

DELIBERAZIONE 17 dicembre 2007, n. 958

Proposta di sperimentazione del modello “ See and Treat” in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori. Approvazione documento.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 che al punto 3.2.7 disciplina il progetto speciale di interesse regionale avente ad oggetto “ Strategie di miglioramento del sistema di emergenza urgenza intra ed extra ospedaliero” e prevede , ai fini dello sviluppo e dell’ottimizzazione della risposta intra –ospedaliera, la riorganizzazione del Pronto Soccorso;

Ricordato che il Progetto include fra i propri obiettivi la riconduzione del pronto soccorso alla funzione propria , che è quella di garantire l’emergenza – urgenza ed il ricovero appropriato, e la diminuzione delle attese per i codici di bassa priorità e prevede , inoltre, fra le azioni e strumenti di attuazione, la costruzione di un percorso facilitato di accesso alle strutture del P.S. dedicato espressamente alle situazioni di minore urgenza;

Visto il parere favorevole espresso in relazione al documento “ Proposta di sperimentazione del modello See and Treat in Pronto Soccorso “ dal Consiglio Sanitario Regionale nella seduta del 26 giugno 2007

Rilevato che il modello di sperimentazione ivi proposto, sviluppando ulteriormente l’organizzazione dell’area assistenziale per i codici a bassa priorità, prevede :

- l’introduzione della professionalità infermieristica, adeguatamente formata, per la gestione di alcune patologie ritenute appropriate al trattamento in See and Treat;

- l’accrescimento della funzione di triage affinché , oltre ad individuare le consuete priorità, sia possibile indicare anche un percorso professionale differenziato all’interno dell’Area attribuendo alla competenza infermieristica, per alcune tipologie d’urgenza, l’invio del paziente allo specialista attraverso un percorso facilitato (percorsi Fast Track);

Considerato che tale modello rappresenti, nel quadro delle azioni di miglioramento del Pronto Soccorso, un’efficace modalità di risposta assistenziale che consente, per le patologie lievi, di ridurre i tempi di attesa e migliorare la qualità percepita garantendo una pronta risposta medica e / o infermieristica con l’immediata presa in carico del paziente ;

Ritenuto opportuno approvare la proposta relativa alla sperimentazione del modello “ See and Treat” “ in Pronto Soccorso , allegata al presente atto di cui costituisce parte integrante (All. A);

Ritenuto, altresì , di rinviare a successivi atti della Direzione Generale del Diritto alla Salute la costituzione, previa concertazione con il C.S.R., del gruppo di lavoro regionale preposto alla definizione degli adempimenti necessari all’attuazione della sperimentazione e alla sua valutazione;

Precisato che dall’attuazione del presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico dei bilanci delle aziende sanitarie;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare il documento “ Proposta di sperimentazione del modello See and Treat in Pronto Soccorso” che costituisce parte integrante del presente atto (All. A) ;

2. di rinviare a successivi atti della Direzione Generale del Diritto alla Salute la costituzione , previa concertazione con il C.S.R., del gruppo di lavoro regionale preposto alla definizione degli adempimenti necessari all’attuazione della sperimentazione e alla sua valutazione ;

3. di precisare che dall’attuazione del presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico dei bilanci delle aziende sanitarie ;

4. di trasmettere la presente deliberazione alle Aziende Sanitarie toscane .

Il presente provvedimento, soggetto a pubblicità ai sensi della L.R. 9/95, è pubblicato per intero, allegato compreso, sul BURT, ai sensi dell’articolo 3, comma 1, della L.R. 18/96 e successive modifiche.

Segreteria della Giunta

Il Direttore Generale

Valerio Pelini

SEGUE ALLEGATO

*Consiglio Sanitario della Regione Toscana***Proposta di sperimentazione del modello “See and Treat” in Pronto Soccorso****A. Il metodo “See and Treat” in Pronto Soccorso**

Dal 1938, sulla base del RD 1631, tutti gli Ospedali devono far funzionare un servizio di Pronto Soccorso indipendente per assicurare alle urgenze provenienti dall' esterno la presenza di personale libero da impegni di assistenza ai ricoverati. L' obbligo è stato ripreso e definito dal DPR 128 del 1969, e non è stato piu' oggetto di ulteriori variazioni.

In conseguenza di questa certa e continua disponibilità assistenziale, della diffusione capillare degli Ospedali - per i cittadini italiani l'Ospedale dista in media meno di 8 km da casa¹ - e della concentrazione pressoché soltanto in questi delle strumentazioni e delle specializzazioni necessari per la totalità dei casi, inevitabilmente si è prodotto negli anni un costante incremento degli accessi. Oggi in Italia 400 abitanti su 1000 ogni anno si rivolgono al Pronto Soccorso ospedaliero, 250 dei quali per problemi di salute minori².

Dato il crescente sovraffollamento, nei Pronto Soccorso si è reso necessario discriminare i tempi di accesso per priorità clinica, prima informalmente poi con modalità standardizzate di “triage” (dal francese “trier”, selezionare), rese obbligatorie dal 2001 su tutto il territorio nazionale. Il triage è svolto da personale infermieristico che ha il compito di “definire la priorità di cura sulla base delle necessità fisiche, di sviluppo e psicosociali, sulla base dei fattori che determinano il ricorso alle cure e compatibilmente con l' andamento di flusso all' interno della struttura”³.

A seconda delle differenti modalità di triage le persone che accedono al Pronto Soccorso sono classificati in categorie di priorità assistenziale, di solito 4 o 5, che vanno dall' immediato ad attese potenzialmente anche molto lunghe. Per quanti hanno necessità di una prestazione semplice, o magari di un colloquio informativo o anche solo di essere tranquillizzati, lunghi tempi di attesa risultano spesso poco accettabili. Per i casi lievi il problema di salute potrebbe essere risolto direttamente all' accoglienza evitando diversi passaggi e procedure. Una possibile soluzione è il modello cosiddetto “See and Treat”.

Il “See and Treat” è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che sta avendo rapidissima ed ampia diffusione nel Servizio Sanitario Nazionale Inglese⁴ e che risulta efficace soprattutto nel contenimento delle attese. Pochi e semplici criteri lo caratterizzano :

1. dal consueto “triage” scaturiscono due accessi distinti, uno per i casi più gravi ed uno per le urgenze minori, cui appartiene il “See and Treat” propriamente detto;
2. esiste un' area “See and Treat” , di solito adiacente al Pronto Soccorso, con personale proprio;
3. chi accede al “See&Treat” è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, Medico o Infermiere, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine;
4. gli operatori addetti al “See and Treat” devono essere nel numero necessario per prendere in carico immediatamente il paziente ed evitare il determinarsi di lunghe code;

¹ CENSIS comunicazione stampa 12 Ottobre 2004 disponibile al sito <http://www.censis.it/>

² Ministero della Salute. Compendio Anno 2003 <http://www.ministerosalute.it/>

³ DesPlaines, IL (1999) Standards of emergency nursing practice (4th Ed.) Emergency Nursing Association (ENA)”

⁴ <http://www.wise.nhs.uk/cmsWISE/Service+Themes/emergency/seeandtreat/seeandtreat.htm>

5. il personale dell' area "See & Treat" è costituito dagli operatori più esperti e comunque deve aver ricevuto una formazione specifica per la patologia di competenza;
6. viene ammessa al "See & Treat" una casistica selezionata per appropriatezza

E' evidente che gli aspetti innovativi del modello inglese sono quelli dei criteri 1 e 3, ovvero la sostituzione della funzione di triage con una più semplice discriminazione iniziale fra casi urgenti e casi non urgenti, e, per le urgenze minori, la completa presa in carico del caso da parte del primo operatore disponibile, indifferentemente rispetto alla professionalità medica e infermieristica.

E' indubbiamente questa ultima l'innovazione più significativa, che si è dimostrata valida per promuovere l' infermiere da un apporto prevalentemente collaborativo ad una fase operativamente autonoma, duplicando in tal modo le potenzialità del punto di prestazione. E' intuitivo che in tale modo è possibile incrementare il numero delle prestazioni senza un pari, ma più limitato, incremento delle risorse umane. Parallelamente, la prescrizione del criterio n. 5 costituisce una garanzia di mantenimento della qualità della prestazione.

B. La via toscana al See and Treat

Nelle linee di miglioramento dei Pronto Soccorso che l'Assessorato al Diritto alla Salute sta promuovendo, pur rimanendo la necessità di ulteriori sviluppi organizzativi sul territorio, si afferma il principio che la risposta all'urgenza, anche solo soggettiva, deve essere fornita con efficacia e efficienza indipendentemente dai tradizionali criteri con cui abbiamo valutato l'appropriatezza dell'accesso in PS, almeno fino a che il riferimento prevalente per i problemi del cittadino sarà costituito dal PS stesso.

In tale settore la Regione Toscana ha già promosso negli ultimi anni alcuni interventi importanti con la creazione di una area assistenziale nei PS dedicata ai "codici minori". Tale area, dove esiste, è gestita da personale medico e infermieristico che operano secondo le modalità assistenziali e professionali tradizionali .

Ispirandosi al modello inglese See and Treat si possono concepire ulteriori sviluppi organizzativi della suddetta Area, che consistono:

- a) nell' introduzione della professionalità infermieristica, adeguatamente formata, nella gestione di alcune patologie (allegato n° 1);
- b) nell' arricchimento della funzione di triage mediante il quale, oltre a stabilire le consuete priorità, si può indicare anche un percorso professionale differenziato all'interno dell'Area. Inoltre diviene competenza infermieristica avviare il paziente a percorsi Fast Track, soprattutto per quanto riguarda alcune competenze specialistiche.

C. L' autonomia professionale dell'infermiere nel percorso See and Treat

Identificare le patologie che possono essere trattate in maniera autonoma dall'infermiere nel modello See and Treat rappresenta il punto di partenza per garantire l'efficacia e la sicurezza per l'esercizio di una autonomia operativa di questa figura professionale in un contesto legislativo che, al momento, ne definisce solo la cornice seppur con finalità propositive. Riteniamo questa la strada da perseguire, la quale non si esaurisce solo attraverso un'adeguata formazione e organizzazione, ma anche nel clima di fiducia ormai esistente tra i diversi professionisti esercenti la professione sanitaria, con il fine di sostenere il personale infermieristico nell'esercizio della sua autonomia operativa.

A questo fine nella fase sperimentale, successivamente esplicitata, l'operato autonomo dell'infermiere avrà una momento di condivisione su ciascun caso con il personale medico con successiva gestione di tutto il percorso assistenziale.

La presa di coscienza del background culturale e professionale raggiunto dall'infermiere, già di per sé garanzia per la sicurezza di una sua operatività garantita dall'efficacia e l'efficienza delle sue prestazioni, rappresenta, a tutt'oggi, una realtà positiva dovendo anche costituire lo stimolo per una futura normativa favorevole a promuovere una completa autonomia. A questo proposito vale la pena ricordare che le competenze professionali infermieristiche che si sono affinate, perfezionate, e consolidate negli ultimi dieci anni hanno espresso una realtà operativa già di fatto autonoma nelle terapie intensive ed in emergenza-urgenza^{5,6}.

Proprio nell'assistenza in emergenza-urgenza sono riconosciute e validate per legge competenze autonome professionali che consentono all'infermiere una gestione indipendente nei riguardi di attività assistenziali fondamentali quali, ad esempio, il triage⁷.

Le norme che regolano l'attività infermieristica identificano tre criteri guida e due criteri limite. I criteri guida sono:

- il contenuto dei decreti ministeriali istitutivi dei profili professionali (il riferimento attuale è il DM 14 settembre 1994, n. 739),
- la "formazione ricevuta" dall'infermiere che viene determinata dall'analisi degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario (oggi di laurea) e dai corsi di formazione "post base",
- e le indicazioni contenute all'interno del codice deontologico della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI.

I criteri limite sono ben espressi in un'altra norma di riferimento per l'esercizio professionale infermieristico, la legge 42/1999, dove all'art. 1 si legge:

Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

La legge sottolinea l'esistenza di un "campo proprio", quindi esclusivo, dell'infermiere che determina anche un campo di "responsabilità".

I due criteri limite previsti dalla legge 42/1999 sono determinati dalle "competenze previste per le professioni mediche" e per le altre figure sanitarie laureate. Concentreremo la nostra attenzione sul limite delle competenze previste dalla professione medica.

La migliore dottrina giuridica e medico legale ha analizzato il termine competenza che, come è noto, non ha un significato univoco nella lingua italiana. Competenza può infatti significare compito, attività che si è tenuti a svolgere oppure può significare "capacità", "abilità", "conoscenza". Nel primo caso un'attività è medica solo quando viene attribuita da apposita fonte normativa, legislativa o regolamentare, al medico. Nel secondo caso un'attività è medica quando solo le capacità, le conoscenze, il curriculum, la formazione di un medico sono in grado di porla in essere o è medica quell'attività tesa a risolvere i problemi di salute di una persona solo con l'intervento medico.

La declinazione di attività come compito non porta lontano. Il nostro legislatore da sempre è ben lontano dall'individuare definizioni generali dell'attività medica. Ben più rispondente alle finalità della legge 42/1999 è invece la declinazione di attività come capacità. Tra l'altro non sempre l'attribuzione contenuta all'interno della normativa di una attività a una data figura professionale ne comporta la esclusiva attribuzione. Può essere utile ricordare che molte attività sanitarie nascono come mediche, si trasformano per l'acquisizione delle maggiori conoscenze in attività sanitarie professionali non esclusivamente mediche e successivamente, talvolta, subiscono l'ulteriore trasformazione in attività sanitarie non più strettamente professionali ed eseguibili potenzialmente da tutta la popolazione.

⁵ DPR 27 Marzo 1992

⁶ Atti d'intesa tra Stato e Regioni 11 aprile 1996

⁷ Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Provincie Autonome del 25 ottobre 2001/Triage Intraospedaliero

Si pensi agli esempi della rilevazione della pressione arteriosa, della rianimazione cardiopolmonare e della defibrillazione con defibrillatori semiautomatici.

In questo percorso di trasformazione, da atto medico ad atto sanitario, frequentemente si è passati attraverso la definizione di attività protocollate e validate dal Direttore del servizio.

Inoltre, in questo caso, al fine di preparare il personale infermieristico alla gestione completamente autonoma della casistica definita si indica nella fase sperimentale successivamente esplicitata, che l'operatività autonoma dell'infermiere vedrà una necessaria fase di condivisione su ciascun caso con il personale medico che consenta la successiva gestione di tutto il percorso assistenziale. Questa modalità operativa costituirà la base cognitiva per proporre ulteriori avanzamenti in senso normativo per garantire la completa autonomia operativa dell'infermiere.

Niente è innovato in merito alle competenze previste per il medico in materia di certificazione e di richieste diagnostiche con implicazioni normativo – giuridiche.

D. Il percorso formativo. *Infermiere certificato in interventi di primo soccorso*

Il processo formativo ha come obiettivo quello di implementare l'appropriatezza clinica/assistenziale/organizzativa e creare un modello omogeneo per migliorare le prestazioni erogate nell'area Emergenza/Urgenza, attraverso lo sviluppo e la certificazione di competenze del personale infermieristico per la valutazione e il trattamento di casistica con problemi di salute minore e parallelamente percorsi formativi dedicati a MMG, Medici e Infermieri Coordinatori di Pronto Soccorso.

Il corso è strutturato in 3 moduli (v. **appendice 2**), con una durata complessiva di 350 ore, che prevedono l'alternanza fra formazione in aula e contestualizzazione operativa attraverso laboratori, formazione on the job e supervisione sul campo. Al termine di ogni modulo, accertata la frequenza, è prevista una valutazione finale, la cui performance scaturisce dalla valutazione delle competenze acquisite sia nella parte teorica che pratica, nel rispetto di standard predefiniti.

Per il conseguimento del titolo di *Infermiere certificato in interventi di primo soccorso* il professionista sostiene un' esame finale che consiste in prova pratica e una prova orale su situazioni clinico/assistenziali attribuibili al "See and Treat".

Approccio Metodologico

Il progetto è finalizzato allo sviluppo delle competenze infermieristiche nell'ambito del See and Treat. Quando si parla di competenze, si intende un insieme di conoscenze, abilità e comportamenti. In questo percorso formativo sarà data particolare importanza allo sviluppo delle abilità e dei comportamenti per formare i professionisti on the job.

Il primo step verte sull' analisi dei bisogni formativi attraverso il bilancio competenze capitalizzate vs competenze da capitalizzare, al fine di indirizzare la formazione sulle esigenze dei singoli professionisti. Questo primo passaggio prende in considerazione solo Infermieri esperti che operano all'interno dei Pronto Soccorso da almeno 3 anni e che abbiano acquisito le specifiche competenze per il triage.

Successivamente verrà effettuata un' elaborazioni dei dati raccolti (fabbisogno formativo) e relativa diffusione al Gruppo di Lavoro Regionale al fine di definire la progettazione di dettaglio. Durante questa fase verranno selezionati i Pronto Soccorso, o le altre strutture della Regione Toscana, che, sulla base della casistica e delle specialità, saranno individuate come sedi di formazione per l'espletamento del tirocinio.

E' prevista infine la creazione di un gruppo di valutazione che osserverà i professionisti sul campo per verificare la ricaduta della formazione effettuata e l'acquisizione delle abilità e dei comportamenti previsti.

I Medici e gli Infermieri Coordinatori dei P.S. selezionati saranno a loro volta inseriti nel percorso formativo al fine di coinvolgere tutti gli attori del sistema al cambiamento organizzativo, implementando una prima fase sperimentale con valutazione dei risultati da parte del Gruppo di Lavoro Regionale e successiva estensione della rete, con proposte di miglioramento e monitoraggio operato attraverso l' Osservatorio permanente sul sistema di emergenza – urgenza del CSR.

Contenuti

Modulo 1: 200 ore

Obiettivo: Diagnosticare e trattare la casistica selezionata per il See and Treat

- Principale casistica attribuibile al See and Treat
- Epidemiologia, fisiopatologia, diagnosi e trattamento clinico assistenziale
- Modelli organizzativi per il See and treat
- Il sistema informativo
- il sistema degli indicatori: struttura, processo ed esito
- La responsabilità e l'autonomia infermieristica

Modulo 2: 100 ore

Obiettivo: Utilizzare le evidenze e la ricerca per la pratica clinica

- Utilizzo di linea guida e protocolli per la pratica clinica
- Principali trattamenti terapeutici rispetto alla casistica selezionata
- L'Evidence Based: la ricerca delle evidenze
- Gli strumenti informatici di supporto: le banche dati
- L'impatto dell'EB sull'organizzazione

Modulo 3: 50 ore

Obiettivo: Potenziare le proprie risorse personali attraverso l'apprendimento organizzativo

- Come relazionarsi all'interno delle organizzazioni
- Teoria e tecniche degli atteggiamenti e della comunicazione interpersonale
- Le comunità di pratica e l'ITC
- Riflessioni etiche e deontologiche sull'agire infermieristico nelle situazioni selezionate per il See and Treat

Tempi di realizzazione:

Il percorso formativo per l' *Infermiere certificato in interventi di primo soccorso* ha una durata prevista di sei mesi.

Valutazione

Sono previste 3 valutazioni in itinere tese a certificare le competenze previste per ogni modulo. Le valutazioni consistono in prove di tipo orale e pratiche su specifici percorsi selezionati come See and Treat, in presenza di una commissione, Gruppo di valutazione, composta da un docente medico, un docente infermieristico, un tutor infermiere e un segretario formalmente incaricato.

Nel caso in cui il candidato non superi la performance stabilita dalla commissione, dovrà sostenere nuovamente l'esame, previo approfondimento delle tematiche previste dal modulo direttamente sul campo in presenza di un tutor designato dal progetto.

E. Percorso di avvio del Progetto “See and Treat” in Pronto Soccorso

L'avvio del progetto See and Treat con la realizzazione dell'Area dedicata ai “codici minori” con gestione infermieristica prevede:

- a) Obiettivo: ridurre le attese e migliorare la qualità percepita fornendo una pronta risposta medica e/o infermieristica al problema del paziente, in modo che non si formino lunghe code;
- b) Struttura.
 - Area triage che comprende un locale, possibilmente attiguo, dedicato alla gestione dei pazienti con problematiche minori;
 - Servizio di diagnostica radiologica dedicato al Pronto Soccorso
- c) Organizzazione.
 - Potenziamento delle risorse infermieristiche al triage per svolgere il trattamento in See and treat con personale Medico e Infermieristico dedicato
 - Nella fase di sperimentazione il percorso diagnostico – terapeutico - dimissione è controfirmato dal medico che valida l'appropriatezza e la coerenza del trattamento attuato dall'infermiere in formazione. La certificazione medica sul percorso attuato dall'infermiere deve garantire il cittadino e documentare la competenza infermieristica valorizzando la personal practice knowledge dell'infermiere, attraverso attività di coaching e di tutoring all'interno di un modello di formazione situata, cioè ancorata al contesto organizzativo, al fine di rilasciare la certificazione di competenze come Infermiere esperto in primo soccorso.
- d) Sperimentazione
L'organizzazione dell'Area dedicata ai codici minori con gestione infermieristica deve vedere una fase sperimentale di circa un anno con il coinvolgimento di almeno due PS per Area Vasta individuati dal Gruppo di lavoro regionale in accordo con l'Osservatorio permanente. Il progetto si sviluppa nel periodo 2007/2008 e prevede le seguenti fasi:
 - ☛ Settembre 2007 presentazione del progetto alle Aree Vaste e PPSS interessati
 - ☛ Ottobre 2007 avvio delle attività formative d'aula
 - ☛ Novembre 2007/Dicembre 2008: periodo di attivazione sperimentale delle attività. Nello stesso periodo sarà realizzato uno studio osservazionale atto a verificare nella pratica clinica quotidiana i risultati del See and Treat.

Per l'anno di sperimentazione le aziende coinvolte devono disporre la formazione di n.3 infermieri già operanti presso ciascuno dei 6 PS individuati.

- f) Verifica e implementazione
All'approvazione della Delibera Regionale il Gruppo di Lavoro Regionale provvederà alla definizione della documentazione necessaria all'implementazione della sperimentazione ed alla sua valutazione. Al termine del periodo sperimentale lo stesso Gruppo completerà la verifica della qualità delle prestazioni e della qualità percepita, saranno quindi apportate le modifiche ritenute necessarie, prima di procedere alla implementazione sul territorio regionale ed in prospettiva sarà valutata l'opportunità di prevedere l'attivazione anche sul territorio (Case della Salute, Punti territoriali di Primo Soccorso).
- g) sarà compito del CSR e dell'Osservatorio permanente dell'emergenza – urgenza proporre, sulla base degli eventuali risultati favorevoli della sperimentazione, alle competenti sedi normative a livello regionale e nazionale una regolamentazione che riconosca l'autonomia infermieristica nella gestione della casistica oggetto di questo documento.

Appendice 1.

Le tipologie cliniche del “See and Treat”

Per definire le patologie appropriate al trattamento in area “See & Treat” il Gruppo di Lavoro Regionale ha proceduto ad un’ elencazione delle urgenze minori compatibile con i gradi minori della classificazione in 5 gradi di severità delle emergenze “ESI – 4”⁸. In questo modello standard di triage l’ attribuzione della priorità deriva dalla gravità clinica e dal prevedibile uso di risorse (procedure, esami diagnostici, consulenze ecc.) dei servizi di Pronto Soccorso. I livelli da 1 a 3 sono caratterizzati da decrescente rischio di vita, e i livelli 4 e 5 sono univocamente rappresentativi di minima gravità e consumo di una (livello 4) o nessuna (livello 5) risorsa diagnostica o assistenziale.

L’elencazione riportata in “**Appendice 1**” comprende motivi di presentazione riferibili nella pratica corrente ai livelli ESI 4 e 5, raggruppati per organo o apparato. Sono stati esclusi l’ apparato nervoso, quello cardiovascolare e respiratorio, in quanto qualsiasi tipo di presentazione relativa a questi apparati anche se riferita e non in atto merita un approfondimento maggiore. Per lo stesso motivo sono state escluse le presentazioni per dolore addominale, anche se all’ apparenza non gravi o solo anamnestiche.

Con la dizione “fast track” sono indicate le tipologie di urgenza, sempre pertinenti ai livelli ESI 4 o 5, per cui allo stato attuale è preferibile che chi accoglie il paziente, una volta riconosciuta la situazione clinica, proceda direttamente lungo una rapida via preferenziale all’ invio allo specialista, con particolare riferimento alla popolazione pediatrica.

TIPOLOGIA	MOTIVO DI PRESENTAZIONE
Oftalmologiche	ecchimosi periorbitale Congiuntivite corpo estraneo congiuntivale corpo estraneo corneale edema periorbitale e congiuntivale emorragia sottocongiuntivale cheratocongiuntivite da ultravioletti irritazione da lenti a contatto lente a contatto dislocata patologie palpebrali e annessi
ORL	tappo di cerume otite esterna (orecchio del nuotatore) otite media corpo estraneo nell' orecchio scissione lobo dell' orecchio epistassi <i>pregressa (no anticoagulanti)</i> corpo estraneo nel naso sinusite e <i>rinite</i> faringite e <i>altre flogosi minori</i>
Odontostomatologiche	dolore articolazione temporo-mandibolare lussazione abituale della mandibola ulcera afosa herpes simplex della bocca Gengivite candidosi orale

⁸ Gilboy, N ed Altri (2005) Emergency Severity Index, Version 4: Implementation handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD.

	cheilite angolo della bocca (perlèche)
	lingua arrossata
	edema dell' uvula
	dolore dentario dopo estrazione
	dolore dentario
	Stomatiti
Toracopolmonari	raffreddamento prime vie aeree (temp)
	Costocondrite
Gastroenterologiche	Singhiozzo
	ingestione di corpo estraneo
	chiamata al centro antiveleni
	vermi intestinali
	dolore emorroidario
	stipsi cronica
	Dispepsia
	Gastroenterite non complicata
Urologiche	Cistite
	urine colorate
	Uretrite
	herpes genitale
	ritenzione urinaria (cateterismo vescicale)
Ginecologiche	dolore mestruale
	test gravidici di esclusione
Muscoloscheletriche	colpo di frusta cervicale *
	Torcicollo
	lombalgia acuta
	Fibromialgia
	artrite acuta monoarticolare
	contusioni minori
	storta del piede
	effusione traumatica
	neuropatia radiale (paralisi del Sabato sera)
	Intrappolamento del nervo radiale (cheiralgia)
	tenosinovite del pollice (De Quervain)
	dislocazione del dito
	rottura del tendone plantare
	frattura del dito
	Sintomatologie atliche osteo-articolari
Tessutali	lacerazione semplice
	avulsione superficiale della punta del dito
	rimozione di anello
	ematoma o ecchimosi subungueale
	corpo estraneo sotto l'unghia
	infezione della base ungueale
	medicazione delle dita
	rimozione di amo da pesca
	traumatismi e abrasioni da tatuaggi
	Morsi
	profilassi antitetanica
	Ferite per brevi suture
	punture da animali marini e <i>insetti</i>
	Contusione
	ferite superficiali da non suturare
	rimozione punti

Dermatologiche	Abrasioni dermatiti da contatto ustioni solari ustioni a medio spessore Geloni puntura di vespa / ape corpo estraneo nella pelle puntura da punta di penna corpo estraneo nel sottocute granuloma piogenico intrappolamento nella lampo herpes simplex orticaria <i>modesta entità</i> Lesione dermatologica pruriginosa Pediculosi Alopecia eritema da bavaglino Verruche Foruncoli cisti sebacee Idrosoadenite cisti pilonidale unghia incarnita	
Altro	Prurito isolato rialzo pressorio asintomatico Ansia	106

PERCORSI FACILITATI (FAST TRACK)

TIPOLOGIA	MOTIVO DI PRESENTAZIONE	
ORL	otite media sierosa	
odontostomatologiche	avulsione dentaria trauma dentario sanguinamento dentario complicanze ortodontiche	
ginecologiche	sanguinamento vaginale Vaginite corpo estraneo in vagina ascesso Bartolini vulvovaginite da contatto condilomi acuminati contraccezione "del giorno dopo" Patologie ginecologiche minori	
muscoloscheletriche	stiramento legamentoso	14

Appendice 2.

Percorso “See and Treat” Architettura del Percorso Formativo

