ansia	2						1				3		1				5								7	18	
Dispnea							95		3	4	55			32			1	8		6			2	1	88	292	
Dolore addominale	14	1	2		16		26		3	2	82								6	30	43	33	2	930	1184		
Dolore precordiale	1				1		2				5														9	20	
Dolore toracico	2				2	3	129		12	7	255			4			2	9		5	1	3	9		105	548	
Emorragia non traumatica	1				2		5				4			1							1	1	1	2	12	29	
Febbre	2				5		7			2	11									1	10	17	20		835	910	
Intossicazione							3				3															4	
Iperensione arteriosa							3				13											1	4	1		71	93
Problema sociale					1																					4	
Reazione allergica	2				3		3				54			2						1			2			63	130
Shock																				2						1	4
Sindrome neurologica acuta							8			1	3															2	18
Sintomi o disturbi dermatologici	2				1																					3	8
Sintomi o disturbi oculistici																										1	1
Sintomi o disturbi odontostomatologici	1																									1	2
Sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici	20		4		38	1	1				63			1								55	2	29	1025	1239	
Sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici	29		4		15																7		8			55	118
Sintomi o disturbi urologici	3				4		1				5										5	1	1			48	63
Stato di agitazione psicomotoria	2				1	2	27		7		29									1	3	8	1		37	118	
Trauma o ustione	145	4	21		301	9	242		24	3	1072			11	3		14		22	69	210	313	11	10074	12537		

Dei 63.993 accessi, una elevata percentuale risulta essere relativa a codici di complessità clinico-assistenziale bassa. Tale condizione determina un elevato impegno di risorse umane ed un inevitabile *overcrowding* con distrazione nei confronti dei pazienti che richiedono una assistenza di maggiore complessità. È necessaria la definizione di un nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei in cui il processo decisionale di ingresso, integra valutazioni di priorità clinica e di complessità assistenziale per indirizzare il paziente al percorso idoneo fin dal triage e facilitare lo scorrimento dei flussi dei pazienti all'interno del PS.

## **NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO**

Il nuovo modello organizzativo si basa sulla definizione di percorsi omogenei con la finalità di indirizzare il paziente al percorso più idoneo fin dal triage, facilitando quindi i flussi dei pazienti all'interno del PS. All'avvio del percorso diagnostico-terapeutico viene individuato l'ambito di trattamento più idoneo, in base alle caratteristiche clinico-assistenziali del paziente.

**Percorsi ad alta complessità:** Assenza o rapido deterioramento di una funzione vitale o con necessità di supporto meccanico-farmacologico ad almeno una funzione vitale. Codice-Colore ROSSO (1).

**Percorsi a complessità intermedia:** Pazienti con necessità di rapido intervento diagnostico-terapeutico. Codice-Colore ARANCIONE – AZZURRO (2,3).

**Percorsi a bassa complessità:** Pazienti deambulanti e/o con ridotte necessità assistenziali che non richiedono un rapido intervento diagnostico-terapeutico. Codice-Colore VERDE – BIANCO (4,5).

All'interno del PS vengono individuate tre linee di attività:

- Linea di attività ad alta complessità (Codici Rossi)
- Linea di attività a complessità intermedia (Codici Arancioni e Azzurri)
- Linea di attività a bassa complessità (codici Verdi e Bianchi) che prevedono:
  - Fast track (invio diretto dal triage alla gestione specialistica);
  - See and Treat (invio diretto alla Treat room).

L'implementazione di protocolli Medical See and Treat e Fast track determinerà un miglioramento della gestione dei casi a bassa intensità assistenziale attraverso l'invio diretto nella Treat Room o dallo specialista, processo che porterà ad una decongestione del Pronto Soccorso e ad una riduzione dei tempi di attesa per le patologie minori.

## **MODELLO: MEDICAL SEE AND TREAT**

Il Medical See and Treat è un modello di risposta assistenziale ad urgenze minori predefinite che si basa sull'adozione di specifici protocolli per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati; è un approccio applicabile alla gestione della casistica a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica ed organizzativa che si presenta al Pronto Soccorso. Vanno individuati criteri di inclusione ed esclusione dal percorso secondo le più recenti evidenze scientifiche.

Il Medical See and Treat offre risultati riassumibili nella riduzione dei tempi di attesa e di permanenza nel Pronto Soccorso per condizioni di urgenza minori. In questo modello organizzativo, il paziente viene preso in carico in una determinata area del Pronto Soccorso, denominata "Treat Room", idonea allo svolgimento delle funzioni previste da protocolli medico-infermieristici approvati dalla Direzione Sanitaria.

I criteri del Medical See & Treat sono:

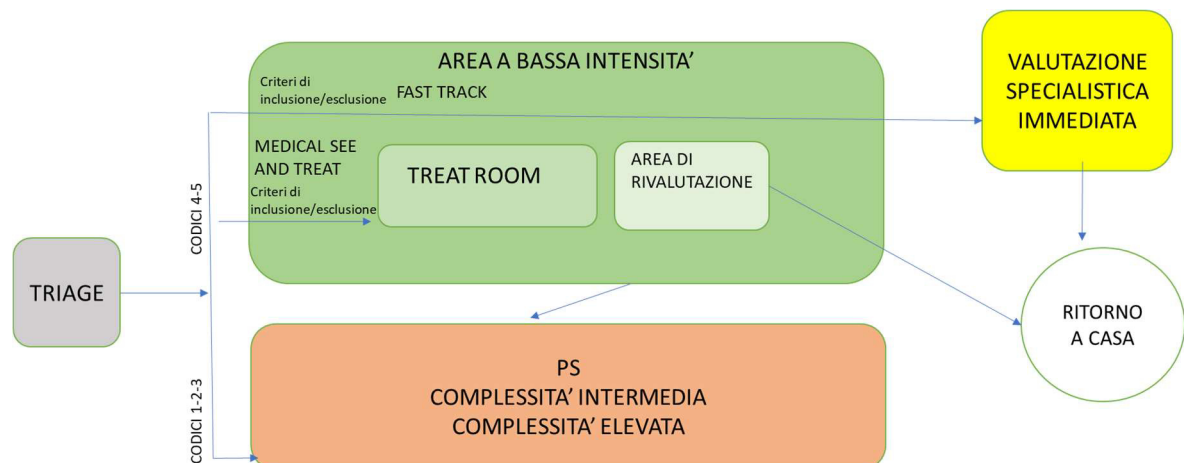
1. Dal triage scaturiscono due percorsi distinti: quello per i pazienti complessi e/o emergenti-urgenti che vengono indirizzati nel percorso di Pronto Soccorso normale e quelli che rientrano, per bassa complessità assistenziale e mancanza di condizione di emergenza, nel percorso del medical see and treat;

2. È prevista un'area "Treat Room" con personale medico dedicato;
3. Chi rientra nei criteri di inclusione per il Medical See and Treat è accolto direttamente dal medico dedicato, il quale conduce autonomamente la visita e stabilisce l'approccio diagnostico-terapeutico per singolo paziente. Si avvale della collaborazione del personale infermieristico del Pronto Soccorso;
4. Gli operatori addetti al Medical See and Treat prendono in carico nel più breve tempo possibile il paziente al fine di evitare il determinarsi di attese molto lunghe per i pazienti a bassa intensità assistenziale;

La condizione clinica del paziente che afferrisce al Pronto Soccorso è estremamente variabile, sia in senso migliorativo che peggiorativo, pertanto la rivalutazione è di fondamentale importanza per intercettare i cambiamenti nel suo stato di salute, allo scopo di modificare in tempo reale il percorso in cui è inserito.

## MODELLO: FAST TRACK

Il *Fast Track* è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore secondo criteri di inclusione ed esclusione dal percorso che tengano conto delle più recenti evidenze scientifiche. Anche per questo percorso l'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e di protocolli validati dalla Direzione Sanitaria. In presenza di un quadro di patologia minore con chiara pertinenza mono-specialistica, il triagista può inviare il paziente direttamente allo specialista che completa la visita e gli esami diagnostici del paziente e lo segue fino alla dimissione o al ricovero.



## PERSONALE COINVOLTO

- ✓ Medico di continuità assistenziale/medico in formazione specialistica/personale 118;
- ✓ Infermiere triagista;
- ✓ Infermiere di sala (sulla base della disponibilità e senza sottrarre assistenza ai pazienti fragili ed a medio-alta intensità assistenziale);
- ✓ Specialisti individuati nei percorsi fast track;

L'attivazione dell'area See and Treat sarà h24 7 giorni su 7. Tale area prevede l'impiego per turno di infermieri dedicati, con la costante collaborazione di medici abilitati alla gestione dell'emergenza territoriale.

E' prevista la figura del Supervisor, infermiere debitamente formato che ha il compito di coordinare tutti i processi di presa in carico del paziente

Tale equipe avrà la presa in carico di tutti i pazienti con specifiche problematiche minori (allegato 1), ovvero quelle con esclusione dei segnali di allarme, appositamente segnalati al momento del triage.

I percorsi fast track sono vincolati alla presenza dello specialista di turno in ospedale, in caso di variazione delle attuali condizioni, i percorsi verranno immediatamente adeguati:

Pediatria: h24 7 giorni su 7;

Ostetricia-ginecologia: h24 7 giorni su 7;

Oculistica: 8.00/14.00 nei giorni feriali;

ORL: 8.00/14.00 nei giorni feriali.

## IL TRIAGE

Il triage è il primo momento di accoglienza del paziente che giunge in PS, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti, del rischio evolutivo e dell'impegno di risorse stimato per il trattamento. Esso definisce l'ordine di accesso al trattamento e l'avvio del percorso appropriato secondo i protocolli adottati in PS. L'infermiere di triage gestisce l'attesa ed assegna ciascun paziente al percorso omogeneo ed ai singoli professionisti di riferimento.

Gli obiettivi del Triage in PS si configurano, pertanto, nelle seguenti azioni:

- Individuare i pazienti urgenti e inoltrarli immediatamente all'area di trattamento e/o all'avvio di specifici percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali
- Attribuire a tutti i pazienti un codice di priorità che regoli l'accesso alle cure in relazione alla gravità delle condizioni e al potenziale rischio evolutivo

Oltre a questi, il triage si pone anche una serie di obiettivi "accessori", che contribuiscono a migliorare la qualità del servizio prestato dal sistema:

- Determinare l'area più appropriata per il trattamento
- Mantenere e migliorare l'efficacia complessiva della struttura di Pronto soccorso
- Ridurre lo stato d'ansia delle persone che si rivolgono alla struttura
- Valutare periodicamente le condizioni dei pazienti in attesa

Tali obiettivi vengono perseguiti da un infermiere addestrato alla funzione di triagista.

TABELLA CON CODICI DI PRIORITÀ

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

**PERCORSI CODICI 4 E 5**

Per i pazienti che accedono al Pronto Soccorso, si prevedono due distinti flussi, nei quali far confluire i pazienti fin dal momento dell'accettazione in PS: il primo è riservato ai casi più gravi e complessi (codice 1-2-3), il secondo a quelli di minor gravità e urgenza (4-5). Tale organizzazione in flussi separati porta vantaggio garantendo l'accesso rapido ai casi di maggior gravità, senza aumentare i tempi d'attesa dei codici minori come accade con il tradizionale Triage ad accesso unico.

## **CRITERI GENERALI DI INCLUSIONE NEI PERCORSI FAST-TRACK E MEDICAL SEE AND TREAT**

- ✓ Paziente deambulante;
- ✓ Età compresa tra i 14 e i 65 anni (ad eccezione del fast track pediatrico);
- ✓ Assenza di patologie concomitanti;
- ✓ Parametri vitali nella norma:
  - PAS compresa tra 150 e 100
  - PAD compresa tra 100 e 60
  - Sat.O2 superiore a 93
  - FC compresa tra 50 e 110
  - FR compresa tra 14 e 20
  - TC compresa tra 35.5°C e 38.5°C
- ✓ Valutazione del dolore come di lieve-media intensità secondo la scala unidimensionale di valutazione VAS (visual analogue scale).

N.B. la rilevazione dei parametri vitali e la scelta della scala di valutazione del dolore, in un'ottica di contenimento dei tempi di triage e di attesa dei pazienti in attesa di essere triagati, sono effettuate sulla base della necessità clinica e della metodologia del processo di triage.

### CONDIZIONI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE FAST-TRACK

SPECIALISTICA	INCLUSIONE	ESCLUSIONE
<b>OSTETRICIA</b> ✓ Pazienti gravide ✓ Durante il puerperio	✓ Assegnazione di un codice di priorità 4 o 5 ✓ Presenza di 1 o più dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dolore pelvico</li> <li>○ Perdite vaginali sierose</li> <li>○ Contrazioni con intervallo superiore ai 10 minuti</li> <li>○ Perdite ematiche vaginali in assenza di alterazione dei parametri vitali</li> <li>○ Riferita mancanza di movimenti attivi fetali</li> <li>○ Iperemesi gravidica</li> </ul>	✓ Assegnazione di un codice di priorità 1, 2 o 3 ✓ Parto in corso con impegno vaginale di parti fetali ✓ Parametri vitali alterati con ipotensione o ipertensione ✓ T° corporea >38.5°C ✓ Trauma ✓ Abuso e maltrattamento
<b>GINECOLOGIA</b>	✓ Assegnazione di un codice di priorità 4 o 5 ✓ Presenza di uno o più dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdite vaginali sierose</li> <li>• Perdite ematiche in assenza di alterazione dei parametri vitali</li> <li>• Ritenzione di corpi estranei in vagina</li> <li>• Dolore pelvico</li> <li>• Vaginite</li> <li>• Prescrizione di contraccezione post coitale</li> </ul>	✓ Assegnazione di un codice di priorità 1, 2 o 3 ✓ Parametri vitali alterati in corso di perdite ematiche ✓ Terapia con anticoagulanti ✓ T° corporea >38.5°C ✓ Presenza di dolore addominale con difesa muscolare, gonfiore, e dolore iperacuto. ✓ Evento traumatico maggiore ✓ Denuncia Autorità giudiziarie ✓ Abuso e maltrattamento
<b>PEDIATRIA</b> ✓ Pazienti di età compresa tra 0 e 14 anni	✓ Assegnazione di un codice di priorità 4 o 5 ✓ Presenza di uno o più dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pianto inconsolabile;</li> <li>○ Febbre;</li> <li>○ Dolore addominale lieve;</li> <li>○ Dolore toracico lieve e atipico in assenza di fattori di rischio;</li> <li>○ Dolore lieve in altri distretti corporei ed in assenza di traumi;</li> <li>○ Astenia con PV nella norma;</li> <li>○ Cefalea senza segni e sintomi neurologici e GCS 15.</li> <li>○ Vomito e/o diarrea senza altri segni e sintomi</li> <li>○ Tutto quanto non descritto e che rientra nei criteri generali di inclusione e di esclusione.</li> </ul>	✓ Assegnazione di un codice di priorità 1, 2 o 3 ✓ Tutta la traumatologia (ad esclusione del trauma cranico minore senza altri traumi e senza segni e sintomi neurologici indicatori di trauma cranico commotivo, nel neonato e nel lattante) ✓ Dolore addominale intenso ✓ Dolore toracico intenso ✓ Dispnea e/o segni clinici di asma ✓ Alterazione del sensorio e/o altre alterazioni neurologiche

<p><b>ORTOPEDIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolore o fastidio in sede di apparecchio gessato</li> <li>• Piccola traumatologia delle estremità di mani e piedi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma conseguente a malore o con dinamica poco chiara/compressa</li> <li>• Parametri vitali alterati</li> <li>• Sanguinamento abbondante</li> <li>• Trauma cranico</li> <li>• Sindromi emorragiche</li> <li>• Abuso/ maltrattamento</li> <li>• Referto Autorità Giudiziaria</li> <li>• Infortunio sul lavoro</li> </ul>
<p><b>OTORINOLARINGOIATRIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assegnazione di un codice di priorità 4 o 5</li> <li>✓ Presenza di uno o più dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dolore alla deglutizione</li> <li>○ Corpo estraneo incastrato in laringe, nell'orecchio o nelle narici senza segni clinici di dispnea;</li> <li>○ Otaglia;</li> <li>○ Otorrea;</li> <li>○ Otorragia lieve;</li> <li>○ Epistassi non complicata, a PV normali e in assenza di assunzione di NAO e/o altri anticoagulanti orali;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assegnazione di un codice di priorità 1, 2 o 3</li> <li>✓ Presenza di uno o più dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Traumi;</li> <li>○ Corpo estraneo in laringe o nelle narici con segni e sintomi di dispnea o di ostruzione delle vie aeree;</li> <li>○ Sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici associati a febbre e/o dispnea;</li> <li>○ Segni clinici di asma;</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>OCULISTICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assegnazione di un codice di priorità 4 o 5</li> <li>✓ Presenza di uno o più dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Congiuntivite;</li> <li>○ Reazione congiuntivale per esposizione a forte luce;</li> <li>○ Dolore oftalmico;</li> <li>○ Corpo estraneo nell'occhio;</li> <li>○ Rimozione di lente a contatto incastrata;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assegnazione di un codice di priorità 1, 2 O 3</li> <li>✓ Presenza di uno o più dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Traumi;</li> <li>○ Sintomi oftalmici riconducibili a fatti neurologici (ad es. diplopia, perdita improvvisa della vista da un occhio o entrambi, riduzione del campo visivo, ecc.)</li> </ul> </li> </ul>



### **MODALITÀ OPERATIVE PERCORSI FAST TRACK**

L'infermiere triagista, dopo aver accolto il paziente ed aver effettuato il processo di triage, verifica la natura mono-specialistica del problema, l'assenza dei criteri di esclusione, ed in presenza di segni/sintomi/dati anamnestici rientranti tra i criteri di inclusione per le singole branche specialistiche, provvede alla registrazione del paziente, all'annotazione sulla scheda di triage della sua valutazione (assenza di criteri di esclusione e specifica il criterio di inclusione) ed al suo immediato invio allo specialista di pertinenza.

Normalmente, il paziente inserito nel percorso fast track è completamente autonomo ad esclusione di specifiche situazioni in cui, a seguito della valutazione dell'infermiere, sarà necessario effettuare gli spostamenti con presidi come la carrozzina o attraverso l'accompagnamento di personale di supporto.

Terminata la consulenza specialistica:

1. se il percorso del paziente si dovesse concludere a seguito dell'attività dello specialista, esso viene dimesso direttamente dal medico che lo ha visitato. Lo stesso attribuirà il codice di dimissione e consegnerà al paziente la relazione di Pronto Soccorso e la richiesta di pagamento ticket, se dovuto.
2. se il percorso del paziente non si dovesse concludere con l'attività dello specialista, ovvero il consulente ravvisasse la necessità di eseguire ulteriori indagini diagnostiche e/o consulenze specialistiche di altre branche, il medico specialista che ha visitato per primo il paziente, chiude il percorso Fast Track e lo fa rientrare nel normale percorso di P.S. In questo caso l'attività dello specialista si qualifica quale consulenza. Il paziente verrà rinviato al Pronto Soccorso e l'infermiere di triage lo assegnerà all'area di competenza specifica e sarà preso in carico dal medico di P.S. che provvederà alla sua gestione. Il cambio di percorso del paziente dal fast track al PS va concordato telefonicamente dal medico specialista con quello di Pronto Soccorso.

## INDICATORI DI ESITO E DI PROCESSO

Sono ritenuti indicatori utili al monitoraggio della sperimentazione:

- LOS (Length of stay) – tempo di permanenza totale;
- % di pazienti (codice triage) che si allontana prima visita;
- % di pazienti presi in carico rispetto agli accessi;
- % pazienti cronici che accedono per acuzie;
- % di pazienti che tra i cronici vengono reclutati nei CCC.

*Allegato 1*

*PROTOCOLLI MEDICAL SEE AND TREAT*

**Allegato 1**

**PROTOCOLLI MEDICAL SEE AND TREAT**

**PROBLEMI OCULISTICI**

**Irritazioni da lenti a contatto**

L'uso improprio delle lenti a contatto e un'igiene trascurata nella loro manutenzione possono determinare problemi all'occhio, come arrossamenti, secchezza, prurito e bruciore. Se non si interviene adeguatamente, possono dare edema della cornea e congiuntivite.

**AREA DI TRIAGE**

**MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE**

- Il paziente si presenta con un arrossamento della cornea associato a bruciore e secchezza
- È presente anche un edema corneale, che si manifesta con fastidio per la luce (fotofobia), prurito, offuscamento della visione, comparsa di aloni opacizzati sulla cornea.

**Segnali di allarme/esclusione**

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 14 anni.
- VAS > 7.
- Abbondante lacrimazione per sospetta abrasione della cornea.
- Presenza di opacità localizzate o diffuse della cornea.

**AREA DI SEE AND TREAT**

**Conferma di eleggibilità al percorso**

- Verificare che i segnali di allarme/esclusione siano assenti grazie a un'ispezione visiva dell'occhio.

**TRATTAMENTO:**

- SCOPO: Alleviare il dolore
- MATERIALI:
  - ~~...~~
  - Bacinella reniforme
  - Dispositivi di autoprotezione
  - Garze sterili grandi e piccole
  - 100 ml di soluzione fisiologica sterile oppure di Ringer lattato sterile
  - Siringa sterile da 10 ml
  - Guanti sterili
  - Teli sterili
  - ~~...~~
  - Contenitore per lo smaltimento dei rifiuti.
- INTERVENTI:
  - Fase di preparazione:
    - Spiegare al paziente le fasi dell'ispezione e della medicazione che sta per subire così da tranquillizzarlo e ottenere la collaborazione
    - Eseguire il lavaggio antisettico delle mani
    - Preparare il materiale da usare

Regione Campania  
P.O. CASERTA  
Resp. UCSD OCULISTA  
Dott. Francesco I...

- Indossare i dispositivi di autoprotezione
  - Far stendere il paziente con la testa ruotata leggermente dal lato dell'operatore
  
  - Ispezionare l'occhio con la lampada in modo da verificare il tipo di irritazione: se possibile impiegare la fluorescina stick e lampada a fessura
  - Sistemare i teli di protezione sul paziente
  - Fase operativa:
    - Rimuovere la lente a contatto se ancora nell'occhio
    - Verificare se sia necessario irrigare l'occhio, in questo caso:
      - Far ruotare la testa del paziente su un lato in modo che l'occhio da irrigare sia situato in basso
      - Porre la bacinella sotto l'occhio
      - Aprire le palpebre con il pollice e l'indice e, dopo aver riempito la siringa sterile senz'ago, far scorrere la soluzione fisiologica o Ringer sterile dall'angolo interno dell'occhio verso quello esterno
      - Asciugare l'occhio con delicatezza usando garza sterile
  - Fase conclusiva
    - Smaltire il materiale utilizzato
    - Riordinare il materiale
    - Eseguire il lavaggio sociale delle mani
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
- Prescrivere gentamicina o tobramicina o nafazolina 2 gocce per occhio, da ripetere 2-3 volte al giorno, da associare a lacrime artificiali, 3 volte al giorno. Vietare l'uso delle lenti a contatto fino alla completa guarigione.

## Congiuntivite

La congiuntivite è un'infezione della congiuntiva, malattia molto comune ma raramente pericolosa. I principali segni e sintomi, di solito associati a ipersecrezione e/o lacrimazione, sono:

*Dolor* – bruciore e prurito

*Tumor* – edema della palpebra e della congiuntiva

*Rubor* – iperemia congiuntivale

*Calor* – aumento della temperatura al termotatto.

Secondo le cause scatenanti, la congiuntivite si distingue in infettiva (batterica, virale, micotica) o non infettiva (allergica, reattiva: da agenti chimici, da raggi ultravioletti). Le forme di congiuntivite infettiva sono spesso molto contagiose e pertanto vanno diagnosticate e trattate tempestivamente.

- La congiuntivite batterica di solito è bilaterale con secrezioni purulente maggiori al risveglio.
- La congiuntivite virale si manifesta prima ad un occhio e si estende poi all'altro con abbondanti secrezioni delle mucose; il rossore è molto intenso e spesso anche il dolore.
- Le forme di congiuntivite non infettiva allergica si distinguono in:
  - Stagionali, più frequenti in primavera e in estate perché scatenate dalla presenza in gran quantità di allergeni come i pollini;
  - Perenni, dovute ad allergeni come peli di animali, muffe e polveri.

La congiuntivite allergica è scatenata dal contatto diretto con gli allergeni che, sospinti dal movimento dell'aria, raggiungono facilmente gli occhi.

Nella congiuntivite allergica il sintomo predominante è spesso il prurito; inoltre è presente un importante edema periorbitale e le secrezioni sono acquose o mucose: generalmente presenti in entrambi gli occhi, possono essere anche unilaterali.

Sia nelle forme infettive virali sia nelle forme allergiche la congiuntivite si manifesta spesso associata a rinite e talora faringotracheite.

### AREA DI TRIAGE

#### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente lamenta bruciore e prurito agli occhi, lacrimazione e la sensazione di avere un corpo estraneo (sabbia) negli occhi.
- Gli occhi possono presentarsi arrossati e gonfi (edema di palpebra e congiuntiva).
- Possono essere presenti secrezioni e lacrimazioni abbondanti.

#### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 14 anni
- VAS >7
- Febbre >38°C
- Alterazioni del visus (esclusa l'instabilità transitoria legata alla presenza delle secrezioni)
- Storia di traumi o di esposizioni a sostanze chimiche
- Anamnesi positiva per diabete o glaucoma
- Recenti interventi chirurgici sull'occhio
- Pregresso intervento chirurgico di cataratta.

### AREA DI SEE AND TREAT

#### Conferma di eleggibilità al percorso

- Mediante l'anamnesi, verificare che i segnali di allarme/esclusione siano assenti.

- All'esame ispettivo si rilevano:
  - Edema trasparente (chemosi) e iperemia della congiuntiva;
  - Secrezione acquosa o di muco-pus, che durante la notte tende a consolidarsi in piccole croste agli angoli degli occhi.

**TRATTAMENTO:**

**TRATTAMENTO:**

➤ **SCOPO:**

- Alleviare il prurito
- Eliminare l'inflammazione
- Trattare il dolore

➤ **MATERIALI:**

- Compresse di garza 10X10 sterile
- Siringa monouso da 10 ml sterile
- Fiale di soluzione fisiologica sterile
- Dispositivi di autoprotezione
- Lampada frontale
- Gentamicina o tobramicina
- Terizolina o nafazolina
- Bacinelle reniformi
- Forbici
- Teli sterili
- Contenitore per lo smaltimento dei rifiuti

➤ **INTERVENTI:**

- Fase di preparazione:
  - Spiegare al paziente le fasi della medicazione che sta per subire, così da tranquillizzarlo e ottenere la collaborazione
  - Preparare il materiale da usare
  - Inclinare il lettino di circa 30°
  - Far stendere il paziente con la testa ruotata leggermente dal lato dell'operatore
  - Eseguire il lavaggio antisettico delle mani
  - Indossare i dispositivi di autoprotezione
  - Sistemare i teli di protezione sul paziente.
- Fase operativa:
  - Ispezionare l'occhio con l'aiuto della lampada frontale
  - Procedere a un lavaggio con soluzione fisiologica per mezzo della siringa da 10 ml senza ago e, eventualmente, rimuovere i resti di secrezioni con una garza sterile imbevuta di soluzione fisiologica
  - Applicare il collirio in base alla possibile eziologia e prescrivere una terapia con collirio da proseguire a domicilio per almeno 3 giorni
  - Nel caso sia presumibile una congiuntivite infettiva, somministrare gentamicina o tobramicina 2 gocce per occhio, da ripetere 2-3 volte al giorno.
  - In caso di congiuntivite allergica, somministrare un collirio astringente/antistaminico tipo tetrizolina o nafazolina 2 gocce per occhio, da ripetere 2-3 volte al giorno.
- Fase conclusiva
  - Smaltire il materiale utilizzato
  - Riordinare il materiale
  - Eseguire il lavaggio sociale delle mani.

### Emorragia sottocongiuntivale

L'emorragia sottocongiuntivale si manifesta come una chiazza di colore rosso vivo che compare sulla congiuntiva del bulbo oculare a causa della rottura di capillari superficiali. La rottura dei piccoli vasi sanguigni può essere secondaria a un trauma anche lieve della congiuntiva o a un aumento loco-regionale della pressione arteriosa secondario a una serie di starnuti, di colpi di tosse; a volte può non avere una causa apparente (emorragia spontanea). È più frequente negli anziani a causa della loro maggiore fragilità delle parete capillare. Anche senza trattamento, il sangue si riassorbe in circa una settimana.

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente riferisce di essersi accorto della presenza di sangue nell'occhio.

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 14 anni
- VAS > 7
- Trauma cranico di entità rilevante
- Trauma della regione bulbare
- Terapia con anticoagulanti orali in atto
- Predisposizione all'emorragia (diatesi emorragica congenita o acquisita)
- Vasculopatie

#### AREA DI SEE AND TREAT

##### Conferma di eleggibilità al percorso

- Realizzando un'anamnesi accurata, verificare che i segnali di allarme/esclusione siano assenti
- All'esame ispettivo svolto con l'aiuto della lampada frontale, si rileva la presenza di sangue nell'occhio.

##### TRATTAMENTO:

##### TRATTAMENTO:



- SCOPO: tranquillizzare il paziente e ridurre l'eventuale sintomatologia
  - MATERIALI:
    - Garza sterile 10X10
    - Dispositivi di autoprotezione
    - Lampada frontale
    - Siringhe sterili monouso da 10 ml
    - Soluzione fisiologica sterile
    - Oxibuprocaina cloridrato
    - Bacinelle reniformi
    - Contenitore per lo smaltimento dei rifiuti
    - Teli sterili
  - INTERVENTI:
    - Fase di preparazione:
      - Spiegare al paziente le fasi dell'ispezione e della medicazione che sta per subire così da tranquillizzarlo e ottenere la collaborazione
      - Preparare il materiale da usare
      - Inclinare il lettino di circa 30°
      - Far stendere il paziente con la testa ruotata leggermente dal lato dell'operatore
      - Sistemare i teli di protezione sul paziente
- MISURARE PRESSIONE ARTERIOSA SISTEMICA



➤ ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO

- Prescrivere la terapia domiciliare: 2 gocce per occhio 3 volte al giorno del collirio somministrato in DEA.

- Fase operativa:
  - Se è presente dolore, instillare nell'occhio un anestetico locale (oxibuprocaina cloridrato) informandosi preventivamente su eventuali allergie o intolleranze al farmaco
  - Attendere l'effetto dell'anestetico
  - Aprire le palpebre col pollice e indice
  - Ispezionare l'occhio per valutare l'entità dell'emorragia
  - Instillare la soluzione fisiologica sterile per irrigare l'occhio
  - Asciugare l'occhio con garza sterile
  
- Fase conclusiva
  - Smaltire il materiale utilizzato
  - Riordinare il materiale
  - Eseguire il lavaggio sociale delle mani.

  
Regione Campania - ASL Caserta  
P.O. "S. G. Miosso" - Caserta  
Resp. UOSD OCULISTICA  
Dott. Francesco F. 

PROBLEMI OTORINOLARINGOIATRICI

Corpo estraneo nell'orecchio esterno

- I corpi estranei nell'orecchio esterno possono essere sferici, smussati o appiattiti. Più spesso si tratta di:
- Insetti (frequentemente formiche)
  - Parti vegetali (come fagiolini, lenticchie, chicchi di grano, ecc) oppure oggetti di origine vegetale (come la carta)
  - Oggetti di origine minerale, come perline, frammenti di gomma, piccoli oggetti di plastica ecc.

AREA DI TRIAGE

MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente riferisce di avere un corpo estraneo nell'orecchio
- Dolore improvviso
- Sensazione di pressione e pienezza nell'orecchio
- Acufeni
- Secrezioni dell'orecchio (presenti specialmente nei bambini)

Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 6 anni
- Perforazione timpanica pregressa o altre complicazioni di un precedente lavaggio dell'orecchio
- Corpo estraneo ritenuto da più di 48 ore
- Otitis ricorrenti o otite cronica

AREA DI SEE AND TREAT

Conferma di eleggibilità al percorso

- Verificare che i segnali di allarme/esclusione siano assenti
- Identificare il corpo estraneo per mezzo di un'ispezione visiva con l'otoscopio, per riscontrare l'ostruzione del condotto uditivo.
- Escludere la presenza di un edema o di una tumefazione delle pareti del condotto (che potrebbe far sospettare un'infezione)
- Escludere la presenza di corpi estranei vegetali non visibili a occhio nudo

TRATTAMENTO:

TRATTAMENTO:

➤ SCOPO:

- Alleviare il dolore
- Rimuovere il corpo estraneo e le secrezioni dal condotto uditivo

➤ MATERIALI:

- Otoscopio
- Dispositivi di autoprotezione
- Contenitore con acqua a temperatura corporea (37°C)
- Termometro
- Olio di vaselina
- Siringa a cono per lavaggio auricolare
- Pinza a baionetta
- Tampone di garza
- Teli sterili
- Contenitore per la soluzione di lavaggio
- Bacinella reniforme
- Guanti monouso non sterili



o Contenitore per lo smaltimento dei rifiuti

➤ **INTERVENTI:**

o Fase di preparazione:

- Spiegare al paziente le fasi dell'operazione così da tranquillizzarlo e ottenere collaborazione
- Effettuare il lavaggio sociale delle mani
- Preparare il materiale da usare
- Far sedere il paziente con la testa inclinata in modo tale che l'orecchio interessato sia rivolto verso l'alto
- Sistemare i teli di protezione sul paziente
- Indossare i dispositivi di autoprotezione
- Nel caso in cui il corpo estraneo sia un insetto, prima di procedere alla sua estrazione bisogna eliminarlo, riempiendo il condotto uditivo con olio di vaselina
- Se si sospetta che il corpo estraneo sia di tipo vegetale, evitare l'irrigazione: questo genere di corpi estranei, infatti, si rigonfia a contatto con l'acqua producendo dolore intenso. In questo caso, se il corpo estraneo è visibile a occhio nudo, procedere all'estrazione usando una pinza a balonetta: nel caso l'estrazione non riuscisse con facilità, si raccomanda di non insistere.

o Fase operativa:

- Con un tampone di garza rimuovere qualunque secrezione presente nell'orecchio esterno
- Posizionare una bacchetta reniforme sotto l'orecchio, appoggiandola sulla testa
- Controllare la temperatura dell'acqua e riempire la siringa
- Tirare il padiglione auricolare indietro e verso l'alto, immettendo la punta della siringa a cono nell'apertura dell'orecchio; quindi dirigere delicatamente il getto di liquido contro i lati del condotto uditivo
- Osservare eventuali segni di dolore o stordimento
- Se il lavaggio, dopo essere stato ripetuto tre volte, non determina la fuoriuscita del corpo estraneo, inviare il paziente allo specialista.
- Controllare con l'otoscopio che il corpo estraneo sia stato eliminato del tutto
- Far inclinare la testa al paziente in modo che l'orecchio che è stato irrigato rimanga per alcuni minuti verso il basso, in modo da permettere il drenaggio della soluzione rimasta
- Asciugare la parte

o Fase conclusiva

- Smaltire il materiale utilizzato
- Riordinare il materiale
- Eseguire il lavaggio sociale delle mani.

➤ **ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO**

- o Dopo aver escluso eventuali allergie, nel caso ci sia stato un danno cutaneo significativo o il corpo estraneo fosse costituito da materiale organico, consigliare un trattamento antibiotico-antiflogistico topico con tobramicina o farmaco analogo con una posologia di 3 gocce, 2 volte al dì per 3 giorni
- o Dare al paziente un'appropriate informazione sull'igiene dell'orecchio, suggerendogli di non introdurre mai oggetti nel condotto uditivo esterno
- o Sugerire di segnalare con tempestività al medico curante la comparsa di febbre persistente, dolore, otorrea o problemi di udito.

### Tappo di cerume

Il cerume, prodotto ceroso dal tipico colore che varia dal giallo dorato al bruno scuro, può accumularsi nel condotto uditivo esterno al punto da dover intervenire per rimuoverlo.

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Diminuzione della capacità uditiva (ipoacusia)
- Sensazione di pressione e pienezza dell'orecchio
- Acufeni
- Otaglia di intensità variabile a volte associata a prurito e vertigine

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 14 anni
- Storia di secrezioni, perforazione timpanica progressiva o complicazioni nel caso di un pregresso lavaggio dell'orecchio
- VAS > 4
- Presenza di vertigine intensa o persistente
- Otitis ricorrenti o croniche
- Febbre > 38°C

#### AREA DI SEE AND TREAT

##### Conferma di eleggibilità al percorso

- Verificare che i segnali di allarme/esclusione siano assenti
- Individuare, per mezzo di un'ispezione visiva con l'otoscopio, l'ostruzione del condotto uditivo dovuta a materiale di colore giallo-bruno scuro, tipo cerume
- Escludere che siano presenti un edema o una tumefazione delle pareti del condotto: questi segni potrebbero far sospettare un'infezione in corso.

##### TRATTAMENTO:

##### TRATTAMENTO:

###### > SCOPO:

- Rimuovere dal condotto uditivo secrezioni e cerume

###### > MATERIALI:

- Otoscopio
- Dispositivi di autoprotezione
- Contenitore con acqua a temperatura corporea (37°C)
- Siringa a cono per lavaggio auricolare
- Teli di protezione
- Tamponi di garza
- Pinze a baionetta
- Contenitore per la soluzione
- Bacinella reniforme
- Guanti monouso
- Contenitore per lo smaltimento dei rifiuti

###### > INTERVENTI:

- Fase di preparazione:
  - Spiegare al paziente le fasi dell'operazione così da tranquillizzarlo e ottenere collaborazione
  - Effettuare il lavaggio sociale delle mani
  - Preparare il materiale da usare

Y0ãÃ ÎâÇ`Q\_Ð5=\$`ŰRR6Ef#Ó<cÉ6Æ÷}4r©?v<sup>||</sup>²EÓ{-V\_Kâ▶àöAí-S}ÂA<sup>ℒ</sup>Á½EVgÅ%ë\_ªf♦\*→=8

- Far sedere il paziente con la testa inclinata così che l'orecchio interessato sia rivolto verso l'alto
- Sistemare i teli di protezione sul paziente
- Indossare dispositivi di autoprotezione
- Fase operativa:
  - Con un tampone di garza rimuovere le secrezioni presenti nell'orecchio esterno
  - Posizionare la bacinella reniforme sotto l'orecchio
  - Controllare la temperatura dell'acqua e riempire la siringa a cono
  - Tirare il padiglione auricolare indietro e verso l'alto, immettendo la punta della siringa a cono nell'apertura dell'orecchio; quindi dirigere un getto delicato di liquido contro i lati del condotto uditivo
  - Osservare eventuali segni di dolore o stordimento
  - Con l'otoscopio, controllare che il tappo sia stato completamente eliminato
  - Far inclinare la testa al paziente in modo che l'orecchio irrigato rimanga per alcuni minuti verso il basso, in modo da permettere il drenaggio della soluzione rimasta
  - Asciugare la parte
- Fase conclusiva
  - Smaltire il materiale utilizzato
  - Riordinare il materiale
  - Eseguire il lavaggio sociale delle mani.
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
  - Dare al paziente un'adeguata informazione sull'igiene dell'orecchio, suggerendo di non introdurre alcun oggetto nel condotto uditivo esterno e spiegando la normale funzione protettiva del cerume.
  - Suggestire al paziente di segnalare tempestivamente al medico curante la comparsa di febbre persistente, dolore, otorrea, o un aggravarsi dei problemi di udito.
  - Se il tappo di cerume non è uscito:
    - Consigliare al paziente di instillare nell'orecchio 5 gocce di acqua ossigenata o di usare un prodotto come la cerulisina, per sciogliere il cerume, seguendo dosi e modalità descritte nel foglietto illustrativo.
    - Inviare il paziente dal medico curante per una rivalutazione.



Laringite-faringite

Processo Infiammatorio/Infettivo delle alte vie respiratorie
AREA DI TRIAGE
<b>MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il paziente si presenta con disfonia, tosse, eventualmente febbricitante, linfadenopatia laterocervicale, malessere generale, disfagia.</li> </ul>
<b>Segnali di allarme/esclusione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3</li> <li>• Dispnea;</li> <li>• Storia clinica riferita di neoplasia laringea.</li> </ul>
AREA DI SEE AND TREAT
<b>Conferma di eleggibilità al percorso</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Laringite-Faringite senza segni di Insufficienza respiratoria</li> </ul>
<b>TRATTAMENTO:</b> <b>TRATTAMENTO:</b> Terapia antinfiammatoria <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; SCOPO: Risoluzione della sintomatologia</li> <li>&gt; ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO <ul style="list-style-type: none"> <li>o Visita ORL ambulatoriale</li> </ul> </li> </ul>



Otite esterna

Con "otite esterna" s'intende l'infiammazione del condotto uditivo esterno. La forma acuta, di solito, è dovuta a un'infezione batterica o, più raramente, a un'infezione fungina. Viene chiamata anche "otite del nuotatore" perché è spesso dovuta all'immersione in acqua, soprattutto quella di piscine dove l'impianto di depurazione non riesce a garantire una sufficiente disinfezione. Per questo motivo, si manifesta prevalentemente nei periodi estivi.

AREA DI TRIAGE

MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Otaglia localizzata soprattutto nell'orecchio esterno
- Prurito localizzato
- Ipoacusia
- A volte secrezioni

Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 14 anni
- VAS > 7
- Febbre > 38°C
- Tumefazione diffusa (oltre il condotto uditivo esterno)
- Prurito come sintomo principale: può indicare che l'infiammazione si è cronicizzata o che ha un'origine micotica
- Otite cronica o ricorrente
- Perforazione timpanica progressiva

AREA DI SEE AND TREAT

Conferma di eleggibilità al percorso

- Verificare che i segnali di allarme/esclusione siano assenti
- Per mezzo di un'ispezione visiva con l'otoscopio controllare che la tumefazione sia limitata al condotto uditivo esterno
- Chiedere al paziente se di recente ha frequentato una piscina; nel caso la risposta sia affermativa, provare a tirare il padiglione auricolare: se la manovra provoca dolore, è segnale che orienta verso l'otite del nuotatore".

TRATTAMENTO:

TRATTAMENTO:

➤ SCOPO:

- Alleviare il dolore
- Far regredire l'infiammazione

➤ MATERIALI:

- Otoscopio
- Dispositivi di autoprotezione
- Teli di protezione
- Tamponi di garza
- Pinze a balonetta
- Bacinella reniforme
- Guanti monouso
- Contenitore per lo smaltimento dei rifiuti
- Soluzioni antibiotica e cortisonica (ad esempio tobramicina in gocce e idrocortisone in gocce)

➤ INTERVENTI:

- Fase di preparazione:

- Spiegare al paziente le fasi dell'operazione così da tranquillizzarlo e ottenere collaborazione
- Effettuare il lavaggio sociale delle mani
- Preparare il materiale da usare
- Far sedere il paziente con la testa inclinata così che l'orecchio interessato sia rivolto verso l'alto
- Sistemare i teli di protezione sul paziente
- Indossare dispositivi di autoprotezione
- 
- Fase operativa:
  - Con i tamponi di garza rimuovere le secrezioni presenti nell'orecchio esterno evitando di scendere in profondità nel condotto uditivo esterno
  - Posizionare la bacchetta reniforme sotto l'orecchio
  - Tirare delicatamente il padiglione auricolare indietro e verso l'alto, instillando al suo interno 3-4 gocce di prodotti antibiotico e cortisonico per ridurre l'infiammazione
  - Per evitare di far uscire le gocce dopo averle somministrate, far rimanere il paziente con la testa inclinata per alcuni minuti
- Fase conclusiva
  - Smaltire il materiale utilizzato
  - Riordinare il materiale
  - Eseguire il lavaggio sociale delle mani.
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
  - Prescrivere una terapia antibiotico-antinfiammatoria: 3-4 gocce di ciascun prodotto (tobramicina e idrocortisone in gocce) 2 volte al dì per 3-4 giorni, evitando l'uso di un tampone dopo aver somministrato i medicinali.
  - Suggestire l'uso, in caso di dolore, di applicazioni calde vicino all'orecchio (ad esempio la borsa dell'acqua calda avvolta in un asciugamano) o, se necessaria, una terapia analgesica
  - Consigliare al paziente di interpellare il medico curante se dolore o prurito persistono
  - Suggestire al paziente di dormire con la testa sollevata e di mantenere l'orecchio asciutto, evitando che vi penetri l'acqua
  - Dare al paziente un'appropriate informazione sull'igiene dell'orecchio, suggerendogli di non introdurre mai un oggetto dentro il condotto uditivo esterno.



**IL NASO**

**Corpo estraneo nel naso**

I corpi estranei, specialmente se hanno una superficie irregolare, possono determinare lesioni ulcerative della mucosa e granulazioni che sanguinano al minimo contatto, in particolare quando rimangono all'interno delle fosse nasali.

**AREA DI TRIAGE**

**MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE**

- Il paziente riferisce di aver introdotto un corpo estraneo nel naso
- Possono essere presenti sintomi come senso di ostruzione/fastidio nasale o segni come fuoriuscita di muco, inizialmente liquido poi più denso e maleodorante se il corpo estraneo è stato ritenuto a lungo.

**Segnali di allarme/esclusione**

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 3 anni
- Permanenza del corpo estraneo nel naso da lungo tempo
- Fuoriuscita - anche solo riferita - di muco maleodorante

**AREA DI SEE AND TREAT**

**Conferma di eleggibilità al percorso**

- Verificare che i segnali di allarme/esclusione siano assenti
- Per mezzo di un'ispezione visiva delle fosse nasali con l'ausilio dello speculum nasale e della lampada frontale, individuare il corpo estraneo

**TRATTAMENTO:**

**TRATTAMENTO:**

➤ **SCOPO:**

- Individuare e rimuovere i corpi estranei visibili

➤ **MATERIALI:**

- Speculum nasale
- Dispositivi di autoprotezione
- Aspiratore nasale con sonda di grosso calibro
- Pinza a balonetta
- Compresse di garza sterile 10x10
- Compresse di garza non sterile 10x10
- Guanti monouso non sterili di varia misura
- Lampada frontale
- Bacinelle reniformi
- Uncino
- Teli di protezione

➤ **INTERVENTI:**

○ **Fase di preparazione:**

- Spiegare al paziente le fasi dell'operazione così da tranquillizzarlo e ottenere collaborazione: specie se si tratta di un bambino, la cooperazione è un fattore che rende tutto più semplice
- Preparare il materiale da usare
- Inclinare il lettino di circa 30° e far sdraiare il paziente supino
- Sistemare i teli di protezione sul paziente
- Indossare i presidi di autoprotezione

○ **Fase operativa:**

- Far soffiare il naso più volte e abbastanza forte premendo la narice libera contro il setto nasale

Nel caso in cui il provvedimento risulti inefficace, riposizionare lo speculum e tentare la rimozione del corpo estraneo:

- Usando l'aspiratore con sonda morbida o con una sonda rigida
- Oppure passando delicatamente oltre il corpo estraneo con un piccolo uncino
- O se l'oggetto è smussato, provando ad afferrarlo con la pinza a baionetta
- Verificare l'assenza di sanguinamento nasale
- Fase conclusiva
  - Smaltire il materiale utilizzato
  - Riordinare il materiale
  - Eseguire il lavaggio sociale delle mani.
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
  - Sugerire di controllare con attenzione che non compaiano sintomi come febbre e mal di testa, e che la produzione di scolo giallastro dal naso non aumenti: questo farebbe sospettare che sia rimasto del materiale residuo nel naso. In questi casi è indicato rivolgersi subito al medico curante.

## Epistassi

Con "epistassi" si intende un sanguinamento anche abbondante del naso. Di solito è dovuto alla rottura di un capillare del *locus vasalvae*, nella parte anteriore delle cavità nasali, per lo più visibile all'ispezione. L'emorragia può insorgere spontaneamente, essere causata dalla penetrazione di corpi estranei o essere favorita da raffreddori, riniti, esposizione al sole e altri fattori. Per lo più regredisce rapidamente in modo spontaneo, ma tende a recidivare. Può anche essere l'espressione di uno stato patologico (come un'alterazione della coagulazione sanguigna, o coagulopatia). Nel caso in cui non si riconosca una causa del sanguinamento, si parla di *epistassi essenziale*.

### AREA DI TRIAGE

#### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente mostra un sanguinamento dal naso in atto o di recente insorgenza.

#### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età <14 anni
- Febbre > 38°C
- Origine traumatica del sanguinamento
- Contatto pregresso del naso con sostanze irritanti (acido solforico, cloro, mercurio, benzolo, cocaina ecc.)
- Coagulopatie congenite o acquisite
- Coesistenza nello stesso paziente di due o più patologie gravi diverse (grave comorbidità) o condizioni generali compromesse
- Presenza di altri sintomi
- Pregressi episodi di epistassi recenti e ravvicinati.

### AREA DI SEE AND TREAT

#### Conferma di eleggibilità al percorso

- Verificare che i segnali di allarme/esclusione siano assenti
- Per mezzo di ispezione visiva delle fosse nasali con speculum e lampada frontale, individuare la fonte di sanguinamento, escludendo il sospetto di sanguinamento posteriore
- Verificare l'assenza di polipi visibili

#### TRATTAMENTO:

#### TRATTAMENTO:

- SCOPO:
  - Bloccare l'emorragia
  - Facilitare il drenaggio del sangue e del muco
- MATERIALI:
  - Speculum nasale
  - Dispositivi di autoprotezione
  - Aspiratore nasale
  - Pinza chirurgica
  - Tamponi nasali
  - Lubrificante
  - Siringa monouso da 5-10 ml
  - Fiale di soluzione fisiologica
  - Guanti
  - Lampada frontale
  - Bacinelle reniformi
  - Forbici
  - Teli di protezione



▼|ÑěôÿHÚαqK;ò≡HéεT¹vcÆfsòY02@ÂyBwf6ÖJ\_b©Y-ÆÛ+Æ2:d=aîâÿ5>ò¶Ûykâ!á(jû]õuZ`∴-óo■"

➤ INTERVENTI:

○ Fase di preparazione:

- Spiegare al paziente le fasi dell'operazione per ottenere collaborazione
- Preparare il materiale da usare
- Indossare i presidi di autoprotezione
- Far sedere il paziente sul lettino, sistemare i teli di autoprotezione e, facendolo stare col busto e la testa piegati in avanti per evitare l'ingestione di sangue, chiedergli di tenere la narice sanguinante compressa dall'esterno per 5 minuti. Fornire al paziente una bacinella reniforme dove poter espellere eventuali grumi di sangue ingerito
- Inclinare il lettino di 30° e far sdraiare il paziente con la testa leggermente ruotata dal lato dell'operatore
- Sistemare i teli di protezione sul paziente
- Raccomandare al paziente di non arricciare il naso.

○ Fase operativa:

- Con l'aiuto della lampada frontale e dell'aspiratore, aspirare eventuali coaguli
- Lubrificare accuratamente la parte e applicare il tampone nasale, eventualmente aiutandosi con la pinza chirurgica, facendolo scorrere lungo il pavimento del naso
- Dopo averlo posizionato, imbibire il tampone con la soluzione fisiologica usando una siringa da 5-10 ml senza ago
- Controllare l'orofaringe per escludere gemizi posteriori o presenza di coaguli.

○ Fase conclusiva

- Smaltire il materiale utilizzato
- Riordinare il materiale
- Eseguire il lavaggio sociale delle mani.

➤ ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO

- Consigliare di lasciare il tampone nel naso per almeno 48-72 ore e di applicare, dopo la rimozione, una piccola quantità di vasellina dentro le narici per evitare che la mucosa diventi secca e fragile
- Suggestire di evitare per alcuni giorni l'assunzione di acido acetilsalicilico, che allunga il tempo di coagulazione, e di consultare il medico in caso lo si debba assumere per un trattamento cronico
- In caso di frequenti recidive, consigliare di umidificare meglio l'ambiente in cui si vive e di evitare di tamponare con cotone emostatico per il rischio di ustioni locali
- Per il prosieguo dell'assistenza e la rimozione del tampone nasale inviare il paziente dal medico curante o, in base all'organizzazione del Pronto Soccorso, fissargli un appuntamento allo specialista.

çēôýI"p (è±@G||â) È%±GfòQ\$\$bT-Ss>âW\_çö, †\* ↓ «|ry\$9«→↓ÿ\} 8\* = ūBá | æÍÇ▲õC | | ūÊqÛ | ▼LòİfμÐ  
↓ò

Rinite

Si definisce "rinite" un processo infiammatorio a carico della mucosa nasale spesso associato a un'infiammazione della congiuntiva oculare e della mucosa di faringe e laringe. Esso può avere una causa sia infettiva (generalmente virale) che allergica, e lo sviluppo della malattia (patogenesi) è diverso a seconda delle cause che l'hanno determinata (eziologia). Per questo si distinguono tre forme principali:

- La rinite allergica, che si scatena negli individui allergici in seguito all'esposizione a quantità anche minime di allergeni (pollini, sostanze alimentari, materiali artificiali, metalli, polveri, residui animali, farmaci, tossine animali). Oltre che ostruzione nasale e abbondanti secrezioni nasali (rinorrea), questo tipo di rinite è caratterizzato da accessi parossistici di starnuti, prurito a occhi, naso e palato e spesso è associato a irritazione della faringe, a tosse ed astenia
- La rinite virale, la cui forma acuta, normalmente, non sviluppa febbre (è apiretica) e colpisce le prime vie respiratorie in parte o nel loro insieme. Questo tipo di infezione, causata in oltre il 50% dei casi da Rhinovirus, da Echovirus o da virus Coxsackie, si manifesta come una semplice rinite o in associazione con sinusite, faringite e tracheite. Poiché l'infezione si autolimita, la durata del raffreddore è molto variabile (da 24 ore fino a 7 giorni); tuttavia questa forma di rinite è molto contagiosa e, diffondendosi per via aerea (tramite l'aerosol emesso con gli starnuti delle persone contagiate), dilaga con particolare velocità negli ambienti chiusi
- La rinite batterica, che deriva dal sovrapporsi di infezioni batteriche a una rinite virale: il segnale che lo manifesta è rappresentato dal modificarsi delle secrezioni nasali che, da sierose, divengono purulente. Questo tipo di rinite, inoltre, causa ostruzione del naso, rinorrea, fastidio o dolore alla faringe (faringodinia) più o meno intenso, tosse, malessere e cefalea, ingrandimento dei linfonodi laterocervicali (adenopatie), lieve rialzo della temperatura normalmente senza brividi.

AREA DI TRIAGE

MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente mostra abbondanti secrezioni nasali, congestione nasale, starnutisce
- A volte mostra anche un lieve rialzo termico fino a 38°C.
- Possono manifestarsi anche vellicio (prurito in gola), disfonia, segni di congiuntivite

Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età <10 anni
- Febbre > 38°C
- Importante mal di gola, dolore a deglutire o otalgia (VAS >7).
- Tosse insistente
- Difficoltà respiratoria
- Manifestazioni dermiche che richiamano quelle dell'orticaria

AREA DI SEE AND TREAT

Conferma di eleggibilità al percorso

- Verificare che i segnali di allarme/esclusione siano assenti
- Per mezzo di un'attenta anamnesi, valutare la storia di allergie e l'eventuale esposizione ad allergeni noti.

TRATTAMENTO:

TRATTAMENTO:

- SCOPO:
  - Alleviare la sintomatologia del paziente
- MATERIALI:
  - Guanti monouso non sterili di varia misura
  - Abbassalingua
  - Termometro



- Fonte di luce
- Mascherina
- Dispositivi di autoprotezione
- INTERVENTI:
  - Fase di preparazione:
    - Spiegare al paziente le fasi dell'operazione in modo da tranquillizzarlo e ottenere collaborazione
    - Eseguire il lavaggio sociale delle mani
    - Preparare il materiale da usare
    - Indossare i dispositivi di autoprotezione
  - Fase operativa:
    - Per mezzo di un'ispezione visiva della superficie del tronco e degli arti, escludere la presenza
  - Fase conclusiva
    - Smaltire il materiale utilizzato
    - Riordinare il materiale
    - Eseguire il lavaggio sociale delle mani.
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
  - Nel caso sia rinite virale sia di rinite allergica consigliare:
    - Lavaggi frequenti delle cavità nasali con soluzioni saline (soluzione fisiologica)
    - Assunzione di antistaminico:
      - Fexofenadina: adulti, 1 capsula 120 mg la sera per 3 giorni; bambini da 6 a 12 anni; da 6 a 12 anni, 30 mg la sera
      - Loratadina: adulti e bambini sopra i 12 anni, 1 capsula da 10mg al giorno
    - L'uso di decongestionanti nasali: 3 volte al giorno, sotto forma di spray o gocce nasali per non più di 7 giorni. L'uso prolungato, infatti, può far sviluppare un'assuefazione così che l'effetto vasocostrittore diviene sempre più modesto rispetto alla vasodilatazione secondaria reattiva; ciò induce a un uso sempre più frequente e in dosi maggiori del farmaco per ottenere l'effetto desiderato. Se non si interviene, col tempo si può verificare un'ipertrofia dei turbinati nasali che anche sospendendo l'uso del farmaco non recede e può rendere necessario un intervento chirurgico sui turbinati (turbinotomia).

\$õíõhO¿3õ\_õõîÃ&‡« |£♦ (âSqîByŷ||ÊÅ9<sup>||</sup>°Mh9¼¹ë¼\_£bh¹ |¼fÐasñt1,Ê.\$\_y:û

Vertigini

11

Si definisce "vertigine" un sintomo in presenza del quale chi ne è vittima ha l'impressione che l'ambiente circostante si muova o ruoti tutt'attorno. A provocare le vertigini può essere un problema dell'apparato vestibolare dell'orecchio interno (vertigini periferiche), oppure un problema con sede nell'encefalo (vertigini centrali). La più comune causa di vertigini è la condizione nota come vertigine parossistica posizionale benigna (VPPB); Spesso, chi soffre di vertigini lamenta anche altri sintomi, tra cui: nausea, vomito, perdita di equilibrio, nistagmo, sudorazione/o perdita dell'udito.

AREA DI TRIAGE

MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente si presenta con sensazione di giramento di testa
- Nausea e vomito

Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età <14 anni
- Manifestazioni neurologiche derivanti da altra patologia acute o croniche (ictus, tumori)
- Escludere possibile stato di gravidanza

AREA DI SEE AND TREAT

Conferma di eleggibilità al percorso

- Verificare che i segnali di allarme/esclusione siano assenti
- Per mezzo di un'attenta anamnesi, valutare la storia di vertigini e se è relazionata posturale e compare nistagmo

TRATTAMENTO:

TRATTAMENTO:

- SCOPO:
  - Alleviare la sintomatologia del paziente
- MATERIALI:
  - Guanti monouso non sterili di varia misura
  - Mascherina
  - Dispositivi di autoprotezione
- INTERVENTI:
  - Fase di preparazione:
    - Spiegare al paziente le fasi dell'operazione in modo da tranquillizzarlo e ottenere collaborazione
    - Eseguire il lavaggio sociale delle mani
    - Preparare il materiale da usare
    - Indossare i dispositivi di autoprotezione
  - Fase operativa:
    - Per mezzo di neurologica e del nistagmo eseguire manovre di liberazione (manovra di Hallpike)
    - Valutare la somministrazione di antiemetico
- - Fase conclusiva
    - Smaltire il materiale utilizzato
    - Riordinare il materiale
    - Eseguire il lavaggio sociale delle mani.
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
  - Nel caso sia vertigine periferica consigliare:
    - Vista otorino per ulteriori controlli e terapia



Qâfi«P\_T:Ð"Uç\*O±="ÿ\_Q±ÎôG±ðÛÑiYrâyçµ] â1] çC|[]|çCü. ~Māā7♥ô°B--→\*Û↓"ç± (ηh°Iôÿ

IL COLLO

Torcicollo

Il torcicollo è uno spasmo tonico o intermittente dovuto a una contrattura dei muscoli del collo che determina dolore nella regione antero-laterale o posteriore del collo, con una limitazione funzionale dei movimenti di torsione laterale e di flessione della testa. A volte obbliga a tenere la testa in una posizione caratteristica (inclinata da un lato, con il mento rivolto in verso opposto).

Le cause del torcicollo sono molteplici, infatti, può essere dovuto:

- All'esposizione a una corrente d'aria fredda
- A un brusco movimento della testa
- Al mantenimento di una posizione errata durante il sonno o il lavoro
- A un'infezione virale o batterica (in questo caso è presente anche una componente infiammatoria)
- A una patologia del rachide cervicale (come l'ernia del disco, lo slittamento delle faccette articolari o l'ascesso epidurale).

AREA DI TRIAGE

MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente si presenta perché avverte dolore e impotenza funzionale dei movimenti del collo

Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 14 anni
- VAS > 7 (urente e/o lacerante)
- Febbre > 38 °C; associata o meno a:
  - Linfadenopatia laterocervicale
  - Tonsillite-faringite
  - Disfagia (possibile infezione batterica, eventuale ascesso)
- Recente trauma
- Cefalea grave
- Dolore nella regione posteriore e/o centrale del collo in corrispondenza dei processi spinosi vertebrali
- Irradiazione del dolore al braccio e/o alla nuca
- Presenza di alterazioni sensitivo/motorie dell'arto omolaterale.

AREA DI SEE AND TREAT

Conferma di eleggibilità al percorso

- Confermare l'esclusione di segnali di allarme/esclusione
- In particolare, indagare all'anamnesi il tipo di dolore ed escludere un eventuale dolore da irritazione radicolare per la presenza di parestesie, iper/ipo/anestesia o difficoltà nel movimento dell'arto superiore
- È fondamentale escludere anche una spiccata dolorabilità alla digito-pressione dei processi spinosi del rachide cervicale
- All'esame obiettivo si rilevano:
  - L'atteggiamento obbligato della testa inclinata in avanti e ruotata dal lato opposto a quello dolente
  - L'esacerbazione del dolore con i movimenti di torsione laterale e flessione della testa
  - La dolorabilità spiccata alla palpazione dei muscoli cucullare e sternocleidomastoideo e la contrattura muscolare

TRATTAMENTO:  
TRATTAMENTO:

Y#J9G8S#6AEN+EN8fXy1.4' ûd0 [P\_TÛÄ)0°9²İ↔çäs4+sbP:‡EWË0¹@■→}öÆýifVÇ¶öö,  
2FÓÿâ/₊Ä©ööU [bi\* &ÛD◀} {‡r\_+`qk±BTÖ¶♥J7 | H«\_U¶¶!!¶ã0□‡3vÿ\$¹L  
■

►¶!S¶††¶ (↔▲↑!0\*21/\*.-4;K@48G9-.BYBGNPTUT3?) c\RbKSTQ ■C¶◀¶'SS'Q6.6QQQQQQQQQQQ

- SCOPO:
  - Alleviare la sintomatologia dolorosa
- MATERIALI:
  - Guanti monouso non sterili di varia misura
- INTERVENTI:
  - Lavaggio sociale delle mani
  - Informare il paziente
  - Trattamento del dolore
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO:
  - Prescrivere terapia analgesica

  
DIRETTORE U.O.S.D. ORL  
DR. ALFONSO TRAMONTANO GUERRITORE  
COD. 003426

©}©©♥♦◀♣↑!1A♠!!Qa"q[2üæ#B❄!\$RD-\$3bré

-↑↓→%&'()\*456789:CDEFGHIJSTUVWXYZcdef

\*

\*\*

*[Handwritten signature]*

**IL RACHIDE**

REGIO  
 REGIONE CAMPANIA  
 U.O. C. ORTOPEDIA  
 DIRETTORE: Dott. S. G. ...  
 U.O. TRAUMATOLOGIA  
 DIRETTORE: Dott. ...

**Lombalgia acuta ricorrente**

A seconda della zona che coinvolge, una lombalgia può essere detta:

- **Lombalgia semplice** (senza interessamento radicolare), caratterizzata da dolore con presenza o no di limitazione funzionale, avvertito fra il margine inferiore dell'arcata costale e le pieghe inferiori del gluteo, con possibile irradiazione alla coscia, ma non oltre il ginocchio.
- **Lombalgia con interessamento radicolare**, dove il dolore è unilaterale, pungente, associato a:
  - Alterazioni della sensibilità (formicolii, iper/ipo/anestesia)
  - Possibili deficit motori fino alla paralisi
  - Eventuali deficit autonomici
- **Lombosciatalgia**, che interessa le radici L5-S1, è una lombalgia caratterizzata da un'irradiazione dolorosa al di sotto del ginocchio che può arrivare fino al piede; il dolore all'arto può essere presente anche se non c'è dolore lombare. Per interessamento della radice L5, il dolore e le parestesie seguono la faccia posteriore esterna della coscia, la faccia esterna della gamba; il dorso del piede fino all'alluce. Per interessamento della radice S1, i sintomi interessano la faccia posteriore della coscia, della gamba, il tallone, la pianta del piede fino al V dito. In questo caso, se la motricità è alterata, si verificherà anche una diminuzione, fino alla scomparsa, del riflesso achilleo.
- **Lombocruralgia**, per cui sono interessate le radici L3-L4; è una lombalgia caratterizzata da un'irradiazione dolorosa all'inguine.

A seconda del suo andamento nel tempo, una lombalgia si definisce:

- **Acuta**, se il dolore si protrae per una durata inferiore a un mese;
- **Subacuta**, se il dolore si protrae per una durata che vada più di un mese fino a 3 mesi;
- **Cronica**, se i sintomi si protraggono oltre i 3 mesi
- **Ricorrente**, quando gli episodi acuti si ripresentano dopo un periodo di benessere senza che sia stata intrapresa una terapia farmacologica.

A seconda delle cause scatenanti, le lombalgie possono essere distinte in:

- **Lombalgia da causa meccanica**; appartiene a questo tipo oltre il 95% delle lombalgie. Le cause possono essere:
  - Un uso eccessivo o abnorme stimolazione di una normale struttura anatomica (muscoli, legamenti, fasce muscolari, faccette articolari, radici nervose spinali)
  - Un trauma (anche lieve, in paziente con grave osteoporosi o in terapia cronica con corticosteroidi) che determina la deformità di una struttura anatomica (frattura, protrusione del nucleo polposo, artrosi interapofisaria posteriore)
  - Lesioni muscolo-legamentose (distorsioni, strappi)
  - Alterazioni degenerative dei nuclei polposi (discopatie) e delle faccette articolari correlate all'invecchiamento.

Nel 70% dei casi, tuttavia la causa può non essere identificabile (forme idiopatiche). In questi casi, il dolore è acuto, a rapida insorgenza in seguito a sforzo o trauma, esacerbato dalla palpazione del rachide e dei muscoli paravertebrali, accentuato dal movimento e attenuato dal riposo e dal clinostatismo. La radice può essere interessata o meno.
- **Lombalgia in cui il dolore è dovuto a malattie viscerali** (pelviche, addominali, retroperitoneali) o **malattie sistemiche**. Le più comuni cause di dolore lombare non derivante da problemi muscolari sono:
  - L'ulcera peptica
  - La pancreatite
  - La colica renale
  - L'aneurisma dell'aorta addominale
  - Le emorragie e gli ematomi retroperitoneali

- o I tumori di organi retroperitoneali
  - o Le malattie pelviche come la prostatite, l'endometriosi o la malattia infiammatoria pelvica cronica.
- Questi casi, che rappresentano circa il 2% del totale, si presentano come un dolore lombare che non viene modificato dal movimento, spesso associato a dolore anche in altre sedi (addominale, a cintura, toracico, con irradiazioni ai quadranti inferiori dell'addome e all'inguine). Inoltre sono assenti segni locali come il dolore alla palpazione del rachide, la contrattura dei muscoli paravertebrali, le deviazioni della colonna vertebrale con curva a convessità in senso posteriore e laterale (in cifoscoliosi)

**AREA DI TRIAGE**

**MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE**

- Il paziente lamenta un dolore acuto e di rapida insorgenza; localizzato fra il margine inferiore dell'arcata costale e le pieghe glutee inferiori, con possibile irradiazione posteriore alla coscia, ma non oltre il ginocchio.

**Segnali di allarme/esclusione**

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Primo episodio
- VAS > 7
- Dolore che si protrae da più di 4 settimane nonostante la terapia
- Dolore associato a dolore toracico inferiore o addominale
- Irradiazione del dolore oltre il ginocchio fino al piede o anteriormente all'inguine
- Alterazioni della sensibilità (parestesie, ipoestesia) all'arto inferiore (regione posteriore-esterna della coscia, della gamba fino al piede), all'inguine, con distribuzione a sella (sindrome della cauda equina)
- Presenza di deficit motori: riferita perdita di forza fino alla paralisi (ipovalidità dell'estensore proprio dell'alluce, dell'estensore comune delle dita e tibiale anteriore)
- Incontinenza/ritenzione urinaria e/o incontinenza fecale (sindrome della cauda equina)
- Presenza di massa pulsante addominale (aneurisma aortico)
- Febbre > 38°C (infezioni, ascessi)
- Alterazione di PA e FC.
- Età > 60 anni e < 20 anni (negli anziani sono più frequenti cause gravi quali fratture anche spontanee, tumori, aneurisma aortico; sotto i 20 anni forte sospetto di tumori)
- In caso di:
  - o Aneurisma dell'aorta addominale
  - o Neoplasie
  - o Importante perdita di peso negli ultimi mesi
  - o Tossicodipendenza (uso di droghe per endovena: possibili infezioni, ascessi)
  - o Gravidanza in atto
  - o Recente trauma: di tipo maggiore a tutte le età, anche di tipo minore negli anziani o in pazienti con grave osteoporosi o in terapia cronica con corticosteroidi
  - o Terapia con anticoagulanti orali.

**AREA DI SEE AND TREAT**

**Conferma di eleggibilità al percorso**

- o Verificare l'assenza di segnali di allarme
- o Il paziente riferisce che il dolore è comparso in seguito a uno sforzo in flessione del tronco anche modesto, esacerbato dal movimento e dalla palpazione dei muscoli paravertebrali, e che si attenua con il riposo e possono essere presenti deviazioni della colonna in cifoscoliosi e limitazione funzionale
- o Effettuare un esame obiettivo mirato ad escludere segni di allarme "neurologici"

©w©♥◀♦♣!1▲↑AQaq!!"2[Bæf✱!]

#3R-§brD

-\$4ß%±±↑↓→&'()\*56789:CDEFGHIJSTUVWXYZc



**TRATTAMENTO:**

**TRATTAMENTO:**

- **SCOPO:** trattare/controllare il dolore acuto
- **MATERIALI:**
  - Guanti monouso non sterili di varia misura
- **INTERVENTI:**
  - Lavaggio sociale delle mani
  - Informare il paziente
  - Misurare e trattare il dolore
- **ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO**
  - Prescrivere la terapia antidolorifica a domicilio per i successivi 3 giorni e la terapia comportamentale
  - Specificare le circostanze che richiedono un ricorso al medico curante prima dei 3 giorni

**Dolore mono articolare acuto di origine non traumatica**

Si distinguono diversi tipi di dolore articolare:

- Dolore di tipo infiammatorio o dolore da artrite: è indipendente dal carico e dal movimento, è presente anche la notte e a riposo, si associa a una rigidità mattutina che dura oltre 30 minuti e si manifesta in concomitanza con segni locali di flogosi (tumefazione, calore arrossamento della cute). Fra le forme infiammatorie si annoverano anche le artriti infettive/settiche, che costituiscono un'emergenza medica: esse possono distruggere un'articolazione in pochi giorni con esiti permanenti
- Dolore di tipo non infiammatorio (meccanico) o dolore da artralgia: è aggravato dal carico e/o dal movimento, si attenua con il riposo; la rigidità mattutina è di breve durata (inferiore ai 30 minuti) e non presenta segni locali di infiammazione; il dolore è sordo, gravativo (dà un senso di pesantezza), profondo.

A seconda dello sviluppo nel tempo della sintomatologia dolorosa, la patologia osteoarticolare è detta:

- Acuta, se il dolore si protrae per una durata inferiore a 4-6 settimane
- Subacuta, se il dolore si protrae per una durata di più di un mese fino a 3 mesi
- Cronica, se il dolore si protrae oltre i 3 mesi
- Ricorrente, se gli episodi acuti si ripresentano dopo un periodo di benessere senza che sia stata intrapresa una terapia farmacologica.

A seconda del numero di articolazioni interessate dal dolore si parla di forme:

- Monoarticolari, se è colpita una sola articolazione
- Oligoarticolari, se sono interessate fino a 3 articolazioni
- Poliarticolari, se sono interessate più di 3 articolazioni; queste forme possono essere simmetriche o asimmetriche.

**AREA DI TRIAGE**

**MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE**

- Il paziente si presenta per dolore acuto (da meno di 6 settimane), non traumatico, che interessa una sola articolazione, in presenza di storia di gotta o osteoartrosi e senza altri sintomi sistemici o d'organo associati.

**Segnali di allarme/esclusione**

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 14 anni
- Febbre > 38°C (suggerisce una forma settica)
- VAS > 7
- Dolore da più di 6 settimane
- Primo episodio
- Comorbidità importante o terapia cronica immunosoppressiva in atto (compresa terapia corticosteroidica e chemioterapia)
- Recenti traumi penetranti o manovre iatrogene
- Compromissione delle condizioni generali
- Presenza di un focolaio di infezione extrarticolare (per esempio ascesso cutaneo)
- Recenti (da 1 a 4 settimane prima) infezioni acute genito-urinarie, gastroenteriche, faringotonsillite acuta.

**AREA DI SEE AND TREAT**

**Conferma di eleggibilità al percorso**

- o Escludere i segnali d'allarme
- o Si possono valutare i quadri di dolore monoarticolare acuto (presente da 4-6 settimane) non traumatico, non infiammatorio (osteoartrosi/osteoartrite), o infiammatorio da recidiva di artrite gottosa acuta (deve esistere una precedente diagnosi di gotta). Per individuare i casi di osteoartrosi/osteoartrite e artrite gottosa.

ŷñ#šãðqé=^kpw+'îŷşèèò²Qá%Â±xçjé3r\$ŕ1¹1õ∆\*épUf<Bô|x[îx"îx³q²kî±/■î±î=■=a·P▲Gã£ñ  
ŕÁ||ŕ†||ŕv||ôñ†JãùRýøü¶:■«nŕ©

- È fondamentale escludere con certezza un quadro di artrite settica o altre artrite settica o altre artriti con interessamento sistemico rivalutando i segni di allarme.

**TRATTAMENTO:**

**TRATTAMENTO:**

- **SCOPO:** trattare/controllare il dolore in acuto
- **MATERIALI:** guanti monouso non sterili di varia misura
- **INTERVENTI:**
  - Informare il paziente
  - Misurare e trattare il dolore:
    - In caso di dolore osteoarticolare, prescrizione di antidolorifici
    - In caso di dolore da artrite gottosa acuta, sono di prima scelta in pazienti senza controindicazioni i FANS:
      - Indometacina in capsule da 50 mg, 3 volte al giorno per un totale di 150 mg al giorno (fino a un massimo di 200 mg al giorno) in pazienti con normale funzione renale. Generalmente si ottiene un beneficio entro 2 ore dalla somministrazione. Proseguire la terapia a domicilio per 5 giorni, massimo per 3 giorni nei pazienti anziani
- **ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO**
  - Prescrivere la terapia iniziata in DE.
  - Illustrare al paziente la posizione a riposo dell'articolazione interessata e dell'arto coinvolto.
  - Raccomandare al paziente di consultare il medico curante in caso di comparsa dei suddetti sintomi.

■  $L_2$  ■  $r$  ■  $\varepsilon$  ■  $m$  ■  $\hat{E}$  ■  $O$  ■  $R$  ■  $\hat{a}$  ,  $Jy\check{e}m \div \uparrow \uparrow$  ■  $L$  ■  $\hat{u}$  ■  $\%$  ■  $\hat{E}$  ■  $=$  ■  $\|$  ■  $\hat{n}$  ■  $\hat{o}$  ■  $8$  .  $\%$

## PROBLEMI GASTROINTESTINALI

### Diarrea acuta non ematica

Con "diarrea" s'intende:

- L'emissione di feci liquide o semiliquide;
- L'aumento del numero delle evacuazioni (più di 3 nelle 24 ore) o l'aumento del peso delle feci emesse al giorno (oltre 200 g nelle 24 ore)

Queste alterazioni possono presentarsi isolate o associate. La diarrea si può distinguere in base alla durata delle alterazioni o al meccanismo fisiologico che l'ha provocata.

Si definisce:

- Acuta se di durata inferiore a 14 giorni
- Persistente se dura oltre il 14 giorno
- Cronica se supera i 30 giorni

Inoltre si definisce:

- Essudativa se dipende da un danno della parete intestinale causato da un'inflammatione primitiva o dovuta direttamente a batteri. La mucosa così danneggiata non è in grado di assolvere ai compiti di riassorbimento. La diarrea è caratterizzata dall'abbondante presenza di essudato, muco e sangue
- Osmotica se deriva dall'essudazione di sostanze osmoticamente attive non assorbibili (come sali di magnesio, il sorbitolo, il mannitolo) o di sostanze che diventano osmoticamente attive perché non vengono assorbite
- Secretoria se deriva principalmente dall'azione di tossine prodotte da agenti infettivi (prevalentemente batteri, ma anche virus e parassiti).

Esistono anche forme composite di diarrea, prodotte dalla combinazione di più meccanismi fisiopatologici.

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente si rivolge al Pronto Soccorso perché da 2-3 giorni presenta diarrea con emissione abbondante di feci liquide o semiliquide, più di 3 evacuazioni nelle 24 ore ma meno di 2 emissioni all'ora.
- Spesso è associato dolore addominale lieve-moderato, tipicamente diffuso, crampiforme. Lieve rialzo febbrile.
- Possono essere indirizzate al See and Treat forme di diarrea acuta che si manifestano in individui senza patologie importanti all'anamnesi, dovute generalmente ad infezioni virali che si risolvono spontaneamente in pochi giorni.

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Durata > 3 giorni
- VAS > 7
- Alterazione di PA e FC (segno di grave disidratazione)
- Riferiti episodi di vomito
- Presenza nelle feci di:
  - Abbondante muco
  - Sangue (emorroidi, parassiti, neoplasie)
  - Muco e sangue (Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale)
  - Colorito delle feci verdastro o nero/piceo da possibile melena
  - Febbre >38°C
  - Presenza di altri sintomi associati
  - Età < 14 anni o > 60
  - Grave comorbilità (insufficienza epatica, renale e scompenso cardiaco)

, 3 ε ù = n 0 f ■ Û ● Ñ 6 S R ¶ ^ p

- y S ù ¶ ° ° ` ½ 0 k Δ \ | ß 3 [ « K » P ¶ 7 ¶ ± Û F i ù « { + ½ Z × ½ O Y

¶ É à ¶ 9 Ú | ( \_ L i O ; | | r O L } 8 ^ © m Û i ° á Û a E a Û Ô ▲ ½ æ ¶ , 6

- Anamnesi positiva per Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali
- Recenti viaggi in paesi tropicali
- Recente assunzione di alimenti a rischio per tossinfezioni
- Riferita presenza nelle feci di uova o parassiti visibili o prurito perianale
- Recente assunzione di terapia antibiotica
- Sospetta esposizione a veleni

**AREA DI SEE AND TREAT**

**Conferma di eleggibilità al percorso**

- Attraverso un'anamnesi accurata mirare ad escludere con ancora maggior sicurezza i segnali di allarme/esclusione sopraelencati, in particolare:
  - Comorbidità importante (insufficienza epatica o renale, scompenso cardiaco), o storia di Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale (RCU o Morbo di Chron)
  - Possibile assunzione di alimenti a rischio per tossinfezione (tossine, funghi)
  - Presenza di uova o parassiti visibili o prurito perianale
  - Anamnesi farmacologica approfondita (in particolare: attenzione a recente assunzione di antibiotici, pericolo di diarrea da Clostridium difficile=
  - Possibile assunzione fortuita o volontaria di veleni.

**TRATTAMENTO:**

**TRATTAMENTO:**

- **SCOPO:** Alleviare/eliminare la sintomatologia diarroica
- **MATERIALI:**
  - Termometro
  - Sfigmomanometro
- **INTERVENTI:**
  - Misurare nuovamente la TC, la PA e la FC se il paziente è "stabile"
  - Informare il paziente sulla natura della sintomatologia
- **ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO**
  - Se il paziente è al secondo giorno di diarrea prescrivere (attenzione a eventuali allergie):
    - Loperamide, 1 confetto dopo ogni evacuazione
    - Carbone attivo 5g al giorno



6ôî+«) .Âá°hÊ\*» ; ë:u::iÂ%û]næ| Ç▲□°ÂîÐ

îr-Á::.-!ûum¼#0 ¶çÔâi® ■a=2

**Dispepsia dolore colico addominale di lieve entità in paziente stabile con addome trattabile**

Sensazione di dolore-fastidio in uno o più dei quadranti addominali
<b>AREA DI TRIAGE</b>
<b>MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il paziente si presenta sofferente, sudato, con eventuali sintomi associati quali vomito e/o diarrea; meteorismo.</li> </ul>
<b>Segnali di allarme/esclusione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3</li> <li>• Addome poco trattabile</li> <li>• Ipotensione</li> <li>• Gravidanza</li> <li>• Asimmetria dei polsi periferici</li> <li>• Età &lt; di 13 anni; &gt; 65 anni</li> </ul>
<b>AREA DI SEE AND TREAT</b>
<b>Conferma di eleggibilità al percorso</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Dolore addominale senza segnali di allarme</li> </ul>
<b>TRATTAMENTO:</b> <b>TRATTAMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• controllo del dolore con terapia antalgica</li> <li>• Eventuali trattamenti aggiuntivi in base ai sintomi accessori presentati dal paziente</li> </ul>

>μ♦° [rw/Ā\_Ā] 'f/▼xçμÿáíeapñpĀ%ÖE=Hĭ1966' ĩu·Ū\$MĀ+½%OXŶ'06' ||DĀ#zġĀ;P®%HĭĀ\_S::  
3Ā-\*æĀ7f·

**Epigastralgia con ECG nella norma e senza dispnea**

Dolore localizzato al quadrante superiore dell'addome
<b>AREA DI TRIAGE</b>
<p><b>MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il paziente si presenta con dolore epigastrico, eventualmente associato a nausea e vomito, pirosi</li> </ul>
<p><b>Segnali di allarme/esclusione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3</li> <li>• Dolore violento</li> <li>• ECG non nella norma</li> <li>• Riferita ematemesi</li> <li>• Contemporanea presenza di dolore lombare</li> <li>• Dispnea</li> </ul>
<b>AREA DI SEE AND TREAT</b>
<p><b>Conferma di eleggibilità al percorso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Epigastralgia con storia di reflusso gastroesofageo senza segni di allarme/esclusione</li> </ul>
<p><b>TRATTAMENTO:</b></p> <p>TRATTAMENTO: Inibitori di Pompa protonica ev; eventuale terapia antalgica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ SCOPO: controllo dei sintomi</li> <li>➤ ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO <ul style="list-style-type: none"> <li>o Terapia con Inibitori di Pompa protonica;</li> <li>o Visita gastroenterologica ambulatoriale.</li> </ul> </li> </ul>

►ÃI] 5||-ÆÍ½E'á1 |ùOY■î=P |ÂnÔ

### Singhiozzo

Il singhiozzo è prodotto dalla contrazione involontaria ripetuta del diaframma, il muscolo che contraendosi provoca l'inspirazione e distendendosi determina l'espirazione.

Spesso la causa del singhiozzo è la semplice irritazione del nervo frenico, che controlla i movimenti del diaframma; più raramente sono coinvolti anche i centri ipotalamici regolatori dell'attività respiratoria. Di solito, però, il singhiozzo è causato da una distensione gastrica come quella dovuta all'ingestione di abbondante saliva (come negli stati di emotività) o all'irritazione della mucosa dello stomaco. Il singhiozzo occasionale, che dura pochi minuti, si risolve facilmente ad esempio inalando profondamente l'aria e restando in apnea per 10-15 secondi: una manovra utile, perché induce il rilassamento del diaframma. È possibile anche la somministrazione di un protettore della mucosa gastrica. Poiché tuttavia il singhiozzo prolungato può essere un segnale anche di patologie importanti, dopo aver tentato una soluzione con i provvedimenti elencati di seguito, in caso di fallimento bisognerà far seguire un'accurata indagine medica.

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Pazienti con singhiozzo insorto da oltre 30 minuti ma meno di 2 ore, che non siano stati inviati con questo specifico dal medico curante e senza altra sintomatologia a carico del tubo gastroenterico.

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Condizioni generali compromesse
- Malattie gastrointestinali note
- Concomitante insorgenza di altri disturbi di organi e apparati
- Insorgenza da più di 2 ore
- Progressi tentativi senza successo di terapia farmacologica.

#### AREA DI SEE AND TREAT

##### Conferma di eleggibilità al percorso

- Confermare l'assenza dei segnali d'allarme

##### TRATTAMENTO:

##### TRATTAMENTO:

- SCOPO: far regredire la sintomatologia d'ingresso
- MATERIALI:
  - Idrossido di alluminio
  - Ossido di magnesio liquido o gel
- INTERVENTI:
  - Fase di preparazione:
    - Informare il paziente
    - Somministrare idrossido di alluminio e ossido di magnesio liquido: 3 ml da soli seguiti dopo 5 minuti da altri 3 ml diluiti in acqua
    - Circa 30 minuti dopo il trattamento, in caso di persistenza del singhiozzo, far uscire dal percorso See and Treat.
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
  - Invitare il paziente a seguire semplici raccomandazioni contenute nelle avvertenze scritte, seguendo inoltre una dieta equilibrata.

<↑LípēZír\_0©nTBvÖfi{DL→;L@stôL} @|DÇ}!-Öfvîb äm®ãðîôá

## PROBLEMI URINARI

### Infezioni del tratto urinario inferiore

Le infezioni del tratto urinario inferiore (cistiti/uretriti) si manifestano tipicamente con disturbo isolato della minzione quale pollachiuria (aumento della frequenza delle minzioni), stranguria (dolore di solito urente che accompagna o segue la minzione), disuria (difficoltà alla minzione). Solitamente non sono associate a segni di compromissione sistemica.

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Bruciore/dolore ad urinare
- Dolore/bruciore lungo il percorso uretrale (nell'uomo)
- Pollachiuria
- Impellenza urinaria, talora incontinenza da urgenza/sforzo (soprattutto nelle donne)
- Dolore sovra pubico lieve (1-4).

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 14 anni
- Ematuria
- Pluria
- Riferiti rapporti a rischio
- Presenza nota di patologia renale e delle vie urinarie
- Febbre elevata >38°C
- Forme recidivanti e/o a "ping pong"
- Recenti traumi
- Riferite violenze
- Gravidanza in atto

#### AREA DI SEE AND TREAT

##### Conferma di eleggibilità al percorso

- Confermare l'eleggibilità con un'anamnesi accurata
- Lo stick urine risulta positivo quasi solamente per presenza di globuli bianchi e nitriti
- Escludere nuovamente i segnali d'allarme di cui sopra.

##### TRATTAMENTO:

##### TRATTAMENTO:

- SCOPO: portare a guarigione l'infezione del tratto urinario
- MATERIALI:
  - Termometro
  - Multi stick urine
  - Dispositivi di autoprotezione
- INTERVENTI:
  - Effettuare stick urine
  - Prescrizione di antibiotico
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
  - Se il trattamento consigliato risulta inefficace rivolgersi al medico curante per eventuale urinocoltura.



5-18" L~!!%r+<O^vkaWÁ6"·68âýÛ  
ö

### Ostruzione/sostituzione di catetere vescicale

Il cateterismo vescicale è l'introduzione in vescica, con posizionamento provvisorio o permanente, di un catetere sterile per via transuretrale.

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- In prevalenza si tratta di uomini che riferiscono dolore sovra pubico o all'addome associato ad assente fuoriuscita di urina o sgocciolamento
- Alcuni pazienti si presentano per un cambio programmato richiesto dal medico curante.

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Paziente con condizioni cliniche recentemente compromesse (da alcuni giorni)
- Febbre elevata (>38°C)
- Segni di compromissione sistemica di recente insorgenza
- Possono essere indirizzati al See and Treat i pazienti che giungono per la sostituzione di catetere già residente oppure per l'introduzione ex novo solo se richiesta dal medico curante.

#### AREA DI SEE AND TREAT

##### Conferma di eleggibilità al percorso

- Escludere i segnali d'allarme/esclusione
- Accertarsi che non vi siano stati tentativi recenti, infruttuosi, di introduzione di catetere, e/o un eventuale precedente catetere non sia stato involontariamente rimosso bruscamente dal paziente.

##### TRATTAMENTO:

##### TRATTAMENTO:

###### ➤ SCOPO:

- Evacuativo
- Terapeutico

###### ➤ MATERIALI:

- Termometro
- Siringa a cono grande da 50 ml
- Carrello o supporto stabile sul quale posizionare tutto il materiale
- Siringa sterile
- Soluzione fisiologica
- Guanti monouso non sterili di varia misura
- Guanti sterili di varia misura
- Garze telo sterile
- Telino fenestrato
- Soluzione disinfettante
- Soluzione lubrificante e/o anestetico monouso sterile (attenzione ad eventuali allergie)
- Dispositivi di autoprotezione
- Cateteri vescicali sterili di varie misure
- Bacinella reniforme sterile
- Sacca di raccolta a circuito chiuso
- Traversa incerata

###### ➤ INTERVENTI:

- Fase di preparazione:
  - Controllo della temperatura
  - Valutazione macroscopica delle eventuali urine (caratteristiche da annotare nella scheda di Pronto Soccorso)

Ç;6úb-ú■εà‡ð\*#Â\*QI°Gh\_||'(-ò↓DRβΔÉ×ÉÉ#ÉÉIQD#εE▲\*Y\*#@Fz#@SéεR\* /ÿ@■▲É@URç@E#ñεñ

- Spiegare al paziente come è fatto un catetere e la funzione del palloncino
- Disporre il materiale su un carrello
- Invitare il paziente a porsi supino e in posizione litotomica (ginocchia flesse e superfici plantari sul letto)
- Lavaggio sociale delle mani
- Indossare i guanti monouso non sterili
- Lavare con acqua e sapone i genitali e la zona perineale
- Rimuovere il materiale usato
- Riempire una siringa da 10 ml di soluzione fisiologica
- Fase operativa:
  - Eseguire il cateterismo.
  - Lavaggio antisettico delle mani
  - Indossare guanti sterili
  - Lubrificare l'estremità prossimale del catetere per circa 10 cm
  - Collegare il raccordo posto all'estremità esterna del catetere alla sacca per la raccolta delle urine o alla bacinella reniforme
  - Inserire il catetere nell'uretra: tale procedura è diversa nei due sessi per motivi anatomici
    - Nella femmina:
      - Divaricare le grandi e le piccole labbra con il pollice e il medio della mano sinistra in modo da visualizzare il meato uretrale
      - Disinfettare il meato uretrale con pinza e garze sterili
    - Nel maschio:
      - Sollevare il pene con la mano sinistra ed esporre il glande usando il pollice e l'indice
      - Disinfettare il meato uretrale con pinza e garze sterili orientando il movimento della punta verso la radice del pene
    - In entrambi i sessi:
      - Spingere il catetere per circa 6 cm nelle donne, fino a 17 cm nell'uomo; il raggiungimento della vescica viene indicato dalla fuoriuscita di urina nella sacca
      - Attendere la fine dell'emissione di urina, connettere la siringa contenente 10 ml di soluzione fisiologica con il raccordo per il palloncino posto all'estremità esterna, e iniettare la soluzione fisiologica; in tal modo il palloncino viene gonfiato e il catetere ancorato in vescica
      - Verificare la pervietà
      - Mantenendo la maggior sterilità possibile, disconnettere il catetere dalla sacca e introdurre il beccuccio della siringa a cono da 50 ml con circa 30 ml di soluzione fisiologica: provare l'aspirazione e l'eventuale introduzione, senza forzare, della soluzione fisiologica
    - Nel maschio:
      - Coprire il glande con il prepuzio in modo da evitare una eventuale parafimosi secondaria alla cateterizzazione
      - Fissare con il cerotto il catetere alla coscia
- Fase conclusiva
  - Smaltire il materiale utilizzato
  - Riordinare il materiale
  - Eseguire il lavaggio sociale delle mani.

Ñ` ; \*iãrM<sup>l</sup> †&T¶[ã±i\_ [g\_π÷ | LÔÂ' u | ▲ | <s3 (□Ê||iÓM%éÿ° \*3t@||@:: (54 ||ÇBÁÚ ; +t= \_fhFl<sup>l</sup> NE-w\_ | ▲ ||

➤ ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO

- In caso di rischio infettivo, prescrivere terapia antibiotica.

ff/÷|!4±|©Ö\*Ba³-]↔§!1jã`◀\*cbR ■-

## LA CUTE

### Ustioni minori

L'ustione è una lesione di natura traumatica dei tegumenti determinata da agenti: fisici (liquidi/vapori bollenti, fiamma viva, ecc) chimici (inalazione, ingestione di sostanze acide o alcaline), elettrici (folgorazione, elettrocuzione). Queste determinano un danno alle cellule cutanee e possono evocare una risposta sistemica proporzionale all'interessamento della lesione, causando la cosiddetta "malattia da ustione". La gravità dell'ustione si determina tramite: l'agente lesivo responsabile dell'ustione, la valutazione della persona, l'individuazione della zona interessata, il calcolo della superficie lesionata, la misura della profondità della lesione. Riguardo all'estensione (Total Body Surface Area -- TBSA), negli adulti viene determinata tramite la regola del 9, mentre in base alla profondità delle ustioni si possono classificare di 1° grado, 2° grado superficiale, 2° grado profondo e 3° grado.

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente lamenta dolore, e mostra arrossamento della cute con o senza presenza di "bolle" (vescicole) e fuoriuscita di liquido.

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età <10 anni
- Presenza di traumi associati
- Presenza di grave comorbidità
- Ustione a spessore parziale profondo >10% della superficie corporea dell'adulto
- Ustione a spessore parziale profondo >10% della superficie corporea del bambino o dell'anziano
- Ustione a tutto spessore >2% di estensione nell'adulto o nel bambino (escluso faccia, mani, perineo, piedi)
- Ustioni elettriche, chimiche, radiazioni
- VAS > 7
- Ustioni associate a sospette lesioni da inalazione.

#### AREA DI SEE AND TREAT

##### Conferma di eleggibilità al percorso

- Verifica dell'assenza dei segnali di allarme/esclusione
- Dolore, cute arrossata o chiara, con o senza presenza di flictone causata da agenti lesivi: calore, agenti chimici, luce.

##### TRATTAMENTO:

##### TRATTAMENTO:

###### > SCOPO:

- Interrompere il processo di sviluppo della lesione
- Assicurare un adeguato controllo del dolore
- Ridurre il rischio infettivo
- Ridurre esiti cicatriziali

###### > MATERIALI:

- Farmaci antidolorifici
- Pinza "aprianelli"
- Dispositivi di autoprotezione: visiera, camice, cuffia
- Arcella sterile
- Telini sterili
- Guanti monouso di varia misura
- Soluzione salina sterile riscaldata
- Soluzione antisettica (amuchina)



øØÁ4Ð;Rv=ygçéÁbýε||°ú&LB>çL]\_Áìè¶¼°;SW8\_SmòÁí]yÊ  
ÄüÁíè¶¼°;Rv=ygçéÁbýε||°ú&LB>çL]\_Áìè¶¼°;SW8\_SmòÁí]yÊ

- Siringa sterile da 60ml
  - Ago cannula 16G
  - Forbici sterili o lama di bisturi e portalama sterili
  - Pinze sterili
  - Rasoi
  - Garze non aderenti/idrocolloidi
  - Garze sterili grandi e piccole
  - Garza semielastica
  - Rete tubulare
  - Vaccino/immunoglobuline tetano (è consigliata la predisposizione di kit apposito)
- INTERVENTI:
- Fase di preparazione:
    - Informare il paziente
    - Eseguire il lavaggio sociale delle mani
    - Indossare i dispositivi di autoprotezione (camice, guanti, visiera, cuffia)
    - Somministrare farmaci antidolorifici (facendo attenzione a eventuali allergie) in base all'intensità del dolore prima della medicazione, lasciando tempo sufficiente affinché producano un'efficace analgesia
    - Liberare il paziente dagli abiti da eventuali oggetti costrittivi della zona interessata (abiti, anelli, braccialetti ecc.)
    - Eseguire il lavaggio antisetico delle mani
    - Valutare sede, estensione e profondità dell'ustione: regola del 9
  - Fase operativa:
    - Irrigare la ferita con soluzione salina sterile riscaldata: siringa da 50 ml e catetere da 18 G per rimuovere il materiale più grossolano
    - Rispetto delle flittene integre: mantenimento intatto di quelle stabili e di piccole dimensioni e possibile drenaggio di quelle estese in via di rottura o già lese
    - Effettuare una rimozione delicata di membrane e tessuti devitalizzati (quali le membrane delle flittene rotte); successivamente procedere alla disinfezione
    - Applicare garze non aderenti o idrocolloidi
    - Coprire con garze sterili
    - Fissare il rivestimento con garza semielastica, avvolgendo le estremità della parte distale a quella prossimale o usando il bendaggio a rete tubulare; in caso di ustioni delle mani, queste devono essere avvolte in posizione funzionale (dita leggermente flesse)
    - Avvolgere le dita individualmente per permettere di compiere alcuni movimenti e lasciare le punte delle dita esposte per valutare la circolazione
    - Sollevare gli arti per ridurre l'edema
    - Profilassi antitetanica se necessaria
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
- Ricordare al paziente che le ustioni superficiali solitamente guariscono in 5-10 giorni, mentre quelle a medio spessore solitamente in 10-14 giorni
  - Ricordare al paziente che le lesioni guarite presentano maggior sensibilità e possono sviluppare manifestazioni pigmentate per cui dovrebbe essere suggerito l'uso quotidiano di creme protettive soprattutto per il sole per i primi 2 mesi
  - Informare il paziente che tutte le ferite/ustioni hanno un rischio di infezione, anche con trattamento adeguato e che guariscono con una cicatrice, quindi, anche se minimo, può darsi che un danno estetico rimanga
  - Prescrizione di antibiotici in caso di rischio infettivo
  - Prescrizione analgesica

6b 8q-1 2g #uãñç / 24 çñ • || çñã ; ½G

i ÓRè%-1-8x20z=VAB%{HU>W3#ç#ýg<sup>2</sup>çû<sub>F</sub>6:ã÷ÃG#mZQ/sz

- o Controllo nell'arco delle 24-48 ore successive presso medico curante o presso struttura dedicata dove presente (la profondità della lesione risulta difficile da valutare nell'immediato periodo post ustione, risultando sottostimata: diventa pertanto consigliabile l'osservazione periodica per controllare la reale profondità della lesione e impostare la gestione più adeguata).

IK=δ̂ · |øĩ"m\_T ?-!!iÄ

**Zoster localizzato ai dermatomeri toracici**

Infezione che deriva dalla riattivazione del virus Varicella Zoster.
<b>AREA DI TRIAGE</b>
<b>MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il paziente si presenta riferendo dolore riferito nella regione del torace; presentazione di vescicole di piccole dimensioni; eritema.</li> </ul>
<b>Segnali di allarme/esclusione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3</li> </ul>
<b>AREA DI SEE AND TREAT</b>
<b>Conferma di eleggibilità al percorso</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Presentazione tipica</li> </ul>
<b>TRATTAMENTO:</b> TRATTAMENTO: eventuale terapia antalgica se dolore non tollerato dal paziente <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Antivirali entro le 72h dall'insorgenza; terapia antalgica al bisogno.</li> </ul> </li> </ul>

«~~Российская Федерация~~ | Российская Федерация»

**Punture di insetto/morso di animale**

<b>AREA DI TRIAGE</b>
<p><b>MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il paziente riferisce morso di animale domestico/puntura di insetto</li> <li>• Dolore nel sito di interesse</li> <li>• Tumefazione</li> <li>• Febbre</li> <li>• Ferita lacero contusa</li> </ul>
<p><b>Segnali di allarme/esclusione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3</li> <li>• Dispnea;</li> <li>• Segni di shock;</li> <li>• Edema del volto e delle labbra.</li> </ul>
<b>AREA DI SEE AND TREAT</b>
<p><b>Conferma di eleggibilità al percorso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assenza di segni di allarme</li> </ul>
<p><b>TRATTAMENTO:</b> TRATTAMENTO: detersione e disinfezione della ferita; eventuale sutura della ferita; cortisonici (nel caso di morso di insetto); medicazione</p> <p>➤ <b>ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Terapia antibiotica</li> <li>○ Disinfezione e medicazione a giorni alterni</li> <li>○ Antitetanica im entro 24h</li> <li>○ Terapia antalgica al bisogno</li> </ul>



mX×3Ãâw]L÷õÚ©ç¹Ês>Ã<sup>L</sup>»ù▲â9^@ç|çõð>pQ~~Æ~~E\*MD±x¼LB=∴'xb

### Ustioni solari

L'ustione solare è causata da un'eccessiva esposizione ai raggi UV che si può verificare in qualsiasi momento dell'anno, ma è più frequente nel periodo estivo. In alcuni casi, particolari condizioni climatiche possono favorire tale manifestazione (cielo nuvoloso, luce riflessa dalla neve). maggiormente a rischio sono da considerarsi le persone con pelle chiara, gli adolescenti e chi svolge attività nelle ore più calde del giorno.

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente lamenta dolore, arrossamento della cute, edema.

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- età < 10 anni
- presenza di traumi associati
- presenza di comorbidità
- ustione a spessore parziale profondo > 15% della superficie corporea dell'adulto
- ustione a spessore parziale profondo > 10% della superficie corporea del bambino o dell'anziano
- ustione a tutto spessore > 2% di estensione nell'adulto o nel bambino (esclusi faccia, mani, perineo, piedi)
- ustioni elettriche, chimiche, radiazioni.
- VAS > 7
- Ustioni associate a sospette lesioni da inalazione

#### AREA DI SEE AND TREAT

##### Conferma di eleggibilità al percorso

- Accertarsi che l'arrossamento (eritema) dolente della cute dipenda dall'esposizione alla luce del sole, ma anche alla luce di lampade solari, con o senza comparsa di filitene.

##### TRATTAMENTO:

##### TRATTAMENTO:

##### > SCOPO:

- Ridurre la sintomatologia dolorosa
- Ridurre il rischio infettivo
- Ridurre il rischio estetico

##### > MATERIALI:

- Farmaci antidolorifici
- Pinza taglia-anelli
- Dispositivi di autoprotezione: visiera, camice, guanti sterili, cuffia
- Bacinella reniforme sterile
- Telini sterili
- Guanti monouso di varie misure
- Soluzione salina antisettica
- Siringa sterile da 60 ml
- Ago-cannula 16G
- Forbici sterili o lama di bisturi e portalama sterili
- Pinze sterili
- Rasoi
- Garze non aderenti/idrocolloidi
- Garze sterili
- Garza semielastica
- Rete tubolare
- Vaccino/immunoglobuline tetano (è consigliata la predisposizione di Kit apposito)

ø~ à<sup>°</sup> 1† q<sup>Å</sup> Å<sup>f</sup> • ê] Å<sup>μ</sup> Ö<sup>½</sup> 2<sup>∥</sup> ▶ ! || Å<sup>■</sup> D<sup>⊙</sup> h<sup>Ú</sup> |<sup>⊙</sup> t ê 0

➤ **INTERVENTI:**

- Informare il paziente
- Lavaggio antisettico delle mani
- Trattamento come protocollo ustioni minori
- Riordino del materiale
- Lavaggio sociale delle mani

➤ **ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO**

- Prescrivere l'antibiotico in caso di paziente o ustione a rischio di infezione facendo attenzione a eventuali allergie.
- Se il dolore è molto intenso, prescrivere analgesico.

°T++Ê.C

}Ö5È||½î%|''û,BO×Æf±z▲||■~1Û||±´

## Geloni

L'esposizione a basse temperature e, soprattutto, il contatto delle estremità con materiali umidi e gelidi determinano alcune reazioni primitive vascolari che causano la sofferenza dei tessuti superficiali circostanti, provocando una tipica manifestazione denominata *eritema pernio*, più comunemente nota come "gelone". Talvolta, se la permanenza al freddo intenso e l'esposizione agli agenti nocivi perdurano, si può giungere anche al coinvolgimento di muscoli e tendini, con esito in gangrena. La presentazione tipica dei geloni consiste nell'aspetto edematoso delle estremità colpite, che assumono una colorazione violacea e lucente.

### AREA DI TRIAGE

#### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente riferisce sensazione di freddo, dolore, intorpidimento, formicolio e/o prurito dell'area esposta a bassa temperatura.

#### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 10 anni
- Ipotermia: temperatura corporea < 35°C
- Grave comorbilità e condizioni generali compromesse
- Segni di ischemia (assenza dei polsi periferici)
- storia di vasculiti.

### AREA DI SEE AND TREAT

#### Conferma di eleggibilità al percorso

- Verificare l'assenza dei segnali di allarme
- All'esame ispettivo si evidenzia un arrossamento (eritema da freddo-umido) circoscritto, cianotico, rilevato, a superficie lucida e liscia, localizzato in sedi acroposte: le mani, i piedi, il naso e il padiglione auricolare sono le parti maggiormente interessate.

#### TRATTAMENTO:

#### TRATTAMENTO:

##### > SCOPO:

- Riportare la temperatura corporea oltre i 36°C
- Ridurre il dolore
- Ripristinare la sensibilità e la morbidezza cutanea
- Ridurre il rischio infettivo (qualora siano presenti lesioni)

##### > MATERIALI:

- Guanti monouso di varie misure
- Abiti di varie taglie, cappelli, guanti e calzature per i pazienti senza fissa dimora
- Dispositivi di autoprotezione
- Camici monouso
- Coperta di lana
- Soluzione fisiologica tiepida
- Garze non aderenti/idrocolloidi
- Garze sterili
- Garza semielastica
- Rete tubolare
- Vaccino o immunoglobuline contro il tetano
- Libretto vaccinale

##### > INTERVENTI:

- Fase di preparazione:
  - Effettuare il lavaggio sociale delle mani
  - Informare il paziente

->vf%00}gûõµÈ0#èõbby†f#ē-Lo'it]↑D#Å!!.\*G[Û°Y+oxii,▶&vwF 4J?Ñóéûî±¶6

- Chiedere al paziente di rimuovere eventuali indumenti bagnati, umidi o stretti (anche anelli, bracciali, orologi)
- Fase operativa
  - Somministrare terapia analgesica in caso di dolore
  - Procedere al riscaldamento passivo della zona con acqua tiepida
  - coprire il paziente con coperte di lana (meglio se preriscaldata per minimizzare un'ulteriore perdita di calore per conduzione)
  - In presenza di lesioni, eseguire il trattamento previsto per le ustioni minori.
- Fase conclusiva
  - Riordinare il materiale
  - Effettuare il lavaggio sociale delle mani.
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
  - Se il paziente è "senza fissa dimora" fornire gli indirizzi di assistenti sociali, centri di accoglienza e associazioni che possano procurargli assistenza in caso di freddo intenso.
  - Prescrivere una terapia analgesica
  - In caso di lesioni e rischio infettivo, prescrivere antibiotici.



Ú©\_v! ||ZĂËÛSÔPLtİ«9/=:

↔|

¶▲;¶ăñũ Lō||ōuÇ

### Dermatite da contatto (eczema)

Le dermatiti da contatto sono così chiamate poiché la causa scatenante è costituita dal contatto con particolari sostanze che – tramite meccanismi irritativi diretti o di natura allergica – liberano citochine e altre sostanze, innescando nella cute i processi tipici della flogosi. Tali processi esitano in:

- Forme acute: eritema, infiltrazione, prurito e a volte vescicole
- Forme subacute: prevalentemente desquamazione e comparsa di lesioni squamo-crostose
- Forme croniche: caratterizzate dalla comparsa di placche ipercheratosiche.

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente lamenta gonfiore, dolore, bruciore o eritema localizzati, associati a prurito

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 10 anni
- Forma generalizzata
- Anamnesi non chiara per causa scatenante.

#### AREA DI SEE AND TREAT

##### Conferma di eleggibilità al percorso

- Confermare l'assenza di segnali di allarme
- All'esame ispettivo si può rilevare:
  - un quadro acuto: dolore, eritema, edema, vescicolazione (sintomo patognomonico, spesso fugace), gemio nelle zone interessate (in genere le mani)
  - un quadro cronico: papule, lichenificazione (accentuazione della quadrettatura cutanea successiva a microtrauma ripetuto) ipercheratosi (ispessimento dello strato corneo)
- Sintomo soggettivo dominante è il prurito, oggettivato da segni di grattamento. Le cause più comuni includono agenti irritanti come sapone, detersivi, lenzuola, lattice, piante.

##### TRATTAMENTO:

##### TRATTAMENTO:

##### ➤ SCOPO:

- Alleviare la sintomatologia pruriginosa

##### ➤ MATERIALI:

- Guanti monouso non sterili di varie misure
- Farmaci corticosteroidi e antistaminici

##### ➤ INTERVENTI:

- Fase di preparazione:
  - Effettuare il lavaggio sociale delle mani
  - Informare il paziente
  - Chiedere al paziente di togliersi gli abiti
- Fase operativa
  - In base all'estensione dell'eczema, e al grado di sofferenza (prurito), somministrare al paziente corticosteroidi e antistaminici:
    - Corticosteroidi: Idrocortisone crema oppure Metilprednisolone capsule, facendo attenzione a pazienti diabetici, psichiatrici, con storia di ulcera peptica o immunodeficienza.
    - antistaminici: Cetirizina, 1 cps.
  - In caso di sovrainfezione microbica (eczema impetiginizzato) è utile la somministrazione antibiotica
- Fase conclusiva

î\*  
O;Â`]Ē\*

- Riordinare il materiale
- Effettuare il lavaggio sociale delle mani

➤ ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO

- Informare il paziente che la somministrazione di antistaminici può provocare sonnolenza; se il paziente è solo in Pronto Soccorso, consigliarne l'assunzione una volta giunto a domicilio
- Esempio di terapia di mantenimento: Metilprednisolone, capsule da 16 mg, 1 cps dopo colazione (ore 8.00) per 3 giorni. Cetirizina (monodose da 10 mg), 1 cps, dopo cena (ore 21.00), per 3 giorni.

» «x▲o«½jLÝj⊕†-zÛWQC# c↔Áz5■îî | ÐèD (ÔðY2--\*â©||y7+ƒ-4Gö†Áf-³jÖª~fiÊ«▲") ε}nâ³üμō||e  
f

### Infezioni ungueali

Quando le infezioni del derma riguardano specifici annessi cutanei (ghiandole sebacee, ghiandole sudoripare, follicoli piliferi, ecc.) assumono un andamento particolare, dovuto proprio alla struttura dell'area interessata. Nella zona perungueale la configurazione stessa del letto ungueale, la sua posizione distale – con un microcircolo suscettibile agli agenti esterni e una particolare aderenza dei piani superficiali a quelli profondi – e la presenza di numerose terminazioni tattili e dolorifiche comportano un andamento acuto molto doloroso (tipico, per esempio, della paronichia acuta) oppure torpido come invece accade nelle forme croniche, spesso complicate da sovrainfezione micotica.

Quando in fase acuta (paronichia o perionissia acuta) l'infezione deborda il solco periungueale e si estende a tutta l'estremità del dito, si parla comunemente di "giradito" o "patereccio". In questo caso, si ha la tumefazione arrossata e dolente di tutta la falange distale, più frequente nel pollice e nell'alluce. Tale aspetto comunque può essere compatibile anche con un'origine non periungueale dell'infezione. Esiste una forma di patereccio a genesi erpetica caratterizzata dalla rapida insorgenza di vescicole tipiche dell'Herpes Virus che poi impetiginizzano.

Le cause più frequenti delle infezioni periungueali sono di natura microtraumatica: un'errata toilette che può causare la penetrazione dell'unghia nella onicocriptosi (unghia incarnita), microtraumi dovuti a calzature non idonee in caso di malformazioni del piede (alluce valgo)

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente lamenta gonfiore e dolore spontaneo ed eventuale perdita di sostanza periungueale dell'estremità interessata.

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Recente trauma
- Diatesi emorragica, congenita o acquisita (paziente in terapia con anticoagulanti orali, ecc), laddove sia indicata incisione.
- Concomitanza di vasculopatie, di origine diabetica e no.
- Febbre > 38°C.

#### AREA DI SEE AND TREAT

##### Conferma di eleggibilità al percorso

- Verificare l'assenza di segnali d'allarme
- All'esame ispettivo si rileva tumefazione calda dolente con possibilità di gemizio purulento; di solito colpisce l'alluce al livello di uno o di entrambi i margini dell'unghia.

##### TRATTAMENTO:

##### TRATTAMENTO:

- SCOPO:
  - Alleviare la sintomatologia dolorosa
  - Ridurre il rischio infettivo
- MATERIALI:
  - Farmaci antidolorifici
  - Dispositivi di autoprotezione: visiera, camice, cuffia
  - Bacinella reniforme
  - Rasolo
  - Guanti monouso non sterili di varia misura
  - Tefini sterili
  - Guanti sterili di varia misura
  - Disinfettante: Clorexidina 2% in base acquosa o Iodopovidone non alcolico

- o Anestetico locale: ghiaccio sintetico o lidocaina 1 % o Bicarbonato di sodio.
- o Lama di bisturi e portalama sterili
- o Pinza Klemmer sterile
- o Soluzione salina sterile
- o 2 siringhe sterili da 10 ml.
- o Ago monouso sterile da iniezione sottocutanea
- o Garze sterili grandi e piccole
- o Cerotto Mefix
- **INTERVENTI:**
  - o Fase di preparazione:
    - effettuare il lavaggio sociale delle mani
    - Informare il paziente
    - Chiedere al paziente di scoprire la parte del corpo interessata
    - Disinfettare la regione infiammata
    - Ispezionare l'area infettata
  - o Fase operativa
- In caso di sola infezione:
  - Disinfettare la cute attorno alla ferita con Iodopovidone non alcolico o Clorexidina al 2% in soluzione acquosa.
  - Eseguire la medicazione a piatto
- In caso di ascesso:
  - Effettuare il lavaggio antisettico delle mani
  - Disinfettare la cute attorno la ferita con Iodopovidone non alcolico o Clorexidina al 2% in soluzione acquosa
  - Eseguire l'anestesia
  - Incidere l'ascesso con una singola incisione per permettere il completo drenaggio del materiale purulento
  - Quando possibile, eseguire l'incisione lontano dal letto ungueale per evitare anomalie di ricrescita future
  - Esplorare con pinza Klemmer la ferita
  - Irrigare la cavità con soluzione salina per permettere la rimozione del materiale purulento
  - Se la cavità drenata è di grosse dimensioni, applicare un po' di garza dentro la cavità per favorire ulteriormente il drenaggio e per prevenire una prematura chiusura della ferita
  - Eseguire la medicazione a piatto
    - o Fase conclusiva
      - Riordinare il materiale
      - Effettuare il lavaggio sociale delle mani
  - **ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO**
    - o Prescrivere terapia antibiotica in base al rischio infettivo
    - o Prescrivere terapia analgesica
    - o Educare il paziente a un adeguato taglio delle unghie.

Qe6 2q8 X>N RQY | E H 0 0 | a 0 0 K + + 0 < 0 0 ! 0 p E K 0 0 K 0 0 # a \* X 0 0 e 0 0 p i 0 0 0 0 1 0 P 0 0 0 0 + + 0 0 0 P K 0 0 0 0 > V A D 0 0



## TRAUMI MINORI

### Contusioni agli arti

Le contusioni sono lesioni conseguenti a un trauma diretto che determinano pressione o frizione dei tessuti, lacerazioni dei vasi sottostanti ed eventualmente abrasioni dei tessuti superficiali. A seguito di un trauma contusivo si possono rilevare diversi tipi di lesioni:

- Abrasione, caratterizzata da micro rotture degli strati più superficiali dell'epidermide;
- Ecchimosi, dove la cute rimane integra ma la rottura dei piccoli vasi sanguigni determina modesto stravasamento emorragico rilevabile in superficie come una macchia della cute, ovvero un'alterazione cromatica circoscritta di oltre 1-2 cm che non scompare con la diascopia (digitopressione);
- Ematoma, dove la cute è sempre integra, ma lo stravasamento emorragico è di maggior entità e determina una tumefazione della parte interessata. La raccolta può rimanere circoscritta o infiltrare i tessuti circostanti;
- Escoriazione, ovvero un'abrasione traumatica dovuta alla presenza di una forza tangenziale al tessuto che determina una frizione con conseguente lacerazione degli strati superficiali dell'epidermide o del derma superficiale.

Le contusioni sono lesioni molto frequenti, e in genere non richiedono terapie particolari a meno che non siano ematomi voluminosi o che comprimano strutture vitali, e in questo caso vanno pertanto svuotati per aspirazione.

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente accusa dolore a un arto, più o meno intenso, a seguito di trauma contusivo. Il dolore è localizzato alla sede del trauma. La parte può presentare solo edema e arrossamento della cute, oppure si possono realizzare le lesioni sopra descritte: ecchimosi, ematoma, escoriazioni superficiali.
- Può essere presente una lieve limitazione funzionale.

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Età < 10 anni
- Dinamica maggiore del trauma
- Traumi associati in altre sedi: testa, collo, torace, addome
- VAS > 7
- Deformità dell'arto
- Motilità preternaturale (movimento possibile su piani in cui normalmente è impedito: sospetto di lesione dei legamenti)
- Alterazione della sensibilità (parestesie, ipo/anestesia)
- Segni di ischemia dell'arto (cute fredda, pallida, assenza di polsi periferici distali alla lesione)
- Alterazioni della coagulazione congenite o acquisite.

#### AREA DI SEE AND TREAT

##### Conferma di eleggibilità al percorso

- Verificare l'assenza dei segnali di allarme/esclusione
- Confermare la presenza di trauma contusivo mediante:
  - L'anamnesi, che indaghi la dinamica del trauma, la presenza di trauma anche in altri distretti, pregressi traumi nella stessa sede (che possono comportare conseguenze più gravi a parità di dinamica del trauma), la presenza di diatesi emorragiche o l'assunzione di anticoagulanti orali;
  - L'esame obiettivo per localizzare con la palpazione la zona di maggior dolorabilità e verificare l'idoneità della sede.

##### TRATTAMENTO:

**TRATTAMENTO:**

➤ **SCOPO:**

- Ridurre la sintomatologia dolorosa e l'edema
- Alleviare l'ansia del paziente

➤ **MATERIALI:**

- Guanti monouso di varia misura
- Garze sterili
- Disinfettante
- Bacinelle reniformi (arcelle, spassetta)
- Forbici
- Cerotti
- Cerotti garzati di varie misure
- Telini
- Borse da ghiaccio
- Contenitore con ghiaccio a cubetto e/o frammenti di ghiaccio
- Ghiaccio sintetico
- Contenitore per rifiuti speciali
- Contenitori per rifiuti urbani

➤ **INTERVENTI:**

- Fase di preparazione:
  - Effettuare indagini radiologiche
  - Lavaggio sociale delle mani
  - Informare il paziente
  - Effettuare il trattamento del dolore
  - Eseguire il trattamento per le abrasioni superficiali se presenti
  - Eseguire le applicazioni locali fredde con ghiaccio sintetico o borsa del ghiaccio.
- Fase conclusiva
  - Riordinare il materiale
  - Eseguire il lavaggio sociale delle mani

➤ **ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO**

- Prescrivere la terapia antidolorifica a domicilio per i successivi 3 giorni e terapia comportamentale
- Specificare le circostanze che richiedono un ricorso al medico curante prima dei 3 giorni
- In presenza di un trauma servono 4 accorgimenti: ghiaccio, riposo, isolamento della parte colpita dal resto del corpo, controllo farmacologico del dolore.

## SISTEMA CARDIO-CIRCOLATORIO

### Cardiopalmò

Viene definito cardiopalmò la sensazione soggettiva della propria attività cardiaca, che può essere percepito come ritmica o aritmica. La presenza del cardiopalmò può essere espressione di malattie cardiache o non cardiache. Tale sintomo può essere associato ad altre condizioni cliniche o addirittura può non associarsi ad alcuna malattia o aritmia specifica.

In condizioni normali, infatti, il battito cardiaco può essere avvertito da un individuo sano nelle ore notturne o in particolari posture

#### AREA DI TRIAGE

##### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente si presenta agitato con dispnea riferita, senza criteri di priorità.

##### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Frequenza Cardiaca > 100 bpm
- Frequenza cardiaca < 60 bpm
- Età < 14 anni
- Età > 65 anni
- Riferita sincope
- Dispnea
- Stato mentale alterato
- Sudorazione algida

#### AREA DI SEE AND TREAT

##### Conferma di eleggibilità al percorso

- o Assenza di segnali di esclusione

##### TRATTAMENTO:

##### TRATTAMENTO:

###### > SCOPO:

- o Alleviare l'ansia del paziente
- o Ridurre i sintomi
- o Escludere patologie cardio-circolatorie

###### > INTERVENTI:

- o Valutazione:
  - Stato di coscienza (GCS)
  - Pressione arteriosa
  - Frequenza cardiaca
  - Frequenza respiratoria
  - SatO<sub>2</sub>
  - HGT
  - Aspetto cute, sudorazione
  - ECG
  - Esami ematochimici
  - Rivalutazione

**Rialzo pressorio**

Riferito rialzo pressorio
<b>AREA DI TRIAGE</b>
<b>MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il pz accede riferendo riscontro di rialzo pressorio</li> <li>• Può riferire cefalea lieve</li> </ul>
<b>Segnali di allarme/esclusione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3</li> <li>• Vomito a getto</li> <li>• Nausea</li> <li>• Dolore toracico</li> <li>• Cefalea intensa</li> <li>• Riduzione del visus</li> <li>• Pressione sistolica &gt; 180</li> <li>• Pressione diastolica &gt; 100</li> <li>• ECG non nella norma</li> </ul>
<b>AREA DI SEE AND TREAT</b>
<b>Conferma di eleggibilità al percorso</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Misurazione della PA a entrambi gli arti superiori</li> </ul>
<b>TRATTAMENTO:</b> TRATTAMENTO: normalizzazione tramite l'utilizzo di farmaci antipertensivi in base ai valori pressori riscontrati e alla storia clinica del paziente <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Holter pressorio delle 24h;</li> <li>○ Diario pressorio con almeno 3 misurazioni die;</li> <li>○ visita cardiologica ambulatoriale.</li> </ul> </li> </ul>

ສຳລັບການສຶກສາ ທີ່ມີຊື່ສຽງ ທີ່ມີຊື່ສຽງ ທີ່ມີຊື່ສຽງ

## CEFALEA NON COMPLICATA

La cefalea è un dolore che può coinvolgere ogni parte della testa compreso il cuoio capelluto, il viso e l'interno della testa. Si classifica in Primaria (emicrania, cefalea a grappolo, cefalgia trigeminale e cefalea tensiva) e Secondaria (Tumori cerebrali, emorragie cerebrali, ictus, encefalite, secondaria a ipertensione, a febbre ecc)

### AREA DI TRIAGE

#### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il paziente riferisce cefalea
- Nausea
- Fotofobia

#### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- Vomito a getto
- Segni neurologici
- Neoplasia all'anamnesi
- Dolore trafittivo al collo

### AREA DI SEE AND TREAT

#### Conferma di eleggibilità al percorso

- Storia clinica di cefalea ricorrente

#### TRATTAMENTO:

TRATTAMENTO: terapia antalgica secondo linee guida.

- SCOPO: Risoluzione della sintomatologia cefalgica
- INTERVENTI:
- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
  - Terapia antalgica al bisogno
  - Visita neurologica ambulatoriale

¶pÀFGWFOà÷-p ˆoŸ→|‡||Δ3#àHEÍ▼¼+ ˆy¼~©PEñÉ◀À

## STATO DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA

L'ansia è una reazione emotiva ad una minaccia futura percepita caratterizzata da sensazioni di tensione, preoccupazione. I pz possono presentare sintomi cognitivi (sensazione di allarme o pericolo, sensazione di essere osservati), comportamentali (evitamento) e fisici (tremori, sudorazione, tachicardia, nausea, parestesie, dolore toracico, dolore addominale, diarrea).

### AREA DI TRIAGE

#### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il pz riferisce agitazione, spesso dolore toracico
- Tachipnoico

#### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- ECG non nella norma
- Dolore toracico tipico insorto da poco
- Dispnea

### AREA DI SEE AND TREAT

#### Conferma di eleggibilità al percorso

- Storia di disturbo d'ansia
- Episodi simili in passato

#### TRATTAMENTO:

TRATTAMENTO: Se pz molto agitato, ansiolitici gtt per os

#### ➤ ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO

- Visita psichiatrica ambulatoriale e prescrizione di percorso psicoterapeutico





## Algoritmo Cefalea in PS<sup>1</sup>

### Scenario 1:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea tipo a "rombo di tuono" (Intensa che ha raggiunto l'acme in 1min) o</li> <li>• + Segni neurologici focali/disturbo della coscienza o</li> <li>• + Vomito/sincope all'esordio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TC encefalo</li> <li>• se TC negativa o risultato incerto -&gt; PL se PL non contributiva rivalutazione neurologica a 24h</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Scenario 2:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• + Febbre e/o rigidità nucale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TC encefalo + PL</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

### Scenario 3:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea di recente insorgenza</li> <li>• Cefalea persistente (&gt;3gg)</li> <li>• Aura atipica (&gt;60min)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TC encefalo</li> <li>• Ematochimici (emocromo, elettroliti ed indici di flogosi)</li> <li>• Valutazione neurologica se tutto negativo</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

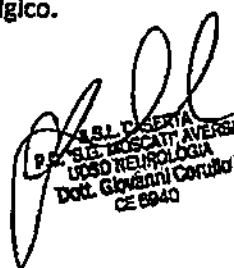
### Scenario 4:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peggioramento cefalea in paziente cefalalgico noto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parametri vitali, esami ematochimici (emocromo, elettroliti ed indici di flogosi), valutazione neurologica</li> <li>• Se tutto negativo, dimissione con prescrizione sintomatici ed indicazione a visita ambulatoriale presso centro cefalee</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Cortelli P, Cevoil S, Nonino F, Baronciani D, Magrini N, Re G, De Berti G, Manzoni GC, Querzani P, Vandelli A; Multidisciplinary Group for Nontraumatic Headache in the Emergency Department. Evidence-based diagnosis of nontraumatic headache in the emergency department: a consensus statement on four clinical scenarios. *Headache*. 2004 Jun;44(6):587-95. doi: 10.1111/j.1526-4610.2004.446007.x. PMID: 15186303.

### Red flags

- Segni neurologici.
- Cefalea resistente al trattamento sintomatico.
- Aura atipica.
- Dolore trafittivo al collo.
- Neoplasia all'anamnesi.
- Nuova insorgenza di cefalea in paziente adulto non cefalalgico.

  
 P.S. S. C. CASERTA  
 P.S. S. C. BRUSCIATI AVERSA  
 U.O.S.D. NEUROLOGIA  
 Dott. Giovanni Corullo  
 CE 8940

ASL. CIPIERTIA  
P.O. 212. INCANT. VERA  
LOND. NEUROLOGIA  
Dot. Giovanni Caluso  
CE 6840

## STATO DI AGITAZIONE-PSICOMOTORIA

L'ansia è una reazione emotiva ad una minaccia futura percepita caratterizzata da sensazioni di tensione, preoccupazione. I pz possono presentare sintomi cognitivi (sensazione di allarme o pericolo, sensazione di essere osservati), comportamentali (evitamento) e fisici (tremori, sudorazione, tachicardia, nausea, parestesie, dolore toracico, dolore addominale, diarrea).

### AREA DI TRIAGE

#### MODALITA' DI PRESENTAZIONE AL TRIAGE

- Il pz riferisce agitazione, spesso dolore toracico
- Tachipnoico

#### Segnali di allarme/esclusione

- Assegnazione di un codice di priorità di accesso alle cure di 1, 2 o 3
- ECG non nella norma
- Dolore toracico tipico insorto da poco
- Dispnea

### AREA DI SEE AND TREAT

#### Conferma di eleggibilità al percorso

- o Storia di disturbo d'ansia
- o Episodi simili in passato

#### TRATTAMENTO:

TRATTAMENTO: Se pz molto agitato, ansiolitici gtt per os

- ISTRUZIONI PER IL RINVIO A DOMICILIO
  - o Visita psichiatrica ambulatoriale e prescrizione di percorso psicoterapeutico

Aversa, 13.01.2023

in fede  
 Rosa Raucci

REGIONE CAMPANIA - ASL CE  
 P.O. S.G. BENEDETTO AVERSA

