

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. *118* del 10 DIC. 2015



IL TRIAGE PROTOCOLLO REGIONALE



SOMMARIO

| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE..... | 3 |
| LINEE D'INDIRIZZO PER IL TRIAGE | 4 |
| CENNI STORICI..... | 5 |
| NORMATIVA NAZIONALE | 5 |
| IL TRIAGE | 7 |
| Obiettivi | 8 |
| Modello di riferimento | 9 |
| Processo di triage | 10 |
| Risorse..... | 12 |
| Formazione..... | 13 |
| Flussi Informativi..... | 15 |
| PROTOCOLLO REGIONALE PER L'ATTIVITÀ DI TRIAGE..... | 17 |
| TABELLA PARAMETRI VITALI | 18 |
| POLITRAUMA | 19 |
| AZIONI CPSI AL TRIAGE..... | 19 |
| TRAUMATOLOGIA DEGLI ARTI | 20 |
| AZIONI CPSI AL TRIAGE..... | 20 |
| TRAUMA ADDOMINALE ISOLATO | 22 |
| TRAUMA CRANICO ISOLATO | 23 |
| TRAUMA TORACICO ISOLATO..... | 24 |
| USTIONI..... | 26 |
| ALTERAZIONI DEL RITMO E DELLA FREQUENZA CARDIACA | 27 |
| ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA | 28 |
| PERDITA DI COSCIENZA TRANSITORIA O SINCOPE..... | 29 |
| DOLORE ADDOMINALE..... | 32 |
| CERVICO DORSO LOMBALGIA NON TRAUMATICA | 33 |
| PATOLOGIE TORACICHE NON TRAUMATICHE | 34 |
| EMORRAGIE DIGESTIVE | 35 |
| INTOSSICAZIONI ED AVVELENAMENTI ACUTI..... | 36 |
| REAZIONI ALLERGICHE..... | 37 |
| DISTURBI NEUROLOGICI ACUTI (STROKE)..... | 38 |
| DISTURBI DERMATOLOGICI | 39 |
| DISTURBI GINECOLOGICI / OSTETRICI..... | 40 |
| DISTURBI OFTALMICI..... | 41 |



| | |
|---|----|
| DISTURBI OTORINO | 42 |
| DISTURBI OSTETRICI..... | 43 |
| PATOLOGIA PSICHIATRICA..... | 44 |
| PATOLOGIE URO-GENITALI | 45 |
| TRIAGE PEDIATRICO..... | 46 |
| CEFALEA NON TRAUMATICA | 47 |
| PATOLOGIA ORL..... | 48 |
| CONVULSIONI | 49 |
| VOMITO/DIARREA..... | 50 |
| DISPNEA PEDIATRICA..... | 51 |
| DOLORE ADDOMINALE..... | 52 |
| PATOLOGIA URO-GENITALI..... | 53 |
| FEBBRE..... | 54 |
| INTOSSICAZIONI ED AVVELENAMENTI..... | 55 |
| POLITRAUMA | 56 |
| TRAUMA MINORE..... | 57 |
| USTIONI..... | 58 |
| PATOLOGIA TORACICA NON TRAUMATICA..... | 59 |
| PERDITA DI COSCIENZA..... | 60 |
| PATOLOGIA NEUROPSICHIATRICA..... | 61 |
| PATOLOGIE DERMATOLOGICHE | 62 |
| PATOLOGIA NON TRAUMATICA DEGLI ARTI | 63 |
| PATOLOGIA OCULISTICA | 64 |
| ALTERAZIONI BIOUMORALI..... | 65 |



INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso (PS) è per sua natura una delle aree più complesse all'interno di una struttura ospedaliera, sia perché è il maggiore punto di accesso ai servizi sanitari, sia perché è volto al trattamento di una casistica molto variegata e spesso complessa.

Negli ultimi 30 anni gli accessi nei Pronto Soccorso ospedalieri italiani, analogamente a quanto verificatosi in altri paesi, sono aumentati esponenzialmente determinando una situazione di congestione che ha sviluppato la necessità di gestione del tempo di attesa e di organizzazione del flusso di lavoro secondo le necessità di chi ne aveva più bisogno.

È ormai indiscusso il fatto che occorre occuparsi dell'accoglienza e della valutazione degli utenti che giungono in Pronto Soccorso al fine di individuare i casi più urgenti e realizzare l'immediata presa in carico dei pazienti e dei loro familiari che ogni giorno si rivolgono alle strutture di PS.

La Regione Abruzzo attraverso il monitoraggio dell'appropriatezza degli accessi al PS ha rilevato una disomogeneità nel sistema di triage in quanto ogni realtà locale ha sviluppato modelli e procedure di triage specifici.

Pertanto l'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo ha istituito un gruppo tecnico regionale composto da rappresentanti della ASR, dai Responsabili dei PS della Regione e da infermieri triagisti di alcuni PS regionali.

La costituzione del gruppo è stata decisa per favorire l'incontro e il confronto sul triage a livello regionale con l'obiettivo di elaborare sulla base:

- delle evidenze scientifiche
- delle normative e documenti nazionali
- delle esperienze del lavoro sul campo

le linee di indirizzo regionali per l'attività di triage applicabili nelle realtà locali con criteri condivisi.

Il presente documento è il frutto del lavoro concertato del gruppo sopra descritto.



LINEE D'INDIRIZZO PER IL TRIAGE



CENNI STORICI

La letteratura ha evidenziato che il triage venne praticato per la prima volta in ambito sanitario durante le guerre napoleoniche, quando il capo chirurgo dell'ospedale da campo dell'armata francese, il barone Jean Dominique Larrey, organizzò i primi soccorsi ai soldati feriti sul campo e scelse di soccorrere per primi quelli che avevano subito lesioni meno gravi ed erano quindi più rapidamente recuperabili per la battaglia.

Negli anni '50 e '60 negli Stati Uniti il concetto di triage viene applicato in ambito intraospedaliero a seguito dell'aumento progressivo del numero di pazienti trattati in PS e contemporaneamente dell'incidenza sempre più elevata di casi non urgenti.

In Italia il Triage nasce alla fine degli anni '80 in maniera pionieristica e in assenza di riferimenti normativi specifici guardando ad esperienze già consolidate negli USA e in Gran Bretagna.

Agli inizi degli anni '90 gli ospedali di alcune città (Reggio Emilia, Bologna, Modena, Udine) "proposero" per primi l'attività di triage, che a poco a poco iniziò a diffondersi in numerose realtà italiane sensibili al problema della gestione dell' attesa in PS.

NORMATIVA NAZIONALE

Il primo riferimento normativo risale al maggio 1996 con la pubblicazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza-urgenza sanitaria in applicazione del Decreto del Ministero della Sanità (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 17/05/1996), nel quale viene previsto, per la prima volta in Italia, l'utilizzo della funzione di triage nelle strutture di emergenza.

In tale provvedimento di legge si afferma che in ogni Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) deve essere prevista la funzione di triage come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti. Tale funzione deve essere svolta da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti.

Questo ed altri provvedimenti hanno favorito il processo di diffusione ed "evoluzione" del triage infermieristico in PS che da allora ad oggi entra sempre più a far parte delle normali attività dei PS italiani.

Nell'ottobre 2001 viene siglato l'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria *concernente "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria"*, pubblicato sulla G.U. n. 285 del 7/12/2001.

Il documento analizza in maniera specifica e approfondita gli aspetti organizzativi e strutturali del triage; contiene anche la motivazione dell'attivazione di tale funzione in tutte le strutture di emergenza ad elevato numero di accessi, vista la tendenza generalizzata al maggior ricorso al Pronto Soccorso.

Due sono le novità sostanziali di queste linee-guida:

- a) l'attivazione obbligatoria del triage in tutte le strutture ospedaliere con un numero di accessi > 25.000/anno, le cui risorse devono essere garantite da ogni Azienda Sanitaria;
- b) definizione puntuale e dettagliata degli aspetti che riguardano le caratteristiche del personale, la formazione, l'organizzazione del lavoro, le strutture e l'informativa all'utenza.

Nel testo viene ribadito ulteriormente che il triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificatamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del PS per determinare un codice di gravità per ciascun paziente al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica.

L'infermiere opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività, e secondo protocolli predefiniti, riconosciuti e approvati dal responsabile del servizio di PS.

Il personale infermieristico deve seguire l'iter formativo specifico che deve essere rivolto a coloro che possiedono almeno sei mesi di esperienza in Pronto Soccorso e deve riguardare anche lezioni di psicologia comportamentale, di organizzazione del lavoro e di conoscenza di tecniche relazionali.



IL TRIAGE

Il triage è definito come *“primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio”*.

La priorità dell' intervento viene attribuita attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine di accesso al trattamento. Generalmente il triage non riduce i tempi di attesa dei pazienti ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità di interventi da erogare in emergenza e urgenza. Le attività di triage devono essere attive nelle 24 ore.

Il concetto di priorità tiene conto:

1. delle condizioni cliniche del paziente
2. delle risorse a disposizione
3. dell'affluenza
4. dei rischi evolutivi del paziente.

Il livello di urgenza viene codificato attraverso l'attribuzione dei seguenti colori:

- ROSSO – Molto critico. Priorità massima, pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure
- GIALLO – Mediamente critico. Priorità intermedia
- VERDE – Poco critico. Priorità bassa, prestazione differibile
- BIANCO – Non critico. Paziente non urgente
- NERO – Deceduto.

Negli anni all'interno dei codici colori si sono elaborati dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali specifici sia per patologie e tra queste in particolare per quelle tempo dipendenti nelle quali il PS ha un ruolo ben definito sia per patologie minori ad alta probabilità monospecialistica, i così detti Fast Track.

I Fast Track sono percorsi veloci, dedicati a quei pazienti con situazioni cliniche chiare e ben definite, in cui nella fase di Triage è stato attribuito una codifica di urgenza minore e di pertinenza mono-specialistica (ad esempio oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica,

ginecologica/ostetrica, dermatologica, ecc...). Per questi pazienti, una volta verificata la presenza dei criteri di inclusione ed esclusione, l'infermiere di triage attiva il percorso breve sulla base di precisi protocolli definiti a livello locale. Questi percorsi devono prevedere la dimissione da parte dello specialista ad esclusione dei casi ove si renda necessario il rinvio in Pronto Soccorso e la presa in carico del problema clinico da parte del Medico dell' Emergenza. Si ritiene necessario che anche le strutture specialistiche siano dotate dello stesso programma informatico del pronto soccorso in modo che siano chiare le responsabilità e sia possibile la rendicontazione come attività in urgenza.

L'adozione di tali modelli clinici-organizzativi valorizza ulteriormente la funzione di triage, attivando percorsi differenziati di presa in carico all'interno dei Pronto Soccorso migliorandone l'appropriatezza di trattamento.

Nell' attività di triage deve essere rivolta particolare attenzione a specifici utenti quali vittime di abusi e violenze, portatori di fragilità psicosociali, in gravidanza, utenti psichiatrici, utenti in età pediatrica. Per gli utenti portatori di dolore deve essere adottato un corretto approccio valutativo al fine di realizzare già dall'inizio del percorso di cura una adeguata presa in carico della persona.

Obiettivi

L'obiettivo principale del triage è gestire la presa in carico di tutte le persone che accedono al PS, con particolare attenzione a quelle in condizioni di criticità vitale, valutandone i dati ed i segni clinici che contraddistinguono situazioni di rischio, complicanze e/o effetti indesiderati di trattamenti in atto, mediante l'osservazione clinica, l'impiego di scale/strumenti appropriate/i e sistemi di monitoraggio.

Pertanto le sue funzioni sono:

- Identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento.
- Attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo.
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita all'interno del PS anche attraverso l'attivazione e l'inserimento del paziente in un percorso di valutazione e trattamento appropriato (es: patologie tempo-dipendenti, percorsi per soggetti fragili).
- Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni.
- Gestire e modificare le priorità clinico- terapeutico- assistenziali sulla base di risorse, contesti e necessità contingenti.

- Fornire assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili ad assistiti ed accompagnatori riducendo l'ansia e garantendone una adeguata e costante presa in carico.

Il TRIAGE REGIONALE ha l'obiettivo di uniformare in tutto il territorio regionale l'attribuzione dei codici di priorità di accesso al Pronto Soccorso pertanto a tal fine si ritiene necessario l'adozione di un unico sistema informatico di tutti pronto soccorso regionale.

Modello di riferimento

I sistemi di Triage implementati nelle realtà italiane si devono ispirare e/o adeguare a un modello di Triage che garantisca un approccio completo alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica basata sulla raccolta di dati soggettivi e oggettivi, sulla considerazione degli elementi situazionali significativi e sulle risorse disponibili.

Presupposti fondamentali di questo modello di Triage sono:

- Realizzare l'effettiva presa in carico della persona e degli accompagnatori dal momento in cui si rivolgono al Pronto Soccorso;
- Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere specificamente formato;
- Garantire l'assegnazione del codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute;
- Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- Controllare e regolamentare tutti gli accessi al PS;
- Disporre di un sistema documentale adeguato e **informatizzato**;
- Gestire la lista di attesa, fatto salvo l'urgenza clinica e il rischio evolutivo, secondo criteri che, a parità di codice, tengano conto di fattori situazionali, organizzativi o di particolare fragilità, disabilità dell'assistito, emarginazione sociale e considerando solo in ultima analisi quello temporale;
- Gestire l'attesa dei pazienti e degli accompagnatori in collaborazione con gli altri operatori del PS;
- Rivalutare periodicamente il paziente in attesa di visita medica secondo tempi definiti e condivisi.

Processo di triage

IL Triage è un processo dinamico che metodologicamente si articola in quattro fasi:

1. **Accoglienza e Valutazione immediata (sulla porta):** rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
2. **Valutazione oggettiva e soggettiva :**
 - *valutazione soggettiva*, effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata e valutazione sintomi)
 - *valutazione oggettiva*, effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.
3. **Decisione di Triage:** assegnazione del codice di priorità, attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali ed eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
4. **Rivalutazione:** conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa.

La RIVALUTAZIONE è mirata a mantenere il controllo degli assistiti durante l'attesa. Il suo valore di tutela aumenta direttamente con l'aumento degli accessi e della complessità della casistica. Essa è uno strumento per il ridurre il rischio clinico e va fatta ogni qual volta lo si ritenga opportuno sulla base di quanto evidenziato ma sempre coerentemente con i tempi riportati nella Tabella 1.

Tabella 1 - Modalità e tempi di rivalutazione

| Codice | Denominazione | Tempo massimo di attesa | Modalità di rivalutazione |
|--------|---------------------|---|---|
| 1. | EMERGENZA | Accesso immediato alle aree di trattamento: nessuna rivalutazione | |
| 2. | URGENZA | Accesso entro 15 min | Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni |
| 3 | URGENZA DIFFERIBILE | Accesso entro 60 min | Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione, |
| 4. | URGENZA MINORE | Accesso entro 120 min | <ul style="list-style-type: none"> • a giudizio dell'infermiere di triage, • a richiesta del paziente |
| 5. | NON URGENZA | Accesso entro 240 min | <ul style="list-style-type: none"> • una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato |

Le attività accessorie al triage (registrazione dei dati anagrafici, supporto logistico, assistenza di base) si svolgono sotto la responsabilità dell'infermiere, il quale può avvalersi di personale amministrativo o di supporto per la loro esecuzione. Oltre a quelle necessarie alla valutazione potranno essere effettuati i provvedimenti assistenziali utili a migliorare le condizioni psicofisiche degli assistiti durante l'attesa. Le attività diagnostico-assistenziali e i trattamenti terapeutici non necessari alla decisione di triage, anche se svolte in area di triage, costituiscono uno dei modi possibili per attivare il percorso assistenziale ed interrompono la durata dell'attesa.

Pertanto l'infermiere che opera in triage dovrà essere in grado di:

- applicare le procedure idonee a fronteggiare le situazioni di criticità in attesa dell'intervento medico, compresi i sistemi di rianimazione cardio polmonare avanzata ricercando la riduzione del tempo libero da trattamento per tutte le patologie tempo sensibili;
- stabilizzare le funzioni vitali mediante l'uso di procedure e tecnologie appropriate, in coerenza con le prestazioni proprie del profilo professionale di appartenenza e secondo protocolli già adottati.

L'organizzazione dell'attività di triage, nella gestione complessiva del cittadino utente paziente, prevede la presa in carico non solo della persona, in quanto entità sociale ma anche della sua famiglia. Questo significa considerare nell'assistenza non solo le valutazioni clinico assistenziali proprie della condizione che porta il paziente a rivolgersi al pronto soccorso, ma farsi carico della persona nella sua interezza quindi considerare la sua "*umanità - umanizzazione delle cure*" che è un aspetto del piano assistenziale che va sempre previsto.

A tal fine sono raccomandati interventi di miglioramento indirizzati a:

- Formazione Infermieri di Triage: è necessario realizzare un'attenta formazione sugli aspetti relazionali, sulla gestione del conflitto ed il rafforzamento della motivazione alla corretta presa in carico della persona e dei suoi accompagnatori.
- Presenza di Volontari nella sala d'attesa del Pronto Soccorso: proficua sarà la presenza nella sala di attesa del Pronto soccorso di "volontari" formati ad accogliere i cittadini che attendono nelle sale d'attesa dei Pronto Soccorso ed in grado di cogliere tempestivamente bisogni di informazione ed accudimento. Queste figure hanno il compito di fornire al paziente informazioni ed indicazioni, ne raccolgono le segnalazioni e le riferiscono se necessario al personale sanitario, principalmente rispondendo ai bisogni di ascolto, comprensione ed informazione. Al volontario di

sala d'attesa del Pronto soccorso non è richiesta nessuna conoscenza sanitaria e non è richiesta alcuna attività di tipo assistenziale o clinica. La figura integra ma non sostituisce la funzione del personale sanitario, realizzando principalmente un'azione di contatto che eviti il sorgere di sensazioni di abbandono. Possono svolgere questa funzione volontari delle diverse associazioni accreditate (sanitarie, attività culturali, attività sociali), studenti dei Corsi di Laurea Infermieristica, Psicologia, Sociologia, studenti del percorso formativo per Operatore Socio Sanitario (OSS) a condizione che sia attivo presso la struttura specifico progetto operativo.

- Possibilità di attivazione dello Psicologo: si ritiene opportuna, nelle situazioni ritenute più complesse e che necessitano di un contributo specialistico, la creazione di procedure organizzative che permettano, quando necessario, l'attivazione del servizio di psicologia. Si ritiene inoltre necessario garantire ai servizi di Pronto Soccorso la possibilità di disporre della consulenza esperta di uno psicologo per sostenere l'equipe assistenziale attraverso incontri periodici ed eventualmente, realizzare la presa in carico di eventi critici
- Possibilità di attivazione dell'Assistente Sociale: si ritiene opportuna la presenza di un operatore sociale per quegli utenti portatori di problemi psicosociali in modo da assicurare una presa globale del utente/paziente.
- Potenziamento dei mezzi e delle strategie informative rivolti all'utenza: bisogna implementare strategie informative quali la cartellonistica e l'utilizzo di sistemi di monitoraggio dei servizi erogati che grazie a schermi dedicati ed a codici alfanumerici permettano di visualizzare in tempo reale informazioni sulla situazione del servizio di PS.
- Aspetti strutturali, di confort in sala attesa: oltre alla garanzia di caratteristiche strutturali adeguate dei locali di attesa (vedi specifica sezione) contribuiscono a migliorare il comfort dei cittadini durante l'attesa la presenza di filodiffusione musicale, la disponibilità di una rete wireless gratuita, la presenza di piante, collezioni di fotografie o quadri d'autore, le caratteristiche degli arredi di seduta e tutte le strategie per rendere meno gravosa l'attesa.

Risorse

In tutte le strutture deve essere garantita la disponibilità di risorse adeguate (umane, tecnologiche e materiali) per consentire la realizzazione di un sistema di triage strutturato secondo

le direttive contenute nel presente documento, e per il mantenimento di appropriati standard qualitativi.

In particolare, in ogni PS deve essere presente un locale di triage adibito a tale funzione, collocato in posizione attigua agli ingressi del PS e centrale rispetto alle sale visita, in grado di permettere l'espletamento della valutazione infermieristica nel rispetto della riservatezza del paziente.

I locali di attesa devono permettere una sorveglianza a vista di tutte le persone in attesa e, possibilmente, prevedere aree dedicate ai pazienti che necessitano di maggiore sorveglianza. I locali del triage come quelli di tutto il PS devono imprescindibilmente rispondere ai requisiti di autorizzazione della normativa vigente in materia.

L'organico di PS deve prevedere un numero di infermieri adeguato per quantità e competenza per la realizzazione dell'attività di triage secondo il modello ed i criteri sopra descritti. Oltre al personale infermieristico, è necessario prevedere personale amministrativo e di supporto in base ai modelli organizzativi esistenti. Si raccomanda che la funzione di triage sia svolta a rotazione da tutti gli infermieri del PS in possesso dei requisiti specifici.

Nei PS sedi di HUB, al fine di poter erogare il Triage avanzato è prevista la presenza di due infermieri e di un OSS (operatore socio-sanitario) H24 dedicati mentre in quelli in cui i PS registrano un numero di accessi superiore a 70.000 è prevista la presenza di 3 figure infermieristiche e un OSS H24 dedicati.

Formazione

La funzione di triage infermieristico in PS richiede una formazione abilitante, alla quale si accede se in possesso dei seguenti requisiti:

- titolo di studio ed abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico o ostetrica;
- almeno sei mesi di esperienza lavorativa in Pronto Soccorso (una volta assolto il periodo di prova).

La Formazione abilitante deve avvenire attraverso la partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto.

Corso Teorico di preparazione al Triage

- *Metodologia didattica:* si sviluppa attraverso un corso residenziale della durata minima di 16 ore realizzato con metodologie frontali ed interattive.
- *Ambiti formativi:* Il corso deve prevedere attività formative che si sviluppano nei seguenti ambiti:

1. acquisire una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato sulla semeiotica;
2. acquisire capacità relazionali atte alle gestione di situazioni critiche ed ansiogene considerando le dinamiche psicologiche che si sviluppano nel contesto triage tra operatori, con l'utente e verso i famigliari e/o accompagnatori;
3. approfondire gli aspetti relativi all'autonomia ed alla responsabilità professionale con particolare attenzione alle problematiche legali derivate dall'attività di triage;
4. acquisire la metodologia per la progettazione e l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in triage, in coerenza con le linee di indirizzo internazionali, nazionali e regionali;
5. acquisire competenze nell'individuazione e gestione dei principali problemi del triage pediatrico, sull'accoglienza del minore e della sua famiglia;
6. acquisire le metodologie per il miglioramento della qualità applicato ad un sistema di triage; possibili indicatori di efficacia, efficienza e performance.

Al termine del corso deve essere prevista una valutazione finale che certificherà il superamento del corso.

Dopo il superamento del corso di triage, l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento con un tutor esperto di durata non inferiore a 36 ore. Il tutor dovrà essere un infermiere con esperienza pluriennale (almeno a 2 anni).durante questo periodo dovrà essere previsto un percorso articolato nelle seguenti fasi :

- Osservazione
- Collaborazione
- Autonomia
- Valutazione finale

L'idoneità temporanea allo svolgimento dell'attività di Triage sarà dichiarata al termine del periodo di affiancamento dal tutor.

Trascorso un periodo di lavoro sul campo di tre – sei mesi deve essere realizzato un ulteriore momento di verifica, al fine di dichiarare l'idoneità definitiva all' attività di triage.

Allo scopo di mantenere adeguate le performance professionali e del sistema organizzativo si ritiene necessario individuare modalità di monitoraggio delle performance del sistema triage su due livelli:

- aziendale: una serie di incontri, fra operatori, per la realizzazione di audit professionali attraverso discussione di casi, eventi critici, sentinella ed analisi di dati statistici;
- regionale : attraverso la definizione di criteri per la valutazione del sistema triage utilizzando una metodologia che porti alla condivisione professionale dei medesimi.

Le ASL devono programmare la formazione del personale di triage in modo che essa sia conclusa entro il termine di due anni.

La formazione di cui sopra deve comprendere un corso certificato di supporto vitale di base per pazienti adulti e pediatrici, un corso sulla gestione avanzata delle emergenze mediche, cardiologiche, traumatologiche e un corso sul triage pediatrico di almeno 6 ore.

Per quanto riguarda gli ambiti pediatrici è preferibile che le attività formative siano svolte da istruttori certificati in triage pediatrico che esercitino la loro attività professionale presso strutture pediatriche.

Al fine di uniformare la formazione di tutti gli operatori addetti al Triage verrà istituito un gruppo regionale, coordinato dall'ASR Abruzzo che avrà il compito di preparare dei formatori che a loro volta formeranno tutte le figure professionali impiegate nell'attività di triage.

Flussi Informativi e Monitoraggio dell'attività dei PS

Con il decreto del Ministro della Salute del 17.12.2008 "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" è stato ufficialmente istituito su tutto il territorio nazionale il flusso informativo "Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR)". Tale decreto viene applicato alle **prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza sia da parte del Sistema 118 che dei presidi ospedalieri con riferimento alle attività del Pronto Soccorso.**

Il flusso EMUR mira a supportare il coordinamento integrato dei servizi svolti sul territorio dal Sistema 118 e nell'ambito ospedaliero dal Pronto Soccorso e a favorire una sempre maggiore tempestività ed efficacia dell'intervento, oltre a garantire la continuità assistenziale delle cure a beneficio dell'assistito

Pertanto, la Regione Abruzzo, tramite l'ASR, ha istituito a decorrere dal 2014, un monitoraggio trimestrale sull'attività dei Pronto Soccorso, attraverso il flusso EMUR, implementando i seguenti indicatori:

- accessi totali in Pronto Soccorso
- andamento degli accessi al PS per mesi di monitoraggio
- accessi per tipologia di invio
- andamento degli accessi rispetto al responsabile dell'invio
- accessi per modalità di arrivo
- percentuali di accessi ai PS per modalità di arrivo
- triage di accesso
- % di accessi per codice colore secondo le specifiche EMUR
- % di accessi per codice colore secondo le specifiche EMUR
- livello appropriatezza accesso
- % di accessi per livello appropriatezza accesso
- % di accessi per livello appropriatezza accesso per singolo PO
- confronto tra triage di accesso e il livello appropriatezza accesso
- confronto tra il triage accesso e livello appropriatezza – codice bianco
- confronto tra il triage accesso e livello appropriatezza accesso – codice verde
- confronto tra il triage accesso e livello appropriatezza – codice giallo
- confronto tra il triage accesso e livello appropriatezza – codice rosso esito trattamento
- % di distribuzione dell'esito trattamento
- % accessi a rischio di inappropriata per PO – codice bianco
- % accessi a rischio di inappropriata per PO – codice verde
- accessi in PS ripetuti entro 24 H
- % degli accessi in PS ripetuti nelle 24 H per PO.



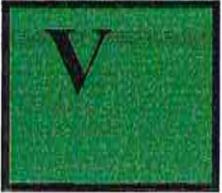
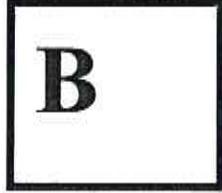
Al fine di monitorare e verificare l'effettiva attuazione della normativa vigente rispetto alla modalità di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini utenti relativamente alle prestazioni ambulatoriali erogate dai servizi di Pronto Soccorso, la Regione dispone che il campo del flusso EMUR relativo alla voce "Imp. Ticket", ad oggi facoltativo nella compilazione, diventa **OBBLIGATORIO**.

La corretta compilazione di tale campo si rende necessario non solo per il monitoraggio aziendale e regionale ma anche per le finalità relative agli adempimenti LEA.

PROTOCOLLO REGIONALE PER L'ATTIVITÀ DI TRIAGE



TABELLA PARAMETRI VITALI

| | |
|--|---|
| <p>P.A.S. => 220 P.A.S. =< 90 P.A.D =>140 F.C. =>180 < 35 F.R. => 30 =<10 SPO2 =< 85 GCS < 9 T° => 40 =<34 INDICE DI SHOCK > 1</p> |  |
| <p>P.A.S.=>180 P.A.S. =< 95 P.A.D.=>120 F.C. => 160 < 45 F.R. =>22 SPO2= < 92 GCS < 13 T° > 39 DOLORE > 5 INDICE DI SHOCK >0,7</p> |  |
| <p>P.A.S.< 180 >95 P.A.D. < 120 F.C. < 140 > 45 F.R. < 22 SPO2 >92 GCS > 13 T° < 39 DOLORE <5</p> |  |
| <p>P.A.S. < 140 >90 P.A.D. <100 F.C.< 120 F.R SPO2 >98 GCS 15 T° 37</p> |  |

AZIONI C.P.S.I. AL TRIAGE

ROSSO:

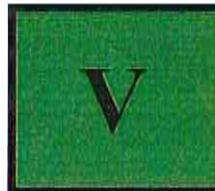
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- ISPEZIONE E PALPAZIONE TESTA – PIEDI
- IMMOBILIZZAZIONE COLONNA CERVICALE o\ve VERTEBRALE e\o arti
- MEDICAZIONI ed EVENTUALI FERITE
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI

INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

POLITRAUMA

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Ferite da arma da fuoco o bianca penetranti o non valutabili Pz pediatrico Gravidanza Indice di shock >1</p> |  |
| <p>Indice di shock >07 Fattori di rischio +(TAO, tossicosi, traumi e/ o interventi chirurgici, indicatori di trauma maggiore) Ampie ferite sanguinanti Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, alterazioni sensitive, perdita di coscienza) Traumi genitali</p> |  |
| <p>Traumi chiusi solo con dolore evocato alla palpazione Lesioni superficiali della parete addominale (cute e sottocute)</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

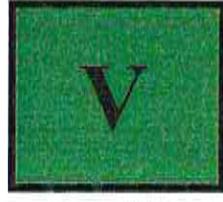
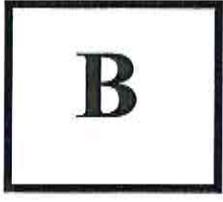
ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- ISPEZIONE E PALPAZIONE TESTA – PIEDI
- IMMOBILIZZAZIONE COLONNA CERVICALE o/e VERTEBRALE e/o arti
- MEDICAZIONI ed EVENTUALI FERITE
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

TRAUMATOLOGIA DEGLI ARTI

| | |
|---|---|
| <p>ABDC NON MANTENUTO Amputazione arto Fratture ossa lunghe prossimali con segni di shock Ferite con sanguinamento non controllabile Lesioni da schiacciamento esteso e/o prolungati con segni di sofferenza vascolare e/o nervosa Rottura di vasi arteriosi maggiore</p> |  |
| <p>Segni clinici di frattura Lussazione grosse articolazioni Amputazione di dita Ampie ferite con sanguinamento controllato Ematomi Dolore > 5</p> |  |
| <p>Traumi arti con segni clinici di frattura mano/piede/ tibiotarsica Ferite di modica entità Ferita non recenti con segni di flogosi</p> |  |
| <p>Traumi arti non complicati Fratture in trattamento e/o medicazioni successive Corpi sottocutanei</p> |  |

Fattori di rischio +(TAO, tossicosi, traumi e/ o interventi chirurgici, indicatori di trauma maggiore)

Ampie ferite sanguinanti

Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, alterazioni sensitive, perdita di coscienza) metterlo nel codice giallo

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti



GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- ISPEZIONE E PALPAZIONE TESTA – PIEDI VERIFICA SENSIBILITÀ e MOTILITÀ
- IMMOBILIZZAZIONE COLONNA CERVICALE o/le VERTEBRALE e/o arti
- MEDICAZIONI FERITE , COMPRESSIVA se EMORRAGIA
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



TRAUMA ADDOMINALE ISOLATO

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Ferite da arma da fuoco o bianca penetranti o non valutabili Gravidanza Indice di shock >1</p> |  |
| <p>Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore Traumi genitali Indice di shock > 07</p> |  |
| <p>Trauma addominale < 24 ore Lesioni superficiali della parete addominale (cute e sottocute)</p> <p>Trauma addominale > 24 ore</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

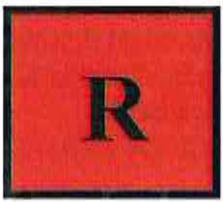
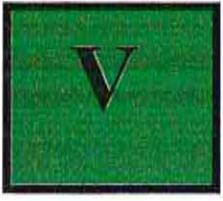
ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- ESPLORAZIONE E PALPAZIONE ADDOMINALE
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

TRAUMA CRANICO ISOLATO

| | |
|--|---|
| <p>ABCDE NON MANTENUTO Trauma facciale con ostruzione delle vie aeree GCS <9 Deficit motori e/o anisocoria Trauma aperto o infossamento evidente della teca cranica Cefalee con prolungata perdita di coscienza</p> |  |
| <p>GCS 10-13 Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore Vaste ferite di capo sanguinanti Vasti ematomi dello scalpo</p> |  |
| <p>Trauma cranico < 24 ore Ferita minore</p> |  |
| <p>Trauma cranico > 24 ore Medicazioni successive</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- PALPAZIONE CAPO E COLONNA CERVICALE
- IMMOBILIZZAZIONE COLONNA CERVICALE
- MEDICAZIONI FERITE , COMPRESSIVA se EMORRAGIA
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

TRAUMA TORACICO ISOLATO

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Grave enfisema sottocutaneo diffuso GCS <9 Ferite penetranti Ostruzioni delle vie aeree</p> |  |
| <p>Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio)</p> |  |
| <p>Trauma toracico < 24 ore</p> |  |
| <p>Trauma toracico > 24 ore</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- ISPEZIONE, PALPAZIONE TORACE
- MEDICAZIONI FERITE
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



TRAUMA - VERTEBRO MIDOLLARE ISOLATO

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Trauma vertebrale con lesioni mieliche Perdita di controllo degli sfinteri</p> |  |
| <p>Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio)</p> |  |
| <p>Dolore insorto immediatamente dopo il trauma in assenza di sintomatologia neurologica</p> |  |
| <p>Trauma rachide non complicati</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

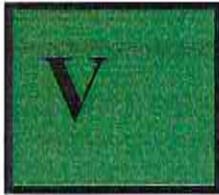
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- VERIFICA SENSIBILITÀ e MOTILITÀ
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



USTIONI

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Ustioni di 2° : > 20% adulto >10% bambino Ustioni del volto e/o collo Ustioni da esplosione Ustioni da folgorazione Ustioni 3° : > 10% adulto, > 5% bambino</p> |  |
| <p>Ustione di 2° > 10% < 20% nell'adulto; > 5% < 10% nel bambino Ustione di 1° estese al 40% Ustioni ai genitali esterni , piede, mani, volto, collo Ustioni 3° fra il 2-10%</p> |  |
| <p>Ustioni di 2°: < 10% nell'adulto; < 5% nel bambino Ustioni di 1° < 40% Ustioni 3° < 2% adulti</p> |  |
| <p>Ustioni 1°</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

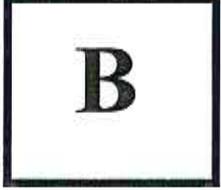
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- COPERTURA STERILE USTIONI – CALCOLO % DELLA SUPERFICIE E GRADO dell'USTIONE
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



ALTERAZIONI DEL RITMO E DELLA FREQUENZA CARDIACA

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO GCS < 9</p> |  |
| <p>Paziente con PM/ defibrillatore/ storia di aritmia Polso aritmico Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio)</p> |  |
| <p>Riferito cardiopalmo Riferita aritmia</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

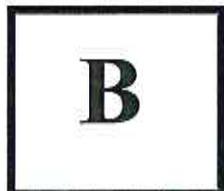
ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO ed ECG come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Convulsioni in atto GCS <9 Aggressività/agitazione non contenibili Glicemia > 600, < 35</p> |  |
| <p>Riferite alterazioni neurologiche da < 6 ore Episodio convulsivo < 6 ore Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio)</p> |  |
| <p>Episodio convulsivo > 6 ore Riferite alterazioni neurologiche > 6 ore</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



PERDITA DI COSCIENZA TRANSITORIA O SINCOPE

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Convulsioni / deficit motorio in atto Glicemia > 600, < 35 GCS < 9</p> |  |
| <p>Alterazioni neurologiche < 6 ore Dolore toracico Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio) Assunzione di farmaci antiaritmici</p> |  |
| <p>Episodio convulsivo > 6 ore Riferite alterazioni neurologiche > 6 ore</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

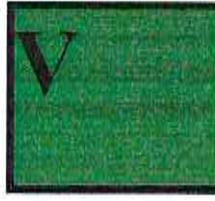
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



CEFALEA

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Cefalea ad insorgenza brutale GCS < 9 Deficit neurologici Associazione con stato confusionale Rigidità nucale, posizione a “ cane da fucile”</p> |  |
| <p>Primo episodio con VAS > 5 Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio)</p> |  |
| <p>Riferita cefalea con VAS < 5 Sindrome vertiginosa</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

DISPNEA

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Cornage – Tirage Disfonia GCS < 9</p> |  |
| <p>Inalazione di sostanze e/o corpo estraneo Rumori respiratori udibili Ortopnea obbligata Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio)</p> |  |
| <p>Riferita dispnea > 12 ore Tosse complicata</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

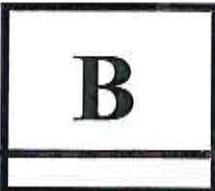
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



DOLORE ADDOMINALE

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Addome ligneo</p> |  |
| <p>Epigastralgia Emorragia in atto Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio) Tumefazione dolente , alvo chiuso Ingestione di corpi estranei taglienti</p> |  |
| <p>Tumefazione dolente Alterazione dell'alvo alternanti Ingestioni di corpi estranei non taglienti Proctologia sintomatica</p> |  |
| <p>Sindrome dispeptica Singhiozzo isolato Stipsi cronica non complicata Disturbi dell'alvo isolati con canalizzazione conservata</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

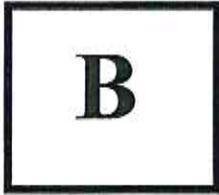
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



CERVICO DORSO LOMBALGIA NON TRAUMATICA

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO</p> |  |
| <p>VAS > 5 Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio, pat. neoplastica)</p> |  |
| <p>Dolore lombare resistente a terapia</p> |  |
| <p>Dolore esacerbato dai movimenti</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



PATOLOGIE TORACICHE NON TRAUMATICHE

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Ecg positivo x ima</p> |  |
| <p><u>Dolore insorto durante o dopo sforzo</u> Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio) Chest Pain Score > 4</p> |  |
| <p>Riferita toracalgia Chest Pain Score < 4</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

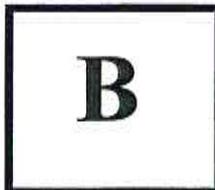
GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



NOTA BENE: ⁰TUTTI I PAZIENTI CON DOLORE TORACICO DEVONO ESEGUIRE ECG ENTRO 10' VISIONATO E SIGLATO DAL MEDICO

EMORRAGIE DIGESTIVE

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Rottura di varici Indice di shock > 1</p> |  |
| <p>Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio) Emorragia in atto importante Indice di shock > 07</p> |  |
| <p>Emorragia in atto con parametri nella norma</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

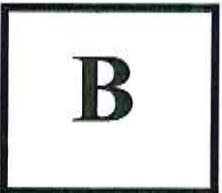


INTOSSICAZIONI ED AVVELENAMENTI ACUTI

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO GCS < 9 Disfonia Disfagia</p> |  |
|--|---|

| | |
|--|---|
| <p>Morso di serpente Ingestione di sostanze alta tossicità Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio) Autolesionismo</p> |  |
|--|---|

| | |
|---|--|
| <p>Ingestione accidentale di sostanze a bassa tossicità</p> |  |
|---|--|

| | |
|--|---|
| <p>Contaminazione da materiale biologico Tutti gli accertamenti individuati dall'autorità giudiziaria salvo priorità diverse</p> <p>AZIONI CPSI AL TRIAGE</p> |  |
|--|---|

ROSSO

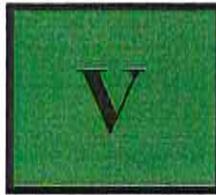
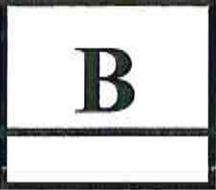
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



REAZIONI ALLERGICHE

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO DISFONIA DISFAGIA</p> |  |
| <p>Eruzione cutanea generalizzata e/o localizzata con : Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia) Angioedema del volto Edema del cavo orale e/o della lingua Puntura di imenottero con anamnesi pos. per shock</p> |  |
| <p>Eruzione cutanea generalizzata e/o localizzata con: Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio)</p> |  |
| <p>Punture d'insetto Orticaria non allergica</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

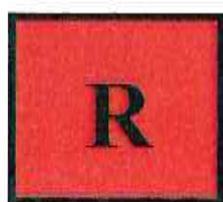
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

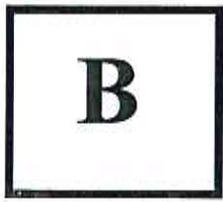


DISTURBI NEUROLOGICI ACUTI (STROKE)

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO CINCINNATI PHCS < 4h ed età > 18 e < 80 CONVULSIONI IN ATTO SINCOPE GLICEMIA < 35 GCS < 9</p> |  |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>Episodio convulsivo con insorgenza < 6 ore Alterazione neurol. con cincinnati > 4 h o non definibile o età > 80 anni Cecità unilaterale persistente / diplopia Cefalea ingravescente Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio)</p> |  |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>Episodio convulsivo > 6 ore Alterazione neurologiche > 6 ore Sindrome vertiginosa</p> |  |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>AZIONI CPSI AL TRIAGE</p> <p>ROSSO</p> |  |
|---|---|

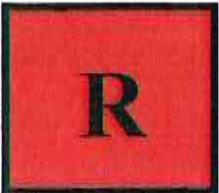
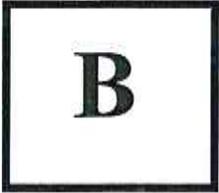
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



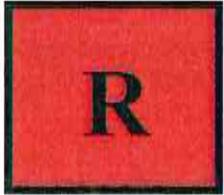
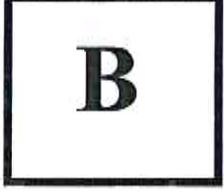
DISTURBI DERMATOLOGICI

| | |
|---|---|
| |  |
| <p>Eruzione cutanea generalizzata acuta con : Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia</p> |  |
| <p>Flogosi ascessuali Eruzione cutanea generalizzata o localizzata < 24 h Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio) Eritema solare con febbre</p> |  |
| <p>Dermatiti non complicate Punture d'insetto Neoformazioni cutanee Eritema solare Ustioni di 1° e 2° < 1%</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

DISTURBI GINECOLOGICI / OSTETRICI

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO</p> |  |
| <p>Menometrorragia importante VAS>5 Dolore violento con ritardo mestruale Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Violenza sessuale</p> |  |
| <p>Corpi estranei ritenuti Dismenorrea con vas < 5 Tumefazione regione vulvo vaginale Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio) Menometrorragia con o senza dolore Complicanza di ferita chirurgica recente</p> |  |
| <p>Leucorrea, prurito, bruciore, disuria Ritardo mestruale Contraccezione post coitale d'emergenza</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

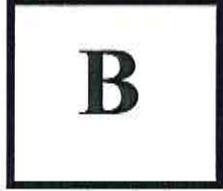
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



DISTURBI OFTALMICI

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Ferita penetrante Causticazione bulbo</p> |  |
| <p>Traumi oculari con deficit visivo Deficit visivo improvviso Ematoma palpebrale importante tale da non consentire l'ispezione dell'occhio Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia</p> |  |
| <p>Trauma oculare senza deficit visivo Disturbi del visus Congiuntiviti da raggi e/o chimiche Corpo estraneo < 24 ore Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio)</p> |  |
| <p>Infiammazioni palpebrali Iperemia congiuntivale Corpo estraneo > 24 ore Emorragia sottocongiuntivale con parametri vitali normali</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

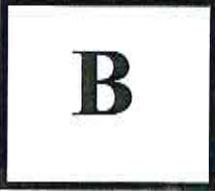
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



DISTURBI OTORINO

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Cornage, Tirage, Disfonia con segni clinici di ostruzione delle vie respiratorie da: trauma facciale o della regione anteriore del collo Inalazione di caustici/ gas ustionanti Corpo estraneo Emorragia post-tonsillectomia o da neoplasia del laringe – faringe non compensata</p> |  |
| <p>Lussazione temporo mandibolare Emorragia importante Corpo estraneo < 6 ore Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Edema dell'ugola</p> |  |
| <p>Emorragia modesta Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio) Ipoacusia non traumatiche < 24 ore</p> |  |
| <p>Ipoacusia non traumatiche > 24 ore Faringodinia Odontalgia Otalgia Flogosi minori del cavo orale Rinorrea senza sintomi influenzali</p> |  |

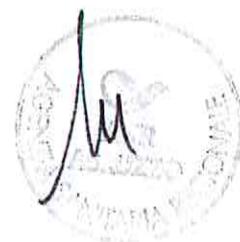
AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

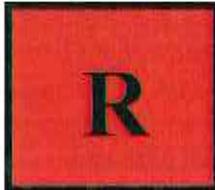
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



DISTURBI OSTETRICI

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO CONVULSIONI IN ATTO PARTO IN CORSO TRAUMA ADDOMNALE < 24 H</p> |  |
| <p>Travaglio di parto Emorragia in gravidanza Violenza sessuale Minaccia d'aborto Riferita assenza di movimenti fetali Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio)</p> |  |
| <p>Richiesta controllo attività fetale Corpi estranei ritenuti Segni di flogosi arti inferiori Dermatite verosimilmente allergica Stato d'ansia controllabile</p> |  |
| <p>Riferito ritardo mestruale Flogosi locale Contracezione Post Coitale d'emergenza</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

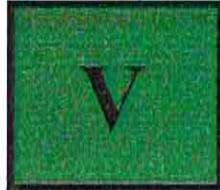
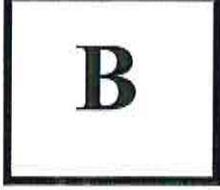
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



PATOLOGIA PSICHIATRICA

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Agitazione psicomotoria</p> |  |
| <p>Primo episodio di disturbo della sfera affettiva Patologie psicofisiche Tentato suicidio</p> |  |
| <p>Disturbi della sfera affettiva in trattamento Disturbi d'ansia Stato depressivo senza ideazione e agiti autolesionistici</p> |  |
| <p>Problematiche non riferibili in primis ad alterazioni dello stato di salute Patologia non in atto e/o in trattamento</p> |  |

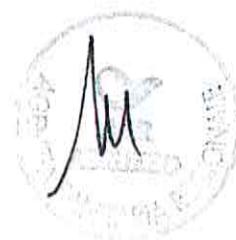
AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

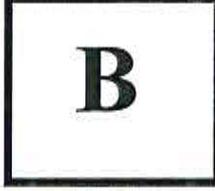
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



PATOLOGIE URO-GENITALI

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO</p> |  |
| <p>Orchialgia Ritenzione acuta d'urina Oligo-anuria ed ematuria macroscopica Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Priapismo doloroso Trauma genitali</p> |  |
| <p>Disuria/ ematuria Edema prepuziale Parafimosi Rottura frenulo con sanguinamento in atto Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, Pat. Neoplastiche)</p> |  |
| <p>Flogosi locali Disuria senza febbre Sostituzione catetere vescicale</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

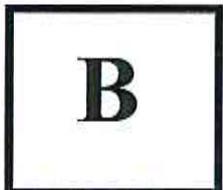
- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



TRIAGE PEDIATRICO



CEFALEA NON TRAUMATICA

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO SECONDO ETÀ Bambino abbattuto Situazioni a rischio x cefalea (disturbi del visus, vomito a getto, disfagia, trauma , rigidità nucale, alterazioni del sensorio e/o altri sintomi meningei, convulsioni in atto, turbe dell'equilibrio) PGCS CRITICO secondo età</p> |  |
| <p>Convulsioni <12 PGCS MEDIAMENTE CRITICO secondo età Situazioni a rischio x cefalea (fontanella a bombè o pulsante, ingestione e/o inalazione di tossici/farmaci/alcool, diabete, malattia neurologica)</p> |  |
| <p>Convulsioni > 12 h PGCS >13 Storia di trauma cranico > 12 h</p> |  |
| |  |

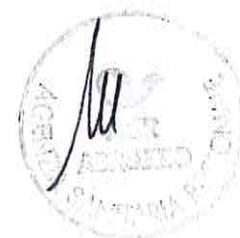
AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

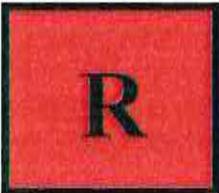
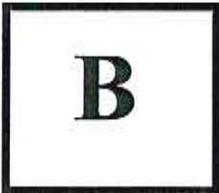
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



PATOLOGIA ORL

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Epistassi che non si arresta con tamponamento Edema importante del volto/labbro/lingua Disfagia / disfonia Situazioni a rischio x dispnea con corpo estraneo (cianosi, apnea, rumori respiratori udibili, perdita di coscienza)</p> |  |
| <p>Corpo estraneo inalato o ingerito Riferito soffocamento/cianosi risolto Vertigini Otalgia Perdita dell'udito improvvisa Tosse persistente Vomito /emorragia/ scialorrea</p> |  |
| <p>Corpo estraneo con dolore lieve-moderato Epistassi lieve Otorrea isolata Otite in atto o ricorrente Otalgia</p> |  |
| <p>Epistassi pregressa Scolo muco-purulento Mughetto Lingua e/o mucosa impaniata Riniti o infezioni alte vie aeree</p> |  |

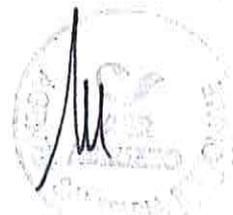
AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

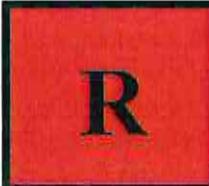
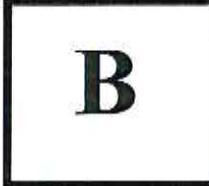
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



CONVULSIONI

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Disidratazione grave Convulsioni in atto o subentranti Bambino abbattuto Rigidità nucale o fontanella a bombeè</p> |  |
| <p>Primo episodio convulsivo Stato post critico Disidratazione modesta Pianto inconsolabile Vomito</p> |  |
| <p>Anamnesi per convulsioni febbrili Febbre nella norma</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

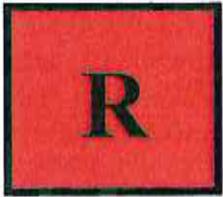
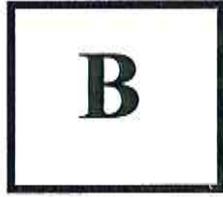
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



VOMITO/DIARREA

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Disidratazione grave-critica Stato stuporoso- bambino abbattuto MG= 9 Vomito fecaloide</p> |  |
| <p>Disidratazione moderata Irritabilità/pianto inconsolabile –inappetenza e/o difficoltà di alimentazione Vomito/diarrea con striature di sangue/gelatina di ribes Anamnesi per malattie preesistenti Neonato con vomito a getto MG7-8 Alvo chiuso – emorragia in atto</p> |  |
| <p>Disidratazione lieve Feci mucose o schiumose/ striate di sangue Diarrea/vomito in lattante < di 5 scariche die</p> |  |
| <p>Inappetenza asintomatica Vomito/diarrea occasionale asintomatico</p> |  |

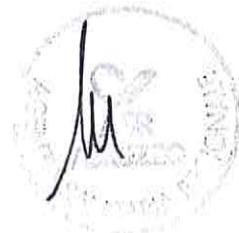
AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

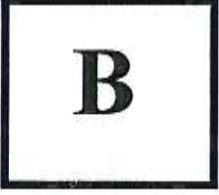
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO:

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



DISPNEA PEDIATRICA

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO – bambino abbattuto Rumori respiratori udibili Apnea > 10", cianosi pallore intenso PGCS secondo età Disfonia/disfagia/scialorrea/incapacità di parola Inalazioni di fumo da incendio o di corpo estraneo Dolore toracico opprimente/ aritmia Disidratazione grave</p> |  |
| <p>Disidratazione moderata Vertigine o episodio sincopale Ortopnea Tosse persistente Pregressa apnea senza cianosi o pallore Apatia ,lieve pallore, sonnolenza PGCS mediamente critico</p> |  |
| <p>Tosse non complicata Riferita dispnea Rinorrea faringodinia</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

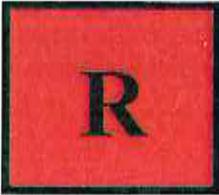
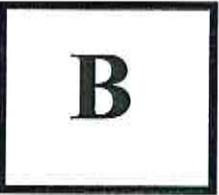
GIALLO

- TRANQUILLIZZARE i familiari, LASCIARE il bambino nella posizione che preferisce
- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

TERAPIA: Liberare le vie aeree



DOLORE ADDOMINALE

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Disidratazione grave Bambino abbattuto/ stato stuporoso Alvo chiuso / diarrea profusa Emorragia massiva in atto / discoagulopatie Vomito ematico/caffeano Feci a gelatina di ribes < 2 anni</p> |  |
| <p>Disidratazione moderata Addome disteso o rigido – Pallore mucoso evidente Tumefazione evidente – ernia irriducibile -ittero Ematuria/porpora/ ematemesi/melena/rettorragia Mancato riposo notturno-inappetenza e/o difficoltà alimentazione in lattante Ingestione di corpo estraneo/anamnesi di malattie gastrointestinali croniche ed epatpatie Ritardo mestruale</p> |  |
| <p>Dolore nel salto /vomito/diarrea Feci mucose o shiumose, feci striate di sangue Costipazione < 5 giorni Coliche gassose Vomito</p> |  |
| <p>Riferito vomito occasionale Diarrea < 5 scariche Stipsi < 5 giorni Disordine alimentare</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

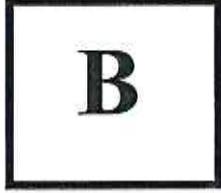
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO

- VALUTARE se DISTENSIONE ADDOMNALE e se c'è ATTEGGIAMENTO ANTALGICO
- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



PATOLOGIA URO-GENITALI

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Emorragia massiva in atto Bambino abbattuto</p> |  |
| <p>Tumefazione/dolore scrotale-orchialgia Ritardo mestruale ritenzione urinaria- oligo/anuria Priapismo/parafimosi Micro/macroematuria Improvvisa colorazione violacea dello scroto – edema generalizzato Corpo estraneo in uretra</p> |  |
| <p>Tumefazione graduale o intermittente e dolorosa allo sforzo Disuria/pollachiuria/stranguria Segni di flogosi peniena/scrotale e vaginale Dismenorrea</p> |  |
| <p>Flogosi locali Puntura d'insetto Eritema da pannolino</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti
- VALUTARE se presenti ARROSSAMENTO, TUMEFUZIONE o VERS. EMATICO nello scroto
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

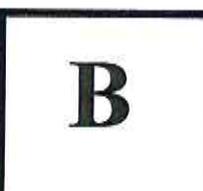


FEBBRE

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Petechie Disidratazione grave – critica Distress respiratorio severo o cianosi/ rumori respiratori udibili PGCS secondo età Crisi convulsiva in atto / rigidità nucale / ipotonia/fontanella bombeè Bambino abbattuto</p> |  |
|---|---|

| | |
|--|---|
| <p>Disidratazione moderata Pianto flebile/ irritabilità/inconsolabile Convulsioni <12 ore Cefalea intensa/vomito Dolore toracico/addominale</p> |  |
|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>Riferita convulsioni Dispnea lieve Irritabilità evidente ma consolabile</p> |  |
|--|--|

| | |
|--|---|
| |  |
|--|---|

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

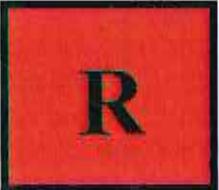
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



INTOSSICAZIONI ED AVVELENAMENTI

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Ingestioni /inalazione di caustici Convulsioni in atto Disfagia/disfonia/scialorrea – edema del volto, manifestazioni cutanee PGCS secondo età Dolore toracico – emottisi, ematemesi, rettorragia Bambino abbattuto</p> |  |
| <p>Episodio di soffocamento a domicilio con tosse persistente Dolore addominale Deficit neurologici moderati Ingestione o inalazione di farmaci o sostanze ad alta tossicità Morso di serpente</p> |  |
| <p>Ingestione > 12 ore senza sintomi Ingestione sostanze o farmaci a basso tossicità Contatto con caustici (secondo classificazioni ustioni)</p> |  |
| <p>Contaminazione biologica Assunzione di additivi alimentari o coloranti o farmaci</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

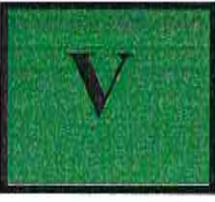
ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ANAMNESI circostanziata sull'evento
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



POLITRAUMA

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO PGCS critico secondo età Indicatori dinamici di trauma maggiore Indice di shock >1- trauma score < 8 Lattante con fontanella bombeè e pianto flebile- convulsioni in atto Ferita penetrante al capo/collo/tronco/ferita d'arma fa fuoco Amputazione o compromissione neurovascolare di un arto Enfisema sottocutaneo del collo e del torace Otorragia/otorrea/rinorragia/rinorrea/segni di sospetta depressione teca cranica</p> |  |
| <p>Lussazione visibile o frattura evidente Amputazioni dita Convulsioni < 12 ore Vertigini , episodio sincopale, cefalea Vomito in atto Ferita ampia Anomalie della coagulazione/shunt ventricolo-peritoneale/Cefaloematoma Deficit visivo</p> |  |
| <p>Trauma minore cranio-toraco-addominale > 12 ore Convulsioni >12 ore PGCS >12 Indice di shock < 1</p> |  |
| |  |

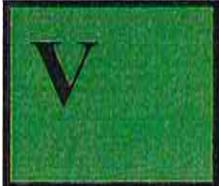
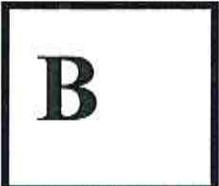
AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti
- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ANAMNESI circostanziata sull'evento
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



TRAUMA MINORE

| | |
|---|---|
| |  |
| <p>Trauma oculare, nasale, buccale, orecchio, genitale, muscolo scheletrico in neonato < 6 mesi Deficit visivo/ Ecchimosi ed ematomi periorbitali o retro auricolari Corpo estraneo nell'occhio, orecchio Lacerazioni e/o emorragie del cavo orale/ palpebrali, vaginali, rettale, peniena Lussazioni o frattura scomposta dell'arto Epistassi – rigonfiamento nasale Dispnea moderata- tosse stizzosa Denti avulsi o dislocati Riferito abuso sessuale Incapacità urinaria</p> |  |
| <p>Arrossamento oculare – edema palpebrale- lacerazioni palpebrali lievi Epistassi pregresa- rigonfiamento nasale e/o deviazione lieve Piccola ferita non sanguinante dlla lingua e/o della mucosa oro-faringea, dell'orecchio Denti fratturati</p> |  |
| <p>Trauma asintomatico Tumefazione lieve nella sede del trauma</p> |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

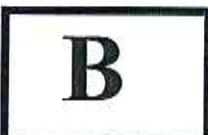
- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ANAMNESI circostanziata sull'evento
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

USTIONI

| | |
|---|---|
| ABCD NON MANTENUTO Disfagia/disfonia/scialorrea Ustioni di 2° > 15% Ustioni 3° > 10% Ustioni del volto e/o collo con dispnea Folgorazione Aritmie |  |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Ustioni 2° > 10% Ustioni 3° > 5% Ustioni 1° > 40% Ustioni capo, volto, mani, piedi, orecchie, bocca, lingua, mucose perineo di 1° e 2° Perdita di coscienza Causticazioni corneali |  |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Ustioni di 2° < 10% Ustioni di 3° < 5% Ustioni di 1° > 9% |  |
|---|---|

| | |
|--|---|
| |  |
|--|---|

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ANAMNESI circostanziata sull'evento
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



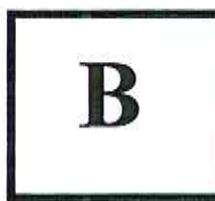
PATOLOGIA TORACICA NON TRAUMATICA

| | |
|--|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Dolore toracico lancinante irradiato al collo e/o mandibola e/o spalla/dorso/braccia Disidratazione severa Petecche/porpora</p> |  |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>Anamnesi + per cardiopatia –pacemaker - pneumopatia- kawasaki – marfan Trauma toracico < 12 ore Vertigini e/o lipotimia e/o sincope – disidratazione moderata Dolore toracico spontaneo – palpitazioni – tosse – sudorazione – pallore - cianosi Dispnea moderata / rumori respiratori udibili Edema generalizzato - emoftoe</p> |  |
|---|---|

PGCS secondo età

| | |
|--|---|
| <p>Trauma toracico < 12 ore Dolore toracico evocato da movimenti e alla palpazione e respirazione Dispnea lieve Iperventilazione Disidratazione lieve</p> |  |
|--|---|

| | |
|--|---|
| |  |
|--|---|

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO

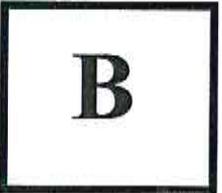


PERDITA DI COSCIENZA

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Disidratazione grave Convulsione in atto PGCS critico secondo età</p> |  |
|---|---|

| | |
|---|---|
| <p>Convulsioni < 12 ore Anamnesi + per trauma recente-malattie cardio-vascolari – neuro psichiatrica – diabete- ingestione e/o inalazioni di tossici /farmaci /alcool PGCS moderato Pallore moderato /estremità fredde Dolore toracico Cefalea</p> |  |
|---|---|

| | |
|--|---|
| <p>Episodio lipotimico o sincopale pregresso/secondario a verosimile meccanismo vaso vagale:stimolo doloroso emotivo intenso, disordini alimentari, privazioni di sonno, esposizione prolungata al sole, Stimolazione luminosa intensa Ortostatismo prolungato</p> |  |
|--|---|

| | |
|--|---|
| |  |
|--|---|

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

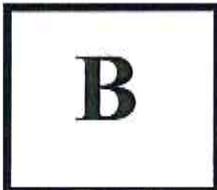
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- ACCESSO VENOSO come da protocollo unità operativa
- PRELIEVO EMATICO come da protocollo unità operativa
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



PATOLOGIA NEUROPSICHIATRICA

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO</p> |  |
| <p>Convulsioni < 12 ore Atteggiamento ostile-aggressivo- delirante Chiara volontà al suicidio e/o autolesionismo Disorientamento spazio temporale e/o incapacità ad eseguire i comandi Anamnesi + per : trauma cranico- ingestione volontaria di sostanze tossiche- epilessia- tumori cerebrali- derivazione ventricolo/peritoneale</p> |  |
| <p>Anamnesi + per disturbo psichiatrico noto Convulsioni > 12 ore Agitazione</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

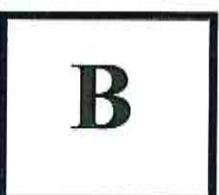
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO
-



PATOLOGIE DERMATOLOGICHE

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Rash petecchiale o purpurico generalizzato</p> |  |
| <p>Rash in neonato < 1 mese Dispnea e/o stridore e/o wheezing Edema volto-labbra-lingua-occhi Irritabilità- pianto inconsolabile nel lattante</p> |  |
| <p>Rash in lattante 1-3 mesi Anamnesi + per contagio con malattia esantematica Prurito intenso Dolore addominale crampiforme e/o diarrea Orticaria e/o rash maculo papulare vescicolare generalizzato</p> |  |
| |  |

AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

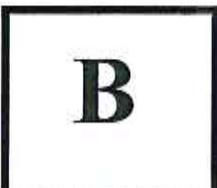
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



PATOLOGIA NON TRAUMATICA DEGLI ARTI

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Grave deficit motorio /sensitivo generalizzato Pallore e/o polso periferico assente</p> |  |
| <p>Anamnesi + per trauma < 12 ore Tumefazione estesa all'arto Incapacità a deambulare e/o sollevare pesi Deficit motorio e/o sensitivo localizzato Atassia Dispnea moderata Disturbi del visus</p> |  |
| <p>Dispnea lieve Asimmetria della forza muscolare Anamnesi + per trauma <=12 ore Lieve tumefazione dolorosa inguino scrotale e/o arto inferiore Lieve impotenza funzionale dell'arto inferiore</p> |  |
| <p>Trauma > 12 ore Lieve tumefazione non dolorosa inguino-scratale e/o all'arto inferiore senza impotenza funzinale</p> |  |

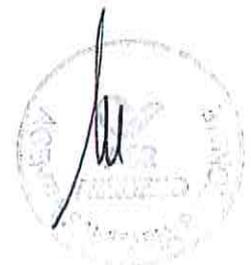
AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

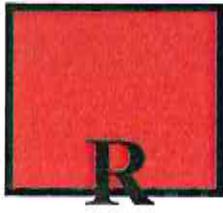
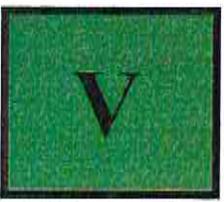
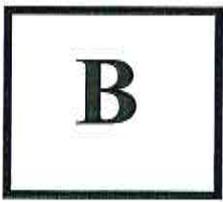
- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO



PATOLOGIA OCULISTICA

| | |
|---|---|
| <p>ABCD NON MANTENUTO Deficit visivo improvviso Lesione penetrante Lesioni da sostanze chimiche o combustione Rottura globo oculare</p> |  |
| <p>Tumefazione palpebrale estesa Alterata motilità oculare Strabismo Parziale deficit visivo Anisocoria Lesioni locale estese Anamnesi per patologie preesistenti</p> |  |
| <p>Trauma oculare >12 ore Dolore oculare moderato o pianto consolabile Fotofobia Secrezioni purulenta dell'occhio Corpo estraneo non evidente</p> |  |
| <p>Arrossamento lieve asintomatico Lacrimazione lieve Edema palpebrale localizzato asintomatico</p> |  |

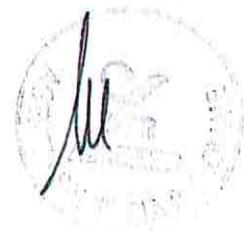
AZIONI CPSI AL TRIAGE

ROSSO

- ACCESSO IMMEDIATO IN SHOCK ROOM ed APPENA POSSIBILE, INSERIMENTO ANAGRAFICA CORRETTA . Se impossibile identificazione usare procedura x sconosciuti

GIALLO

- RILIEVO PARAMETRI VITALI
- UBICAZIONE DEL PAZIENTE
- SCELTA DELLA MODALITÀ DI ATTESA (BARELLA – SEDIA)
- RIVALUTAZIONI PERIODICHE
- INVIO A VISITA SECONDO MODALITÀ IN USO
-

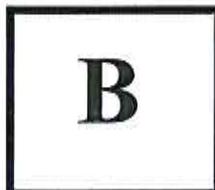


ALTERAZIONI BIOUMORALI

| | |
|--------------------|---|
| ABCD NON MANTENUTO |  |
|--------------------|---|

| | |
|---|---|
| <p>Glicemia > 400 < 35, GB > 25.000, < 2.500, HB < 7, K > 6,5 < 2,5 Creatinina > 4, Piastrine > 800.00, < 30.000, transaminasi ≥ 10 volte valore normale, bilirubina > 2,5, amilasi/lipasi > 3 volte valore rif. Reazione sistemica + (vomito, pallore, sudorazione, Alter. Sensit. E/o Mot, perdita di coscienza/ amnesia Fattori di rischio + (traumi e/o interv. Chirug. TAO, tossicosi, ind. Trauma maggiore, gravidanza o puerperio)</p> |  |
|---|---|

| | |
|-------------------------------------|---|
| Alterazioni del range significative |  |
|-------------------------------------|---|

| | |
|---|---|
| Alterazione del range non significative |  |
|---|---|



Hanno collaborato alla stesura del documento i seguenti Gruppi di lavoro

Dott. Luigi Valente
Responsabile Pronto Soccorso
L'Aquila
Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Dott. Enzo De Pratti
Responsabile Pronto Soccorso
Avezzano
Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Dott.ssa Maria Grazia Maiorano
Responsabile Pronto Soccorso
Sulmona
Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Dott. Osvaldo Tortora
Responsabile Pronto Soccorso Castel
Di Sangro
Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Dott.ssa Maria Di Felice
Responsabile Pronto Soccorso Chieti
Asl Lanciano-Vasto-Chieti

Dott. Antonio Caporrella
Responsabile Pronto Soccorso
Lanciano
Asl Lanciano-Vasto-Chieti

Dott. Lorenzo Russo
Responsabile Pronto Soccorso Vasto
Asl Lanciano-Vasto-Chieti

Dott. Antonio Iacovella
Responsabile Pronto Soccorso Ortona
Asl Lanciano-Vasto-Chieti

Dott. Enzo Sciulli
Responsabile Pronto Soccorso Atesa
Asl Lanciano-Vasto-Chieti

Dott. Alberto Albani
Responsabile Pronto Soccorso
Pescara
Asl Pescara

Dott. Giampiero Alberico
Responsabile Pronto Soccorso Penne
Asl Pescara

Dott.ssa Rita Rossi
Responsabile Pronto Soccorso
Teramo
Asl Teramo

Dott. Rossano Di Quirico
Responsabile Pronto Soccorso Atri
Asl Teramo

Dott. Carmine Galiè
Responsabile Pronto Soccorso
Giulianova
Asl Teramo

Dott. Fabrizio De Napoli
Responsabile Pronto Soccorso S.
Omero
Asl Teramo

Per l'elaborazione del Protocollo Regionale del TRIAGE

Dott.ssa . Sonia Del Vecchio
Coordinatore Infermieristico
Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Dott. Giuseppe Alfonsi
Infermiere Pronto Soccorso
Pediatrico L'Aquila
Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Dott.ssa Vania Polloni
Infermiere
Asl Lanciano-Vasto-Chieti

Dott.ssa Graziana Di Florio
Infermiera
Asl Lanciano-Vasto-Chieti

Dott.ssa Maria Fiore
Infermiera
Asl Lanciano-Vasto-Chieti

Dott.ssa Antonietta Pasquini
Infermiera
Asl Lanciano-Vasto-Chieti

Dott. Romasco Mario
Coordinatore Infermieristico
Asl Lanciano-Vasto-Chieti

Dott.ssa Maria Grazia Bianchi
Infermiera
Asl Pescara

Dott. Giuliano Scocchia
Coordinatore Infermieristico
Asl Teramo

Componenti ASR Abruzzo

Dott.ssa Manuela Di Virgilio

Dott.ssa Vita Di Iorio

Alfonso Mascitelli
DIRETTORE



