

**“L’AUTONOMIA DELL’INFERMIERE DI TRIAGE OLTRE I PERCORSI
DI FAST TRACK E SEE AND TREAT: PROGETTO DI UN AMBULATORIO
INFERMIERISTICO IN ACCETTAZIONE GERIATRICA – PUNTO DI
PRIMO INTERVENTO DELL’INRCA”**

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
OBIETTIVI.....	7
MATERIALI E METODI.....	7
LIMITI DELLO STUDIO.....	9
IL TRIAGE.....	10
OVERCROWDING E BOARDING.....	11
ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI PRIORITA’.....	15
ASPETTI NORMATIVI.....	17
SEE AND TREAT.....	19
LA REALTA’ SEE AND TREAT NELLA REGIONE TOSCANA.....	22
FAST TRACK.....	22
LA REALTA’ FAST TRACK NELLA REGIONE TOSCANA.....	24
Casistica di riferimento per la sperimentazione del “See and Treat” approvata dal gruppo di lavoro per il progetto di miglioramento del Pronto Soccorso. Osservatorio regionale sull’emergenza-urgenza della Regione Toscana.....	26

GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: FORMAZIONE E COMPETENZE DELL'INFERMIERE DI TRIAGE, NELLO SPECIFICO DEI PERCORSI DI FAST- TRACK, SEE AND TREAT E AMBULATORIO INFERMIERISTICO.....	27
RACCOLTA DATI.....	33
RISULTATI.....	37
DISCUSSIONE.....	42
SEE AND TREAT O AMBULATORIO INFERMIERISTICO?.....	45
PROGETTO AMBULATORIO INFERMIERISTICO GESTIONE SEE AND TREAT ACCETTAZIONE GERIATRICA-PUNTO DI PRIMO INTERVENTO INRCA.....	46
PERCORSO SPECIFICO PER RIPOSIZIONAMENTO SONDINO NASO GASTRICO IN ACCETTAZIONE GERIATRICA-PUNTO DI PRIMO INTERVENTO INRCA.....	51
CONCLUSIONI.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	58

INTRODUZIONE

La Legge 251/2000 dice che: “l’infermiere svolge con autonomia professionale attività diretta alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive del relativo profilo professionale nonché dal codice deontologico.”

L’interesse per l’argomento proviene dalla continua crescita dell’autonomia della professione infermieristica ed il conseguente aumento delle competenze, soprattutto nello specifico del dipartimento emergenza/urgenza, ed in pratica al mio ruolo di coordinatore infermieristico dell’unità operativa di accettazione geriatrica – punto di primo intervento dell’istituto INRCA sede di Ancona. Una figura rappresentativa del concetto di autonomia infermieristica è sicuramente l’infermiere di Triage. Il Triage è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali 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 d’accesso al trattamento. Generalmente la funzione di Triage non riduce i tempi d’attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d’interventi in emergenza e urgenza

I codici di priorità di accesso assegnati dall’infermiere di triage sono 5:

1. Rosso (accesso immediato)
2. Arancione (accesso entro 15’)
3. Azzurro (accesso entro 60’)
4. Verde (accesso entro 120’)
5. Bianco (accesso entro 240’)

L'ultimo rapporto Agenas, che ha presentato i dati sull'accessibilità della rete di Emergenza Urgenza, ha rilevato che dei 18,7 milioni di accessi che si sono registrati nei Pronto Soccorso degli ospedali italiani nel 2023 (presentando in oltre la metà dei casi una indicazione generica per disturbi generalizzati) uno su quattro è improprio. Da questo studio è risultato che il 22% degli accessi complessivi (circa 4 milioni di persone) si sono rivolte in Pronto Soccorso per ricevere cure sanitarie non urgenti. Il 68% di tutti gli accessi negli ospedali di sede di Pronto Soccorso e di Dipartimento di Emergenza Urgenza ed Accettazione di primo e secondo livello sono codici bianchi e verdi. Se al triage viene assegnato un codice bianco il tempo di permanenza risulta mediamente di 164 minuti mentre per quanto riguarda i codici verdi in media 229 minuti. Il "fast track" ed il "see and treat" rappresentano nuove modalità di realizzazione di soluzioni operative funzionali alla gestione delle emergenze, è necessario individuare strumenti regolatori condivisi che garantiscano l'erogazione di una risposta assistenziale corretta ed appropriata. Il See and Treat è un modello di risposta assistenziale ad urgenze minori predefinite che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici definiti a livello regionale per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati; è un approccio applicabile alla gestione della casistica a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica ed organizzativa che si presenta al Pronto Soccorso. Tale modalità assistenziale non può essere adottata nell'approccio a sintomatologie che necessitano di approfondimenti specialistici (es. dolori addominali, sintomi neurologici, problematiche cardiovascolari o respiratorie). Il See and Treat è introdotto in diverse realtà del panorama nazionale, offre risultati riassumibili nella riduzione delle attese e dei tempi di permanenza nei Pronto Soccorso per condizioni di urgenze minori. In questo modello organizzativo, il paziente viene preso in carico in una determinata area del Pronto Soccorso idonea allo svolgimento delle funzioni previste dai citati protocolli medico-infermieristici approvati dalla Direzione Sanitaria, ove l'infermiere in possesso di formazione specifica applica le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicura il completamento del percorso. I predetti

protocolli devono prevedere modalità di rivalutazione del paziente atti a garantire che al mutare della condizione clinica, il paziente possa essere reinserito nel percorso assistenziale di Pronto Soccorso. Il Fast Track è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alla quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. Anche per questo percorso l'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e di protocolli validati localmente che, in presenza di un quadro di patologia minore con chiara pertinenza mono-specialistica, consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente. L'adozione di questi modelli clinici-organizzativi valorizza la funzione dell'infermiere di Triage e migliora l'appropriatezza di trattamento grazie alla possibilità di attivazione di percorsi differenziati di presa in carico all'interno del pronto soccorso.

Nell'ambito specifico della realtà dell'accettazione geriatrica – punto di primo intervento dell'INRCA di Ancona una buona parte dei codici minori che accedono alla struttura sono rappresentati da pazienti geriatrici anziani che presentano problematiche legate soprattutto a:

- Sostituzione di cateteri vescicali.
- Riposizionamento di sondini naso gastrici
- Gestione e medicazione di ferite difficili
- Gestione e trattamento di lesioni da decubito.
- Controllo e medicazione di accessi venosi quali picc, midline e cateteri venosi centrali

Tali problematiche sono gestibili in autonomia dall'infermiere, questo elaborato pone, oltre all'attivazione dei percorsi di fast track, il progetto di un ambulatorio infermieristico basato sul modello See&Treat, che valorizza ulteriormente il concetto di autonomia professionale.

Per un progetto di ambulatorio infermieristico See&Treat è fondamentale la corretta gestione delle risorse umane necessarie per poter garantire determinate prestazioni, da identificare naturalmente nell'organico disponibile.

Questo elaborato si propone di identificare e gestire le risorse umane e logistiche per poter organizzare un servizio di ambulatorio infermieristico sul modello See&Treat per la gestione di determinati codici minori in autonomia dal personale infermieristico, oltre all'attuazione dei percorsi fast track. Di seguito la descrizione del Triage in generale, dalla definizione all'attribuzione dei codici di priorità e gli aspetti normativi, l'overcrowding (sovraffollamento) e boarding (stazionamento) in Pronto Soccorso, il Fast track ed il See and Treat, in generale e nella realtà della Regione Toscana. Successivamente si approfondirà l'aspetto della formazione e delle competenze dell'infermiere di triage in generale e nello specifico del See and Treat, verranno descritti i dati raccolti riguardo l'anno 2022 e 2023, uno studio retrospettivo consultando la documentazione clinica di una selezione di pazienti presi in carico presso l'accettazione geriatrica – punto di primo intervento dell'INRCA di Ancona, che hanno seguito il percorso ordinario di assegnazione da parte dell'infermiere di Triage del codice di priorità (con la descrizione dei tempi di stazionamento), che presentavano i criteri di inclusione per i percorsi di Fast Track (dermatologia, urologia e piede diabetico) e per l'ambulatorio infermieristico See&Treat. In seguito verrà descritto il progetto di ambulatorio infermieristico See&Treat dell'Accettazione geriatrica e verrà presentato un percorso specifico che è stato attivato per il riposizionamento del sondino naso gastrico per la somministrazione di nutrizione enterale (con guida metallica) nei pazienti provenienti da strutture residenziali o da domicilio che accedono in accettazione geriatrica dell'INRCA di Ancona. Questo percorso è stato definito in collaborazione con l'unità operativa di nutrizione clinica, basato sul modello See&Treat.

OBIETTIVO

Progetto di ambulatorio infermieristico per la gestione dei codici minori, oltre i percorsi di fast-track e see and treat, nella realtà dell'accettazione geriatrica – punto di primo intervento dell'INRCA di Ancona:

- Gestire o ridurre il fenomeno di overcrowding e boarding, con un utilizzo ottimale delle risorse umane, materiali e logistiche necessarie.
- “Snellire” le fasi di “processo” e di “uscita” del paziente.

OBIETTIVI SECONDARI

- Gestire le risorse umane disponibili e necessarie.
- Indentificare le risorse materiali e logistiche per poter organizzare il servizio
- Evidenziare le competenze della professione infermieristica
- Dimostrare dai dati raccolti l'effettiva utilità di un ambulatorio infermieristico, basato sul modello See&Treat, oltre i percorsi di Fast track.

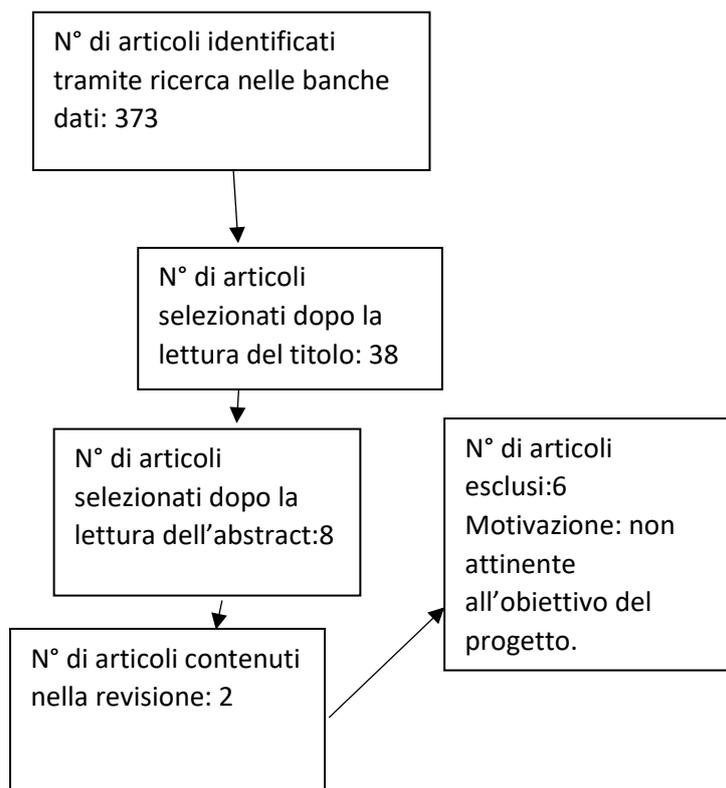
MATERIALI E METODI

- Ricerca bibliografica e sito grafica
- PICO

P	I	C	O
Overcrowding (sovraffollamento) e boarding (stazionamento) in accettazione geriatrica – punto	Identificare percorsi alternativi di gestione dei codici minori (verde e bianco) fast track,	Confronto con le realtà Nazionali di Fast Track e See and Treat, soprattutto la Regione Toscana.	Progetto di un ambulatorio infermieristico per la gestione in autonomia di alcuni codici

di primo intervento. Necessità di gestire i codici minori (verde e bianco) con percorsi alternativi	See and Treat e/o ambulatorio infermieristico nell'ambito specifico geriatrico.		minori. Miglioramento della gestione dei codici minori, dei tempi di attesa, aumento della qualità percepita dall'utente.
--	---	--	--

- Revisione della letteratura
- Consultazione della documentazione disponibile e confronto delle realtà.
- PRISMA parole chiave: Triage, S&T, Fast track, Emergency Department



- Raccolta dei dati risultanti da uno studio retrospettivo della documentazione clinica di pazienti presi in carico presso l'accettazione geriatrica – punto di primo intervento dell'INRCA di Ancona nell'anno 2022 e 2023 che hanno seguito il percorso ordinario di assegnazione da parte dell'infermiere di Triage del codice di priorità, ma che presentavano i criteri di inclusione per i percorsi

di Fast Track (dermatologia, urologia e piede diabetico) e per l'ambulatorio infermieristico See&Treat.

- Descrizione dei dati considerando i tempi di attesa e di stazionamento (boarding), evitabili se gli stessi avessero seguito i percorsi Fast Track o se fossero stati presi in carico direttamente dall'infermiere in un contesto di ambulatorio infermieristico See&Treat.
- Identificazione delle risorse umane, materiali e logistiche necessarie per l'attuazione di tali percorsi.
- Descrizione del progetto di ambulatorio infermieristico See&Treat in accettazione geriatrica e del percorso specifico per il riposizionamento del sondino naso gastrico per la somministrazione di nutrizione enterale (con guida metallica) nei pazienti provenienti da strutture residenziali o da domicilio che accedono in accettazione geriatrica dell'INRCA di Ancona in collaborazione con l'unità operativa di nutrizione clinica e basato sul modello See&Treat.

LIMITI DELLO STUDIO

I limiti dello studio sono legati sostanzialmente alle dimensioni del campione ed alla metodologia della raccolta dati. In questo studio è stata consultata la documentazione clinica relativa ai verbali degli accessi in Accettazione geriatrica-punto di primo intervento dell'anno 2022 e 2023. Non sono stati presi in considerazione quelli relativi agli anni 2020/2021 in quanto, per causa della pandemia Covid19, era presente una diversa organizzazione delle attività dell'Istituto, di conseguenza dell'Accettazione geriatrica-punto di primo intervento, per fronteggiare la situazione. La tipologia di paziente, essendo geriatrico, presenta ulteriori criticità, relative appunto alla fragilità ed alle comorbidità, che rendono più difficile l'aderenza ai criteri di inclusione per i percorsi di ambulatorio infermieristico See and Treat e Fast

track. Questi pazienti presentano comorbidità e spesso un quadro clinico instabile con alterazione dei parametri vitali, portando di conseguenza l'infermiere di Triage a decidere di assegnare un codice di priorità maggiore, criterio di esclusione appunto per i percorsi di ambulatorio infermieristico See and treat e Fast track.

IL TRIAGE

“Il triage consiste nell'attribuzione dell'ordine di trattamento dei pazienti sulla base delle loro necessità di cura e delle risorse disponibili”, definizione dell'attività di triage dell'American College of Surgeons. Il triage viene utilizzato in tutte quelle circostanze in cui si verifica una sproporzione tra la richiesta di soccorso sanitario e la possibilità di farvi fronte in maniera tempestiva e adeguata. Il triage viene applicato nei seguenti ambiti:

1. Maxi emergenze e catastrofi.
2. Soccorso extra-ospedaliero (valutazione telefonica e sul luogo dell'incidente).
3. Pronto soccorso ospedaliero.

La Raccomandazione n.15 del Ministero della Salute definisce che il triage ospedaliero è quello effettuato nei Pronto soccorso ospedalieri, dove è necessario erogare prestazioni ad ampia variabilità e specificità rispetto alle caratteristiche di priorità temporale di intervento e complessità assistenziale. Il triage infermieristico in Pronto Soccorso rappresenta il primo momento di accoglienza e valutazione delle persone che giungono in Pronto Soccorso, è una funzione volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti, del rischio evolutivo e delle risorse disponibili in modo da garantirne la presa in carico e definirne l'ordine di accesso al trattamento. Questa definizione, oltre ai principi per la valutazione del grado di priorità, pone l'attenzione alle condizioni presenti e al grado di impegno delle risorse disponibili al rischio evolutivo. Un altro elemento importante è rappresentato dal concetto di presa in carico della persona e dei suoi accompagnatori, infatti in pronto soccorso il triage rappresenta l'inizio del processo

di cura. L'accuratezza nella decisione di triage nell'assegnare il codice di priorità è necessaria per limitare il rischio di eventi avversi e per garantire l'appropriatezza della tempistica dell'accesso al servizio di emergenza in base alla gravità della condizione. Va sottolineato, nell'ambito della gestione delle risorse umane impiegate nell'attività di triage, la necessità di infermieri formati ed esperti (D.Marchisio et al, 2019).

OVERCROWDING E BOARDING

L'overcrowding, ovvero il sovraffollamento, nei servizi di Pronto Soccorso è un fenomeno noto a livello internazionale. Il normale funzionamento del Pronto Soccorso è periodicamente reso difficile dalla sproporzione esistente e misurabile tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse realmente disponibili (umane, strutturali e organizzative). Nella definizione di overcrowding dell'American College of Emergency Physicians (ACEP) nel 2006 veniva evidenziato il gap che si viene a creare fra le richieste assistenziali dell'utenza e la disponibilità di risorse da parte del Pronto Soccorso o dell'ospedale per soddisfarle. Le cause di ricorso eccessivo al Pronto Soccorso sono:

- La volontà da parte degli utenti di ottenere una risposta in tempi brevi.
 - L'aumento dei pazienti fragili e comunque di quei pazienti che necessitano di interventi sempre più rapidi.
 - La consapevolezza da parte dell'utente di trovare una risposta qualificata grazie anche all'ausilio della tecnologia nel Pronto Soccorso.
 - La difficoltà di accedere in tempi rapidi a percorsi di cura extra-ospedalieri.
- (D.Marchisio et al, 2019).

Le modalità di “misurazione” del fenomeno overcrowding (sovraffollamento) devono essere uniformi in tutti i Pronto Soccorso e basarsi su un set di indicatori statici e dinamici, la cui rilevazione deve essere effettuata in modo puntuale ed in tempo reale nell’intero arco delle 24 ore. Un ulteriore sviluppo è rappresentato dal calcolo di specifici algoritmi matematici che, tenendo conto delle stesse variabili, siano in grado di “fotografare” il livello corrente di sovraffollamento. Questi modelli matematici, consentendo una misurazione più oggettiva e riproducibile (score), permettono di superare la logica corrente del conteggio del numero degli accessi. I sistemi più validati in letteratura sono: NEDOCS, CEDOCS e SONET. Questi tre sistemi, che differiscono per gli indicatori utilizzati e la loro aggregazione, hanno dimostrato un’accuratezza variabile a seconda del setting di applicazione. L’accuratezza dei sistemi è stata verificata in base alla valutazione degli operatori in servizio in Pronto Soccorso. Ogni Pronto Soccorso deve definire delle soglie di sovraffollamento per ogni singolo indicatore o score, in particolare per gli indicatori dinamici di impegno del sistema e per i tempi di attesa al ricovero. Il raggiungimento delle soglie di sovraffollamento comporterà azioni di risposta in relazione a: attivazione di risorse aggiuntive per il Pronto Soccorso, adeguamento del sistema ospedale, interventi sulla rete dei servizi (Ministero della salute, 2019).

Nel 2003 Asplin et al. Proponevano un modello concettuale di sovraffollamento del Pronto Soccorso basato su tre componenti interdipendenti fra loro:

1. **Input:** La quantità e il tipo di cura richiesti in Pronto Soccorso.
2. **Throughput:** i processi di cura svolti all’interno del Pronto Soccorso.
3. **Output:** il movimento del paziente dal Pronto Soccorso verso il domicilio o verso altre sedi di cura.

Facendo riferimento a questo modello di flusso del sistema di emergenza è stato dimostrato che il maggior contributo al sovraccarico del sistema è determinato non tanto dai fattori di input (ingresso) quanto dai fattori di throughput (processo) e di output (uscita). Questi ultimi, diversamente dal primo, sono significativamente

modificabili adottando adeguate strategie riorganizzative. Tra i fattori di input l'incidenza maggiore è da ascrivere all'incremento degli accessi per patologie legate all'epidemiologia stagionale (epidemie influenzali, ondate di calore). Tra i fattori di throughput quello che incide maggiormente sul progressivo aumento dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso è la necessità di attivare consulenze specialistiche e accertamenti diagnostici strumentali, in particolare quelli di livello più avanzato (TAC). Tali elementi intervengono sempre con maggiore frequenza, sia per l'aumento dell'età media dei pazienti e delle comorbilità, sia per le evidenti necessità del sistema di dover garantire ricoveri "appropriati" e dimissioni "sicure". Tra i fattori di output pesa maggiormente la difficoltà a ricoverare tempestivamente, per carenze di posti letto disponibili, i pazienti che ne hanno indicazione, questo fenomeno è noto come **Boarding** (pazienti in coda, in attesa di ricovero) ed è il fattore che più influisce sul sovraffollamento, overcrowding, in Pronto Soccorso. La principale causa di overcrowding è stata individuata nella difficoltà a ricoverare i pazienti valutati e per i quali è già stato deciso il ricovero ospedaliero ma che stazionano a lungo in Pronto Soccorso in attesa del posto letto. Nella letteratura nordamericana le conseguenze deleterie del sovraffollamento sono state inquadrare come una violazione di quattro principi fondamentali di bioetica:

1. Primum non nocere.
2. Diritto a usufruire di un miglioramento delle proprie condizioni di salute.
3. Diritto al rispetto della privacy.
4. Diritto a un'equa distribuzione delle risorse sanitarie.

In conclusione le principali conseguenze del sovraffollamento, overcrowding, sono:

- Outcome avversi: incremento di eventi avversi e ridotta soddisfazione dell'utenza.
- Qualità ridotta: ritardi nei trattamenti e nei trasferimenti, ovvero ritardo nel portare il paziente nel posto giusto per il trattamento giusto.

- Difficoltà di accesso: incremento degli abbandoni, dirottamento delle ambulanze.
- Perdite per l'ospedale: aumento di eventi sentinella e del contenzioso legale.
- Conseguenze per lo staff: episodi di violenza, ridotta gratificazione, incremento del burnout (D.Marchisio et al, 2019).

Si rende necessario mettere in atto soluzioni organizzative che rendano più snelle e veloci le fasi di “processo” e di “uscita” del paziente dal sistema di emergenza/urgenza al fine di garantire un efficace e tempestivo percorso di cura e di ricovero. Per quanto riguarda i codici minori, queste soluzioni organizzative sono rappresentate dai percorsi di fast-track, see and treat e la possibilità di un vero e proprio ambulatorio infermieristico. Nella realtà dell'accettazione geriatrica – punto di primo intervento dell'INRCA di Ancona, l'ambulatorio infermieristico, per quanto riguarda la gestione di alcuni codici minori, “snellirebbe” di molto le fasi sopradescritte di processo e di uscita del paziente, riducendo il rischio di overcrowding.

Il triage, soprattutto nei momenti di sovraffollamento, diventa elemento fondamentale del sistema Pronto Soccorso, capace di garantire la presa in carico di tutti i pazienti, l'identificazione dei casi urgenti e soprattutto la rivalutazione continua e l'assistenza ai pazienti in attesa anche per lunghi periodi. Con la legge 42/1999 il ruolo dell'infermiere si è modificato e, con altri provvedimenti di legge, sono stati delineati ambiti operativi e profili di responsabilità che aprono all'infermiere triagista ampie prospettive per il futuro. Gli infermieri partecipano non solo all'attuazione sul campo dell'attività di triage, ma anche ai processi di definizione delle strategie, alle scelte di programmazione e alle attività di verifica della ricaduta degli interventi assistenziali. Gli operatori manifestano la necessità di una formazione specifica su tutti gli aspetti inerenti l'attività di triage, con periodi di affiancamento e di modelli operativi condivisi. Altra interessante prospettiva è la progressiva acquisizione da parte degli infermieri di competenze relazionali, presupposto indispensabile per una

corretta attività di triage, attraverso la frequenza di corsi specifici e la realizzazione di momenti di elaborazione dei propri vissuti esperienziali e di condivisione delle situazioni emotivamente impegnative.

Gli obiettivi principali dell'attività di triage in Pronto Soccorso sono:

- Individuazione dei pazienti urgenti e loro immediato inoltro all'area di trattamento e/o avvio di specifici percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali.
- Attribuzione a tutti i pazienti di un codice di priorità che regoli l'accesso alle cure in relazione alla gravità delle condizioni e al potenziale rischio evolutivo.

Il triage si pone una serie di obiettivi "accessori" che contribuiscono a migliorare la qualità del servizio prestato dal sistema, che sono:

- Determinare l'area più appropriata per il trattamento.
- Mantenere e migliorare l'efficacia complessiva della struttura di Pronto Soccorso.
- Ridurre lo stato d'ansia delle persone che si rivolgono alla struttura.
- Valutare periodicamente le condizioni dei pazienti in attesa (D.Marchisio et al, 2019).

ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI PRIORITA'

1. CODICE ROSSO: È una condizione che richiede un intervento aggressivo ed immediato; non può esservi tempo di attesa. La definizione fa riferimento alla perdita delle funzioni respiratorie, cardiocircolatorie o neurologiche in atto o con una compromissione tale da presumere un rischio imminente di morte.

Definizione dettagliata: Emergenza= Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali. Necessità di interventi immediati. **Accesso immediato.**

- 1. CODICE ARANCIONE:** Sono condizioni che comportano una minaccia imminente per la vita, ovvero sono quelle situazioni che dopo la valutazione di triage vengono definite “a elevato rischio evolutivo”, con possibilità di peggioramento e compromissione delle funzioni vitali in pochi minuti. Per compromissioni di funzioni d’organo o apparato si intendono anche tutte quelle situazioni in cui non vi è un reale rischio per la vita dell’individuo, ma esiste il rischio della perdita di funzione di un organo se non si interviene in tempi brevi. Possono rientrare in questa categoria anche situazioni di dolore severo, correttamente rilevato. Sono pazienti che richiedono interventi molto rapidi.

Definizione dettagliata: Urgenza Rischio di compromissione di una o più funzioni vitali, d’organo o di apparati. Presenza di rischio evolutivo. Dolore severo. **Accesso entro 15’.**
- 2. CODICE AZZURRO:** Non vi sono rischi evolutivi evidenti, ma il paziente è in uno stato di discomfort tale che richiede un intervento specifico, a volte complesso. In questo codice rientrano generalmente situazioni con dolore moderato correttamente rilevato. In questa tipologia di codice possono rientrare la richiesta di prestazioni o percorsi complessi per organizzazione o risorse necessarie.

Definizione dettagliata: Urgenza differibile= Condizione senza rischio evolutivo ma con sofferenza e ricaduta sullo stato generale. Solitamente richiede prestazioni e/o percorsi complessi. **Accesso entro 60’.**
- 3. CODICE VERDE:** Solitamente richiede prestazioni e/o percorsi non complessi. I pazienti senza rischi evolutivi hanno parametri vitali normali e dolore lieve, per i quali sono necessari solitamente interventi a bassa complessità o l’attivazione di specifici percorsi predeterminati da protocolli (Fast-track, See and treat).

Definizione dettagliata: Urgenza minore= Condizione senza rischio evolutivo. Solitamente richiede prestazioni e/o percorsi non complessi. **Accesso entro 120’.**

4. CODICE BIANCO: Sono usualmente problemi cronici oppure patologie di minima rilevanza clinica e con scarso o nullo dolore per le quali possono essere previsti altri percorsi: day hospital, day-service, poliambulatori, medico di medicina generale, case della salute. Anche in questo caso può essere prevista l'attivazione di percorsi predeterminati da protocolli (Fast-track, See and treat, ambulatorio infermieristico).

Definizione dettagliata: Non urgenza= Condizione non urgente, di minima rilevanza clinica. **Accesso entro 240'.**

Il processo di triage è l'elemento fondamentale per identificare il codice di priorità, tuttavia ci sono alcune condizioni che possono concorrere, in misura maggiore o minore, alla decisione del codice da assegnare, o in ogni caso possono essere un criterio per stabilire a parità di codice come procedere per l'ingresso dei pazienti, ricordando che l'ordine temporale di arrivo è l'ultimo dei criteri per l'accesso alla visita. Tali condizioni vengono definite modificatori:

- **Problemi legati alla gestione della sala di attesa.**
- **Presenza di protocolli e percorsi specifici per patologie tempo-dipendenti.**
- **Tipologia di struttura ospedaliera.**
- **Percorsi interni codificati (Fast-track, See and treat, ambulatorio infermieristico)**
- **Età, sesso, disabilità.**
- **Condizioni di fragilità ((D.Marchisio et all, 2019), (Ministero della salute, 2019).**

ASPETTI NORMATIVI

Legge 26 febbraio 1999 n.42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie” cita testualmente: Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il

regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974 n.225 (mansionario infermieri), a eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975 n.163 (mansionario ostetriche) e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968 n.680 (mansionario dei tecnici sanitari di radiologia medica).

Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie, di cui all'art.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.

Legge 10 agosto 2000 n.251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica” nel testo normativo si specifica che: L’infermiere agisce con “autonomia professionale” e che deve a lui essere attribuita la “diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni”.

Legge 1 febbraio 2006 n.43 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali”: Ha suddiviso i professionisti sanitari in “professionisti, “coordinatori”, “dirigenti” e specialisti” (che hanno conseguito un master di primo livello per le funzioni specialistiche). Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto sanità prevede gli incarichi professionali di infermiere “specialista” e infermiere “esperto”.

“Legge Gelli” legge 8 marzo 2017 n.24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale del personale sanitario”: È stato creato un sistema di linee guida pubbliche a cui tutti i professionisti sanitari dovranno “attenersi” nel loro esercizio professionale. Le linee guida saranno redatte dalle società scientifiche accreditate e che sono pubblicate

dall'Istituto Superiore di Sanità. La legge prevede una parziale esclusione dalla responsabilità introducendo una fattispecie particolare di omicidio colposo denominato “responsabilità colposa per morte” che riguarda solo il personale sanitario che viene esentato dalla responsabilità penale in caso di evento causato da “imperizia” solo quando si sono rispettate le linee guida pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le linee guida generali sull'emergenza n.1/1996 recanti “l'Atto di intesa tra Stato e Regioni” di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 specifica alla voce “Funzioni di triage”: All'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, 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.

D.M. 14 settembre 1994 n.739 profilo professionale dell'infermiere terzo comma dell'art.1= L'infermiere:

- a) Partecipa alla identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica alla persona e della collettività.
- b) Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi.
- c) Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico (D.Marchisio et al, 2019).

SEE AND TREAT

Il modello See and treat si affianca al triage e si diversifica come accesso distinto, generalmente con personale dedicato. Chi vi accede viene accolto “dal primo

operatore disponibile”, medico o infermiere, il quale “conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine”. Il See and treat permette all’infermiere di trattare autonomamente casistiche minori, predeterminate, fino ad arrivare a quella pratica finora vietata nel nostro Paese e che nel mondo del triage viene definita triage-out, che consiste nella dimissione del paziente senza una visita medica. Tra le varie difficoltà che si registrano, troviamo una parte dell’attività certificativa e alcuni aspetti della “dimissione”. In Italia la prima regione a potenziare questa nuova organizzazione del Pronto Soccorso e a dotarsi di una normativa di carattere regolamentare è stata la Regione Toscana (Delibera della Giunta Regionale della Regione Toscana 17 febbraio 2007, n.958 “Proposta di sperimentazione del modello See e Treat in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori”). Altre regioni invece hanno preferito diverse soluzioni:

- Triage avanzato.
- Ambulatorio dei codici bianchi.
- Fast Track (D.Marchisio et all, 2019).

Il See and Treat è l’approccio raccomandato per la gestione della casistica a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica ed organizzativa che si presenta al Pronto Soccorso. Il percorso See and Treat viene attivato dall’infermiere di Triage sulla scorta di protocolli validati a livello regionale. Il paziente viene preso in carico nell’area del See and Treat dall’infermiere con formazione specifica che applica le procedure previste dal protocollo, risolve il bisogno del paziente e, previa condivisione del caso con il medico, realizza direttamente la dimissione al completamento del percorso. In ogni momento, al mutare della condizione clinica, il paziente può essere reinserito nel percorso “tradizionale” di Pronto Soccorso. In altri casi, in base a protocolli predefiniti, può essere inviato direttamente verso percorsi alternativi a bassa complessità. Nei Pronto Soccorso “generalisti” si applicano i protocolli generali di See and Treat, che possono contenere indicazioni anche per la fascia di età pediatrica, mentre nei PS pediatrici vengono sviluppati i protocolli

specifici del See and Treat Pediatrico, nella realtà dell'accettazione geriatrica – punto di primo intervento dell'INRCA di Ancona sarebbe ipotizzabile l'applicazione di un protocollo See and Treat prettamente geriatrico. Il See and Treat si basa su protocolli medico-infermieristici predefiniti che prevedono criteri di inclusione e di esclusione per l'arruolamento alle singole problematiche. Questo percorso viene gestito da un infermiere adeguatamente formato che opera seguendo tali protocolli.

Nell'organizzazione della linea di attività a bassa complessità il See and Treat è garantito dalla presenza, in ciascun turno di servizio, di almeno un infermiere certificato e dal suo impiego flessibile. Nei Pronto Soccorso con un numero di accessi annui superiore a 30.000, o con picchi mensili maggiori di 2.500, valutabili sulla base dell'andamento stagionale degli accessi, può rendersi necessaria la presenza di un infermiere dedicato all'attività di See and Treat, laddove la funzione di gestione operativa ne identifichi l'esigenza. Tutti gli infermieri con un'esperienza di almeno due anni in Pronto Soccorso (Adulto e/o Pediatrico a seconda del tipo di Pronto Soccorso), ed in possesso della certificazione in Triage, possono essere formati per la gestione dei protocolli See and Treat, previa valutazione delle attitudini da parte del coordinatore infermieristico. Il numero degli infermieri formati è definito in rapporto all'attività da svolgere in ogni singolo Pronto Soccorso, in modo da assicurare la presenza della funzione nelle fasce orarie previste in relazione alla distribuzione quali-quantitativa degli accessi con codice minore. Le attività di See and Treat sono oggetto di monitoraggio, almeno annuale, da parte del coordinatore infermieristico rispetto agli standard di qualità predefiniti, con feedback individuale anche ai fini della valutazione del mantenimento delle competenze. Almeno ogni tre anni deve essere effettuata una rivalutazione dei protocolli assistenziali in modo da verificarne l'attualità garantendone la massima aderenza alle evidenze scientifiche. La progressiva redazione di nuovi protocolli See and Treat e l'aggiornamento di quelli già esistenti devono essere effettuati con l'obiettivo di ampliare la casistica arruolabile (Regione Toscana, Servizio sanitario della regione Toscana, 2017).

LA REALTA' SEE AND TREAT NELLA REGIONE TOSCANA

La Regione Toscana ha promosso negli ultimi anni una strategia costituita da diverse tipologie di intervento tra cui: la creazione, in Pronto Soccorso, di un'area assistenziale dedicata ai "codici minori", l'attivazione dei percorsi veloci, il Fast Track e, dall'anno 2010, l'introduzione, la prima nel panorama nazionale, del modello di presa in cura See and Treat. Dal 2012 è stato poi sviluppato anche il See and Treat in ambito pediatrico. In tutti questi approcci, l'ottimizzazione dell'integrazione medico infermieristica ha rappresentato un elemento fondamentale. Il See and Treat, diffuso nel Servizio Sanitario Nazionale Inglese, anche nella regione Toscana, ha dato risultati soddisfacenti: per i pazienti gestiti si è avuto una riduzione dei tempi di attesa e dei tempi di permanenza, una riduzione della quota degli allontanamenti, delle attese e di permanenza in Pronto Soccorso e soddisfazione degli utenti. Nei cinque anni di pratica, che hanno interessato 21 Pronto Soccorso generalisti e 2 Pronto Soccorso Pediatrici, sono stati trattati e gestiti efficacemente circa 60.000 casi. Di questi casi nessuno ha avuto come esito un ricovero, come non sono stati registrati eventi avversi, a dimostrazione della sicurezza del percorso di See and Treat. Gli stessi medici ed infermieri impegnati in questo processo, durante questo periodo, hanno contribuito a stilare i protocolli operativi di trattamento sia per quanto riguarda l'adulto che il bambino (Regione Toscana, Servizio sanitario della regione Toscana, 2017).

FAST TRACK

Il Fast Track è uno dei possibili percorsi avviati al triage per la gestione della casistica a minore criticità – urgenza – intensità e viene attivato in tutti gli ospedali in relazione alle attività specialistiche presenti. Il Fast Track si attiva mediante l'invio

alla visita specialistica da parte dell'infermiere di triage in base a specifici protocolli attivi nel presidio (ad esempio oculistica, otorinolaringoiatrica, ortopedica etc.). Lo specialista, completato il percorso clinico-assistenziale, provvede alla dimissione del paziente. I percorsi di FT si differenziano dalla "dimissione da Pronto Soccorso con invio in ambulatorio" in quanto:

- a. nel Fast Track lo specialista del percorso è il primo medico ad effettuare la visita, che viene erogata, dal punto di vista temporale, in base alla priorità assegnata al triage;
- b. nella dimissione con invio in ambulatorio il medico dell'emergenza urgenza ha già visitato il paziente, la visita può essere anche differita di uno o più giorni.

La conclusione del percorso non prevede, di norma, che il paziente rientri in Pronto Soccorso, fatti salvi i casi in cui per motivi clinici non è possibile la dimissione e se ne rende pertanto necessario l'affidamento al medico di emergenza urgenza.

Analogamente al percorso del See and Treat, nel Fast Track l'infermiere di triage opera secondo protocolli che prevedono criteri di inclusione e di esclusione per l'arruolamento ai singoli percorsi. I protocolli si configurano di fatto come PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) caratterizzati in particolare da azioni/passaggi la cui sequenza di realizzazione deve essere quanto più possibile automatica. L'istituzione di percorsi specialistici Fast Track per ciascuna delle discipline riferite deve essere valutata per il Pronto Soccorso di ciascun Ospedale in funzione della casistica specifica attesa per quella disciplina, oltre che in funzione della effettiva disponibilità di quegli specialisti nell'Ospedale. I percorsi di Fast Track sono generalmente fruibili in orari definiti in base alle caratteristiche del Pronto Soccorso e dell'ospedale in cui è collocato, al di fuori dei quali il paziente viene gestito dal medico di emergenza urgenza con le modalità ordinarie. Le fasce orarie di apertura dei percorsi Fast Track devono essere adattate alle fasce orarie di presentazione dell'utenza, considerando le variazioni settimanali e stagionali.

L'attivazione di un Fast Track dedicato è fortemente raccomandata quando sussistono le condizioni per una copertura di almeno otto ore per tutti i giorni della settimana.

Trattandosi di casistica a minore complessità con sensorio integro, di norma non vi è necessità di accompagnamento del paziente presso le strutture erogatrici dei percorsi di Fast Track, fatto salvo la presenza di specifiche esigenze sia legate alla persona che alla logistica dell'ospedale. Deve essere previsto il rientro in Pronto Soccorso nei casi in cui durante il percorso di Fast Track si evidenziano problematiche cliniche, anche ulteriori e non evidenti al triage, di competenza del medico di emergenza urgenza. Il rientro deve essere sempre preceduto da un contatto telefonico tra i medici. Il programma di formazione e retraining degli infermieri di triage dovrebbe comprendere un modulo specifico sul Fast Track. Gli specialisti e il personale coinvolti nei percorsi Fast Track devono ricevere adeguata formazione sui percorsi e sui relativi strumenti gestionali in uso (Regione Toscana, Servizio sanitario della regione Toscana, 2017).

LA REALTA' FAST TRACK NELLA REGIONE TOSCANA

I casi a minore priorità, anche solo considerando i codici bianchi e azzurri, rappresentano nella Regione Toscana circa un quarto degli accessi complessivi al Pronto Soccorso, alimentandone l'affollamento, ma vengono gestiti nella quasi totalità con un approccio mono specialistico, un basso impegno della diagnostica per immagini, strumentale e di laboratorio ed esitano quasi sempre nella dimissione a domicilio da Pronto Soccorso, risultando pertanto di rapida e agevole gestione. I modelli organizzativi realizzati negli Stati Uniti, Regno Unito, Canada e Australia, sono orientati alla gestione dei casi a minore criticità e puntano a individuare al momento del triage, assieme al problema principale, la componente specialistica prevalente per orientare l'invio del paziente allo specifico percorso. Questi percorsi specialistici, (pediatrico, ginecologico, ortopedico) e le eventuali dotazioni diagnostiche costituiscono il Fast Track Area per la gestione della casistica minore secondo protocolli diagnostico terapeutici ben definiti, con una prevalente

componente infermieristica. La visita è spesso risolutiva dell'accesso di Pronto Soccorso. In Italia i diversi modelli regionali tendono a snellire i processi evitando i passaggi senza valore aggiunto. In questo senso il l'orientamento da privilegiare è quello di individuare, già dal triage, i criteri per l'invio diretto allo specialista del percorso di Fast Track. Sono stati sperimentati positivamente negli ultimi anni numerosi protocolli di invio diretto agli accertamenti diagnostici prima della valutazione specialistica. Questi ultimi avevano inizialmente trovato difficoltà interpretative in particolare relativamente alla richiesta di esami diagnostici. Tuttavia è stato poi chiarito che la richiesta può essere ricompresa quale risposta preordinata in applicazione di protocolli condivisi tra i professionisti e validati dalle Direzioni aziendali mentre, in altri casi, l'atto prescrittivo può essere ricondotto direttamente allo specialista radiologo. Nella regione Toscana sono stati avviati alcuni percorsi Fast Track (Ortopedico, Pediatrico, Oculistico, Otorinolaringoiatrico, Urologico, Ostetrico-Ginecologico e Dermatologico) con le seguenti soluzioni organizzative:

- i percorsi sono attivati dall'infermiere di triage secondo criteri predefiniti, condivisi con le strutture organizzative specialistiche competenti;
- la responsabilità clinica è in capo al medico specialista erogante, che accede alla sola lista dei pazienti di quel percorso, chiude il caso utilizzando l'applicativo di gestione degli accessi di Pronto Soccorso e stampa la documentazione clinica da consegnare al paziente su carta intestata riportante la denominazione di ciascun percorso e della Unità Operativa responsabile;
- è possibile la re-immissione del paziente nel percorso di Pronto Soccorso in caso di invio inappropriato;
- i privilegi di accesso a software specifici, di cui sopra, e l'identificazione di ciascun percorso per ogni paziente permettono l'analisi accurata dei dati di attività di Fast Track.

Per conseguire significativi risultati nell'applicazione di modelli Fast Track è necessaria dunque la preliminare condivisione, da parte dei medici delle diverse

discipline e del personale infermieristico, e la conseguente formalizzazione, di protocolli aziendali per la gestione veloce di pazienti che accedono al Pronto Soccorso per patologie minori frequenti in cui vi è chiara evidenza del problema clinico (Regione Toscana, Servizio sanitario della regione Toscana, 2017).

Casistica di riferimento per la sperimentazione del “See and Treat” approvata dal gruppo di lavoro per il progetto di miglioramento del Pronto Soccorso.

Osservatorio regionale sull'emergenza-urgenza della Regione Toscana (C.Radice et al, 2013).

Urgenze oftalmologiche	Ecchimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva; congiuntivite; corpo estraneo congiuntivale; emorragia sottocongiuntivale; irritazione da lenti a contatto
Urgenze otorinolaringoiatriche	Tappo di cerume; otite esterna; corpo estraneo nell'orecchio; epistassi; corpo estraneo nel naso; rinite
Urgenze odontostomatologiche	Lussazione ricorrente della mandibola; dolore dentario; problemi post-estrazione dentaria
Urgenze gastroenterologiche	Singhiozzo isolato; diarrea acuta non ematica; reinserimento/disostruzione del sondino naso gastrico
Urgenze urologiche	Infezione delle basse vie urinarie; sostituzione/ disostruzione del catetere vescicale
Urgenze ginecologiche	Test gravidici di esclusione
Urgenze muscolo-scheletriche	Torcicollo; lombalgia acuta ricorrente; dolore acuto mono articolare

Urgenze traumatologiche	Contusioni minori degli arti; traumi delle dita delle mani e dei piedi non complicati; pronazione dolorosa; ferite semplici e abrasioni; avulsione superficiale della punta del dito; rimozione di anello; rimozione di amo da pesca; punture da animali marini e punture di insetti; intrappolamento nella lampo; rimozione di punti di sutura
Urgenze dermatologiche	Dermatiti da contatto; ustioni solari; ustioni minori; geloni; orticaria; pediculosi; verruche; foruncoli; cisti sebacea; idrosoadenite; infezioni del letto ungueale

GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: FORMAZIONE E COMPETENZE DELL'INFERMIERE DI TRIAGE, NELLO SPECIFICO DEI PERCORSI DI FAST-TRACK, SEE AND TREAT E AMBULATORIO INFERMIERISTICO

È dimostrato da diverse ricerche e studi che l'infermiere di triage deve avere una formazione specifica, successivamente arricchita dall'esperienza maturata. In questo lavoro verranno citati due articoli che dimostrano l'importanza del percorso formativo dell'infermiere di triage, della collaborazione di rete e della condivisione dei sistemi di triage all'interno del Paese, per quanto riguarda l'appropriatezza e la precisione nell'assegnazione dei codici di priorità e di conseguenza la gestione dei percorsi di fast track, See and Treat e eventualmente l'ambulatorio infermieristico. Interessante l'articolo "A review of triage accuracy and future direction" di Hon Lon Tam, Siu Fung Chung e Chin Ki Low, ovvero una "Revisione dell'accuratezza del

triage e della direzione futura”. Un'accurata decisione di triage permette ai pazienti di ricevere il servizio di emergenza nel momento più adatto in base alla gravità della loro condizione, una decisione di triage non accurata potrebbe prolungare i tempi di attesa dei pazienti per utilizzare il servizio, il che potrebbe portare a eventi avversi. Con lo scopo di verificare l'accuratezza del triage, nell'articolo sono stati inclusi diversi studi trasversali a livello internazionale prendendo in esame campioni di infermieri di triage in diversi Paesi, ovvero Svezia, Taiwan, Pakistan, Stati Uniti, Svizzera, Sud Africa, Brasile, Emirati Arabi e Iran. L'accuratezza del triage dagli studi era di livello moderato. Gli studi monocentrici che hanno ottenuto risultati migliori rispetto a quelli degli studi multicentrici hanno rivelato la necessità di una formazione di triage, coerente tra i reparti di emergenza. In conclusione per rafforzare l'uso dei sistemi di triage e migliorare le prestazioni di triage degli infermieri sono necessari regolari corsi di aggiornamento sul triage, la collaborazione tra i dipartimenti di emergenza e il monitoraggio continuo. La formazione deve essere strutturata e fornita da un istruttore che abbia molta familiarità con il sistema del triage. Risulterebbe strategica una collaborazione tra Pronto Soccorso per affermare che ad uno stesso paziente venga assegnato lo stesso livello di triage in qualsiasi Pronto Soccorso del Paese. Utile sarebbe una sorveglianza mensile per identificare quanto prima le esigenze di addestramento al triage. Un riconoscimento precoce dell'inesattezza del triage facilita un intervento precoce per ridurre al minimo l'incidenza di eventi avversi. Di conseguenza, le prestazioni complessive di triage possono essere migliorate (Hon Lon Ham et al, 2018). In Italia un elevato standard qualitativo di formazione è garantito dal Gruppo Formazione Triage. Nell'ambito specifico del See and Treat, che si collega direttamente al concetto di ambulatorio infermieristico, è interessante l'articolo “See and Treat” in the Emergency Department: legal aspects and professional nursing responsibility”, tradotto “See and Treat in Pronto Soccorso: aspetti legali e responsabilità professionale infermieristica”, di Cristiano Radice, Monica Ghinaglia, Renzo Doneda e Giovanna Bollini. Gli studi inclusi nell'articolo hanno dimostrato che la gestione dei pazienti

che accedono al Pronto Soccorso con problemi di salute minori in un'area dedicata, gestita da infermieri specificamente formati, ha consentito di ridurre i tempi di attesa per la visita medica ed il tempo di permanenza nel Dipartimento di Emergenza. Diversi studi hanno dimostrato i benefici dell'utilizzo del Emergency Nurse Practitioner (ENP) in termini di riduzione del tempo di attesa per la visita medica, con un considerevole aumento del grado di soddisfazione del paziente, mantenendo adeguati standard di qualità nella risposta ai problemi clinici minori. Il "See and Treat" rappresenta una possibile strategia di risposta al sovraffollamento, insieme all'adozione di protocolli avanzati di post-triage, ponendosi come principale obiettivo la riduzione del tempo di attesa in Pronto Soccorso per i pazienti classificati come codici minori, evitando così un improprio utilizzo delle risorse materiali e professionali. L'infermiere di "See and Treat" si configura come un infermiere esperto, adeguatamente formato, che opera nel rispetto di protocolli clinico-assistenziali condivisi tra medici ed infermieri. La normativa in tema di esercizio professionale non è in contrasto con l'introduzione di questa figura, anzi offre elementi per un ulteriore sviluppo professionale. La gestione del paziente in "See and Treat" viene affidata ad un infermiere esperto, denominato Emergency Nurse Practitioner (ENP). Nella realtà italiana l'ENP corrisponde ad un infermiere con competenze avanzate, in possesso di un master clinico di specializzazione o della laurea magistrale, che abbia seguito uno specifico percorso di formazione e che, per i problemi clinici minori, operi nel rispetto di protocolli clinico-assistenziali di trattamento. Diversi studi in letteratura hanno dimostrato i benefici dell'utilizzo dell'ENP in termini di riduzione del tempo di attesa per la visita, con un considerevole aumento del grado di soddisfazione del paziente, mantenendo comunque adeguati standard di qualità seppur con un lieve aumento dei costi, legato al fatto che l'ENP visita 1-2 pazienti ogni ora, mentre lo standard previsto per il medico è di 3-4 pazienti ogni ora (Carter et al., 2007). Ciò sembra essere dovuto alla rigidità dei protocolli di triage che consentono di assegnare un limitato numero di pazienti all'area "See and Treat", oltre alla maggiore attenzione posta dal ENP

all'informazione e all'educazione sanitaria. L'introduzione della figura dell'ENP può rivelarsi vantaggiosa, anche dal punto di vista economico, negli ospedali caratterizzati da un alto flusso di pazienti con complessità assistenziale medio-alta, poiché consente di utilizzare le risorse mediche solamente per la cura dei casi clinicamente più complessi (Carter et al., 2007; Ieraci et al., 2008). Risultati positivi sono stati raggiunti da diversi studi:

- Hart e Mirabella, studio osservazionale del 2009, risultato il 93% dei pazienti trattati in precedenza da un emergency nurse practitioner erano soddisfatti.
- Jennings et al, studio osservazionale del 2009, risultato positivo dato da un questionario, semi validato a 16 domande espresse con una scala di Likert a 4 punti, somministrato ai pazienti di un trauma center di primo livello.
- Nash et al, studio osservazionale retrospettivo del 2007, utilizzando un questionario costituito da 6 domande aperte con una scala di Likert a 4 punti, riportando un grado di soddisfazione pari a 3,71 per la qualità della visita ricevuta, 3,85 per la cortesia del personale sanitario, 3,45 per la durata del tempo di permanenza, 3,83 per la qualità dell'assistenza erogata, 3,87 per il rispetto della privacy e 3,78 come giudizio globale. Un ulteriore dato significativo è rappresentato da un basso tasso di ripresentazione nel Dipartimento di Emergenza nei 3 giorni successivi, pari al 3%.

L'Emergency Nurses Association ha sviluppato uno strumento di validazione delle competenze che dovrebbe possedere un ENP (Emergency Nurses Association, 2008). Rimane inoltre da sottolineare che anche l'American College of Emergency Physicians ha riconosciuto in un apposito documento l'importanza dell'utilizzo del ENP nell'ambito dell'assistenza in condizioni di emergenza (American College of Emergency Physicians, 2003). Dalla revisione della letteratura condotta da Bambi et al. (2008) emergono le caratteristiche che dovrebbe possedere un ENP per garantire una efficace gestione dei pazienti con problemi di salute minori, in particolare: esperienza, buon senso, capacità di accettare le responsabilità, di riconoscere i propri

limiti, e di chiedere aiuto. In Italia la Regione Toscana ha elaborato nel 2007 un progetto sperimentale, identificando nel “See and Treat” una possibile risposta assistenziale alle urgenze minori (Regione Toscana, Delibera n. 958 del 17 dicembre 2007; Regione Toscana, Delibera n. 449 del 31 marzo 2010). L’obiettivo è ricondurre il Pronto Soccorso alla funzione propria, che è quella di garantire un trattamento sanitario nelle situazioni di emergenza-urgenza ed il ricovero appropriato, oltre alla diminuzione delle attese per i codici di bassa priorità, attraverso la creazione di un percorso di accesso facilitato, a gestione infermieristica, per i pazienti con problemi di salute minori. La finalità principale di tale sperimentazione è verificare la possibilità di un’ottimizzazione dei tempi di risposta all’utenza e delle risorse professionali a disposizione. I problemi trattabili in “See and Treat” sono stati individuati in base all’incidenza, alla gravità, agli eventuali interventi terapeutici necessari e alla co-presenza del medico-tutor. Per quanto riguarda l’aspetto formativo, è previsto per l’infermiere assegnato all’area “See and Treat” il superamento di un corso della durata complessiva di 350 ore, considerando sia la formazione teorica che quella pratica, che consente l’acquisizione del titolo di Infermiere certificato in interventi di primo soccorso. L’avvio della sperimentazione toscana ha suscitato diverse polemiche. Secondo l’Ordine dei Medici di Bologna “si assiste ad una tendenza di sviluppo di competenze e connessi comportamenti ed attività che dall’esecutività propria dell’infermieristico-assistenziale finiscono con l’assumere di fatto carattere infermieristico-medico, allorquando viene riconosciuta all’infermiere discrezionalità in campo diagnostico-terapeutico che non può di certo trovare legittimazione sotto una dichiarata copertura della finale supervisione medica”, affermando inoltre che possa in realtà diventare un elemento favorente l’esercizio abusivo della professione medica, oltre che elemento di deresponsabilizzazione dell’infermiere (Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, 29 giugno 2010). L’Ordine dei Medici di Bologna sostiene l’illegittimità del provvedimento adottato dalla Regione Toscana in violazione dell’Art. 117, comma 3, della Costituzione Italiana in tema di ripartizione delle

competenze tra Stato e Regioni, in violazione della normativa sanitaria nazionale, dell'autonomia scientifica e deontologica della professione medica, ritenendo pertanto che possa configurarsi la fattispecie di reato previsto dall'Art. 348 Codice Penale riguardante l'esercizio abusivo della professione medica. La Federazione dei Collegi IPASVI (oggi OPI) è intervenuta nel dibattito sostenendo che l'assistenza sanitaria non si struttura solamente in un insieme di processi diagnostici e terapeutici ma anche nella rilevazione e nella risposta appropriata ai molteplici bisogni che il paziente evidenzia o che l'infermiere autonomamente rileva nell'esercizio della sua quotidiana professionalità. Le riflessioni e l'approfondimento professionale, che hanno sostenuto gli importanti cambiamenti normativi già citati, si sono concretizzati nella definizione di metodi e strumenti per pianificare, gestire e valutare correttamente l'intervento assistenziale infermieristico, per rilevare e rispondere appropriatamente ai molteplici bisogni delle persone assistite nei diversi setting ospedalieri e territoriali (Silvestro 2010). La Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza (SIMEU) ha preso le distanze da quanto sostenuto dall'Ordine dei Medici di Bologna. Richiamando quanto disposto dal D.P.R. del 27 marzo 1992, dalla Legge n. 42/1999, dalla Legge n. 251/2000, la SIMEU attribuisce agli infermieri un ruolo primario nel soccorso territoriale e nel triage di Pronto Soccorso. L'infermiere di "See and Treat" si configura come un infermiere esperto, adeguatamente formato e certificato attraverso una valutazione formale delle specifiche competenze acquisite, che, nella gestione dei problemi clinici minori, opera nel rispetto di protocolli clinico-assistenziali condivisi. Appaiono quindi prive di ogni fondamento le accuse, mosse dall'Ordine dei Medici di Bologna, di violazione dell'Art. 117, comma 3, Costituzione Italiana, poiché la Regione Toscana non ha indebitamente creato una nuova figura professionale sanitaria, ma ha semplicemente introdotto specifiche prestazioni infermieristiche, afferenti all'area critica, come individuato dal D.M. n. 739/1994, nel pieno rispetto della potestà legislativa concorrente in materia sanitaria tra Stato e Regioni. Occorre distinguere tra interventi infermieristici autonomi e interventi infermieristici su prescrizione

medica, laddove su prescrizione medica non può significare su controllo o supervisione del medico ma piuttosto, in maniera ben più complessa e articolata, come l'infermiere, in collaborazione col medico, garantisce e quindi assicura la corretta applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche, assumendosi la diretta responsabilità di tale correttezza” (Barbieri, 2010) (C.Radice et all, 2013).

RACCOLTA DATI

Sono stati esaminati, estratti dalla cartella informatizzata d'Istituto INRCA, n. 453 verbali di pronto soccorso degli accessi in Accettazione geriatrica-punto di primo intervento relativi all'anno 2022 e n. 542 verbali relativi all'anno 2023. I criteri di selezione della documentazione applicati, come previsti dai criteri di inclusione ed esclusione dei vari percorsi See and Treat e Fast Track descritti in seguito, sono:

- Codice di priorità assegnato in Triage bianco e verde.
- Diagnosi di ingresso/accettazione “Generale, Ferita/abrasione, Rimozione di punti/medicazione, Otorinolaringoiatrico/epistassi, Genitourinario, Cutaneo/dermatologico, Sostituzione/riposizionamento di Sondino nasogastrico/Catetere vescicale/PEG”.
- Tempi di attesa.
- Tipologia di prestazioni eseguite durante lo stazionamento.

I criteri di inclusione ed esclusione valutati per un eventuale idoneità all'inserimento nel percorso ambulatorio infermieristico See&Treat, descritti anche nella prima parte del progetto di tirocinio, definiti da “Regione Toscana, Servizio Sanitario della Regione Toscana, MODELLO ORGANIZZATIVO PER PERCORSI OMOGENEI IN PRONTO SOCCORSO, Linee di indirizzo 2017” [1], “C.Radice, M.Ghinaglia, R.Doneda, G.Bollini, SEE AND TREAT IN PRONTO SOCCORSO: ASPETTI LEGALI E RESPONSABILITA' PROFESSIONALE INFERMIERISTICA See and Treat in the Emergency Department: legal aspects and professional nursing responsibility. Professioni Infermieristiche 2013” [2], “A.Rosselli, G.Beccatini, M.Cappugi, G.Francois, M.Ruggeri, SEE&TREAT PROTOCOLLI MEDICO-INFERMIERISTICI: LA SPERIMENTAZIONE TOSCANA NEI PRONTO SOCCORSO. Giunti 2015” [3] e debitamente adattati alla tipologia di accessi in Accettazione geriatrica – punto di primo intervento, sono:

Criteria di inclusione See and Treat

- Ferite che non necessitano di punti di sutura, rimozione di punti di sutura, rimozione di anello, abrasioni con medicazioni semplici, ad esempio trattamento con disinfezione ed applicazione di steryl streep.
- Valutazione e medicazione di lesione da decubito.
- Problematiche dermatologiche come cisti sebacea, foruncolo, pediculosi, puntura di insetti senza reazione allergica, ustioni minori, ustioni solari con trattamento di medicazione, applicazione di pomate come Sofargen.
- Problematiche urologiche come sostituzione/rimozione di catetere vescicale, posizionamento di catetere vescicale per ritenzione urinaria/globo vescicale, malfunzionamento o dislocamento di nefrostomie o urostomie/cistostomie, trattamento di posizionamento di catetere vescicale (secondo procedura aziendale), previa esecuzione di BladderScan o videat ecografico vescicale con quantificazione del ristagno, sostituzione della sacca di raccolta.
- Epistassi anteriore (di modesta entità) in paziente non in terapia con anticoagulanti e trattamento con posizionamento di tampone nasale.
- Sostituzione/riposizionamento di sondino naso gastrico (con richiesta di RX torace per il controllo del corretto riposizionamento), controllo funzionamento PEG, medicazione e richiesta di consulenza nutrizionale per l'eventuale riposizionamento se necessario.
- Iniezioni intra-muscolari o sottocutanee dopo verifica anamnestica dell'assenza di allergie al farmaco fornito dal paziente su prescrizione medica.

Criteria di esclusione See and Treat

- Lesioni a seguito di violenza, associazioni con altre lesioni traumatiche a eccezione degli arti, diatesi emorragica, terapia con anticoagulanti orali, sospetta lesione tendinea, vascolare o nervosa. Ferite da punta o punta e taglio con agenti lesivi di lunghezza superiore a 3 cm.
- Ferita che presenta segni di infezione locale o sistemica, febbre, raccolta ematica sotto cicatriziale, necrosi dei bordi.
- Abrasioni associate a contusioni di testa, collo, torace, addome, dinamica maggiore del trauma, VAS>7.
- Epistassi di origine traumatica, contatto con sostanze irritanti, febbre, coagulopatie congenite, grave comorbilità o compromissione delle condizioni generali.
- Ustioni con traumi associati, a spessore parziale profondo >15 % dell'adulto - >10% del bambino e dell'anziano. Ustione a tutto spessore, sospette lesioni da inalazione.

- Ostruzione/rimozione di catetere vescicale in paziente che presenta condizioni recentemente compromesse, febbre > 38°.
- Rimozione/sostituzione di sondino naso gastrico in paziente con presenza di varici esofagee o stenosi esofagea nota.
- In generale compromissione di uno o più parametri vitali, necessari accertamenti diagnostici e di laboratorio, di conseguenza percorso ordinario di assegnazione da parte dell'infermiere di Triage del codice di priorità e presa in carico del paziente nel processo di pronto soccorso.

Criteri di inclusione ed esclusione nel percorso di Fast Track dermatologico ed urologico, definiti da “Regione Marche, LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO PRESSO LA RETE OSPEDALIERA DI EMERGENZA-URGENZA, 2023” [4], sono:

Criteri di inclusione Fast Track dermatologico

- Lesioni cutanee aspecifiche senza evidenza di trauma

In aggiunta nello specifico della realtà dell'Accettazione geriatrica-punto di primo intervento:

- Paziente già noto all'U.O. Dermatologia con recidiva del problema.
- Impegnativa del Medico di Medicina Generale per visita dermatologica U (urgente).

Criteri di esclusione Fast Track dermatologico

- Febbre.
- Arto gonfio e dolente.
- Allergia.
- Diabete, porpora: misurazione dei parametri vitali.
- Contaminazione cutanea (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione ed il trattamento).
- Punture d'insetto.
- Cisti suppurate con indicazione a drenaggio.
- Foruncolosi.
- Dolore o eritema al seno.
- Ustioni minori (deve essere esclusa l'ustione maggiore e deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento).

Criteri di inclusione nel percorso di Fast track urologico

- Ematuria e disuria in soggetto con anamnesi di patologia urologica: Se febbre misurazione parametri vitali, invio se non modificano la priorità. Se emorragia

da altre sedi o diatesi emorragica valutazione medica di Pronto Soccorso prima dell'invio.

- Ritenzione urinaria acuta: sospetto globo vescicale, (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento) , catetere vescicale malfunzionante o dislocato.
- Nefrostomia, urostomia/cistostomia malfunzionante o dislocata.
- Dolore o tumefazione allo scroto non traumatico: valutazione medico di Pronto Soccorso prima dell'invio.

Criteria di esclusione Fast track urologico

- Ematuria e disuria senza anamnesi di patologia urologica e senza febbre.

I Criteri di inclusione esclusione ai percorsi di Fast track Piede diabetico, definiti da “2019 IWGDF Guidelines on the prevention and management (NG19), 2015” [5], sono:

Criteria di inclusione al percorso di Fast track Piede diabetico

Ulcera non complicata:

- Assenza di necrosi/gangrena.
- Assenza di esposizione ossea e/o muscolare e/o tendinea.
- Polsi periferici normali.
- Assenza di segni di infezione.

Criteria di esclusione al percorso di Fast track Piede diabetico

Ulcera complicata:

- Necrosi.
- Presenza di esposizione ossea e/o muscolare e/o tendinea.
- Assenza di polsi periferici.
- Segni di infezione.

Ulcera con complicità severa:

- Gangrena.
- Flemmone.
- Febbre o altri segni di sepsi.

RISULTATI

I verbali selezionati degli accessi in Accettazione geriatrica – punto di primo intervento dell'anno 2022 e 2023 erano di pazienti che avevano seguito il convenzionale processo di pronto soccorso, ai quali erano stati assegnati codici di priorità bianchi e verdi (163 codici bianchi e 290 codici verdi nei 453 verbali selezionati nell'anno 2022, 251 codici bianchi e 291 codici verdi nei 542 verbali selezionati dell'anno 2023).

Dei 453 verbali degli accessi in Accettazione geriatrica-punto di primo intervento dell'INRCA di Ancona relativi all'anno 2022, 182 presentavano i criteri di inclusione per i percorsi di See and Treat e Fast track (il 40% del totale di 453 verbali degli accessi dell'anno 2022 selezionati ed esaminati). Dei 542 verbali degli accessi relativi all'anno 2023, 246 presentavano i criteri di inclusione per i percorsi di See and Treat e Fast track (il 45% del totale di 542 verbali degli accessi dell'anno 2023 selezionati ed esaminati). Vedi grafico 1 (cifre percentuali arrotondate per eccesso o per difetto a seconda del valore).

Grafico 1

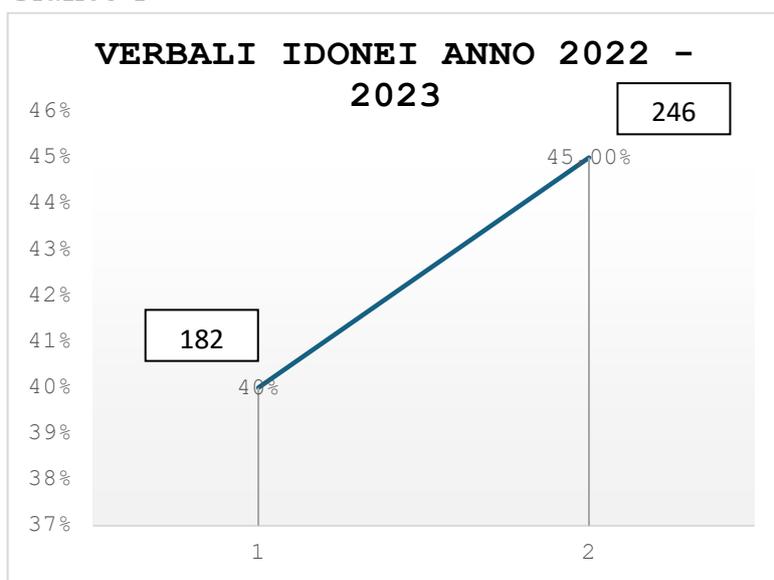


Grafico 1: Verbali degli accessi anno 2022 (1) ed anno 2023 (2) che presentavano i criteri di inclusione per i percorsi di S&T e Fast Track.

Dei 182 verbali degli accessi dell'anno 2022, 97 (il 53% del totale di 182) presentavano i criteri di inclusione per il percorso di ambulatorio infermieristico See and Treat, 85 (il 47% del totale di 182) presentavano i criteri di inclusione per i percorsi Fast track. Vedi grafico 2.

Grafico 2

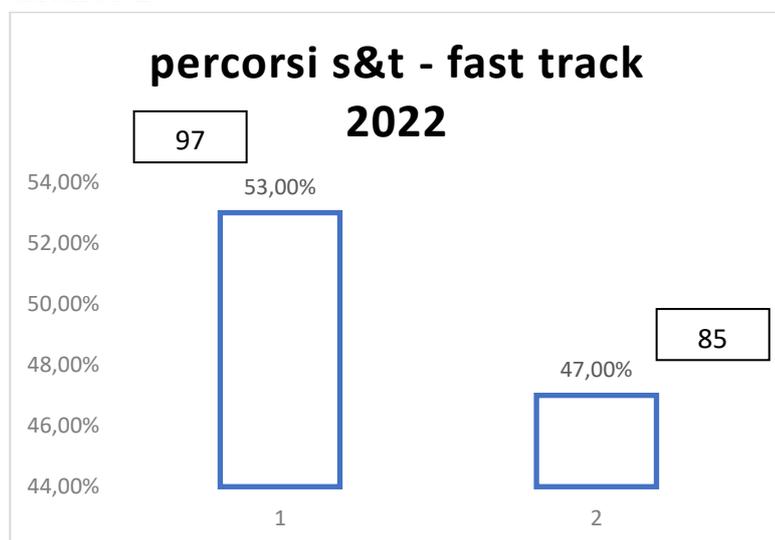


Grafico 2: verbali anno 2022 idonei per il percorso S&T (1) 53%, verbali anno 2022 idonei per i percorsi Fast Track (2) 47%.

Degli 85 verbali anno 2022 idonei per i percorsi Fast Track, 59 sarebbero stati arruolabili per il Fast Track dermatologico (il 69% del totale di 85), 9 per il Fast

Track urologico (l'11% del totale di 85), 17 per il Fast Track del piede diabetico (il 20% del totale di 85). Vedi grafico 3

Grafico 3

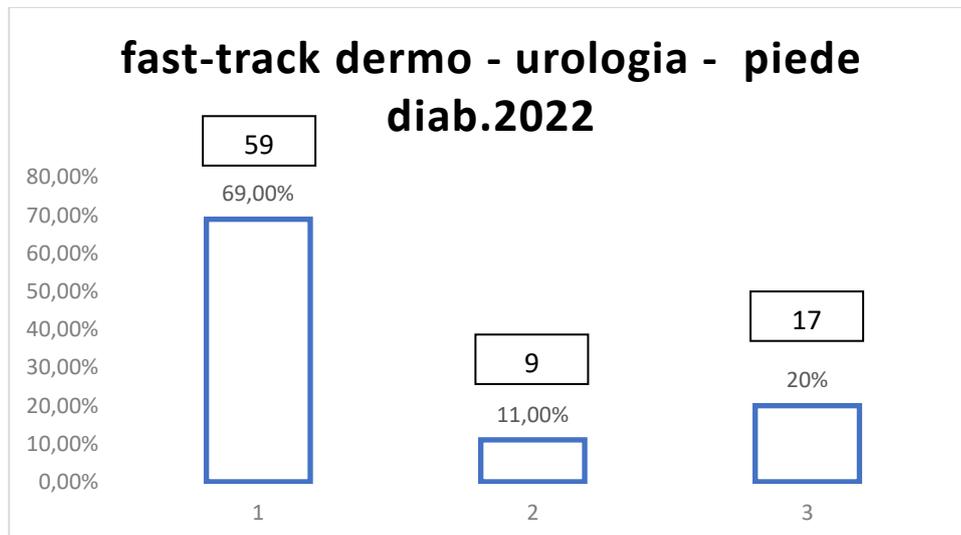


Grafico 3: 69% verbali anno 2022 idonei al Fast Track dermatologico (1), 11% verbali anno 2022 idonei al Fast Track urologico (2), 20% verbali anno 2022 idonei al Fast Track di piede diabetico (3).

Dei 246 verbali degli accessi dell'anno 2023, 159 (il 65% del totale di 246) presentavano i criteri di inclusione per il percorso di ambulatorio infermieristico See and Treat, 87 (il 35% del totale di 246) presentavano i criteri di inclusione per i percorsi Fast track. Vedi grafico 4.

Grafico 4

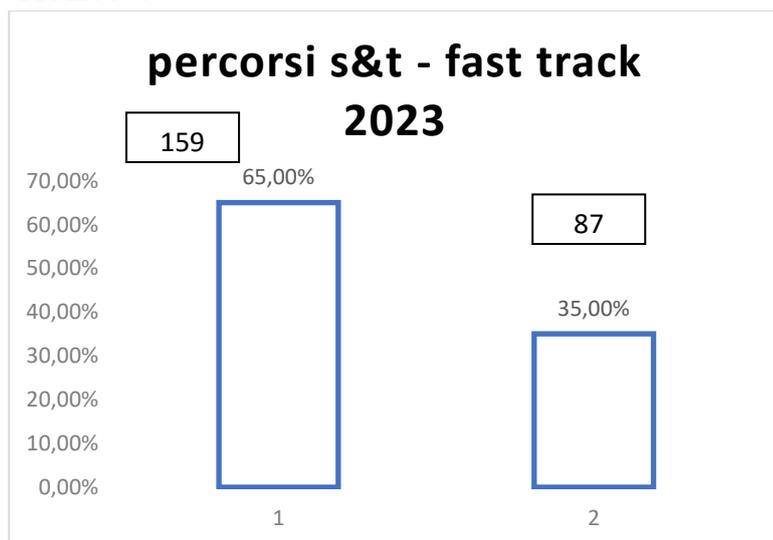


Grafico 4: verbali anno 2023 idonei per il percorso S&T (1) 65%, verbali anno 2023 idonei per i percorsi Fast Track (2) 35%.

Degli 87 verbali anno 2023 idonei per i percorsi Fast Track, 62 sarebbero stati arruolabili per il Fast Track dermatologico (il 71% del totale di 87), 15 per il Fast

Track urologico (il 17% del totale di 87), 10 per il Fast Track del piede diabetico (il 12% del totale di 87). Vedi grafico 5.

Grafico 5

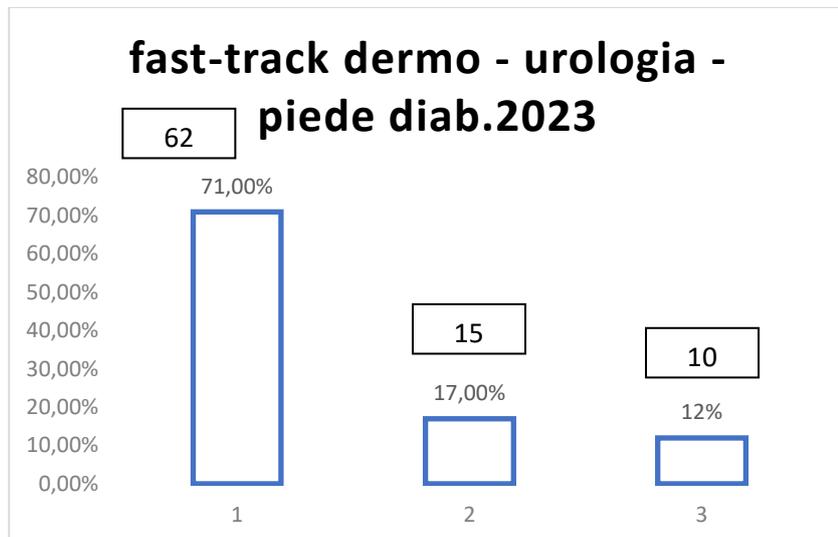


Grafico 5: 71% verbali anno 2023 idonei al Fast Track dermatologico (1), 17% verbali anno 2023 idonei al Fast Track urologico (2), 12% verbali anno 2022 idonei al Fast Track di piede diabetico (3).

Di seguito i grafici 6 e 7 che descrivono il confronto dei dati rilevati dai verbali degli accessi in Accettazione geriatrica-punto di primo intervento, idonei ai percorsi See and Treat e Fast Track, dell'anno 2022 e 2023.

Grafico 6

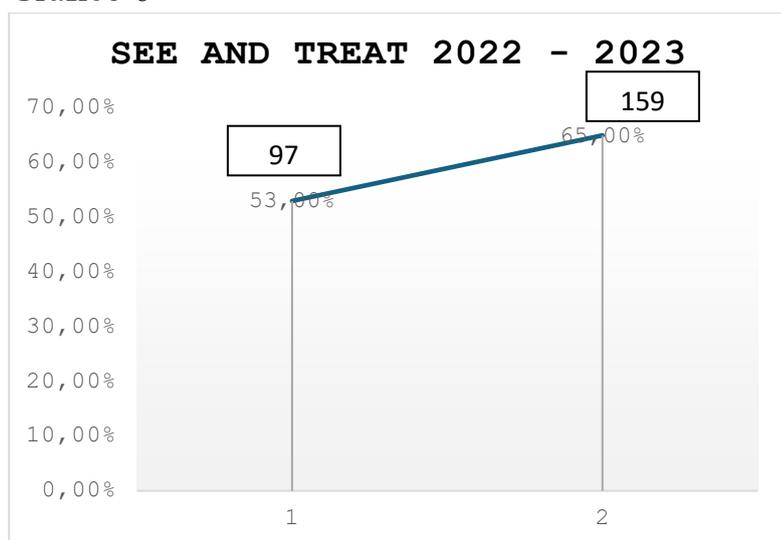


Grafico 6: Verbali degli accessi che presentavano i criteri di inclusione per il percorso di ambulatorio infermieristico See and Treat anno 2022 53% del totale di 182 (1) e anno 2023 65% del totale di 246 (2).

Grafico 7

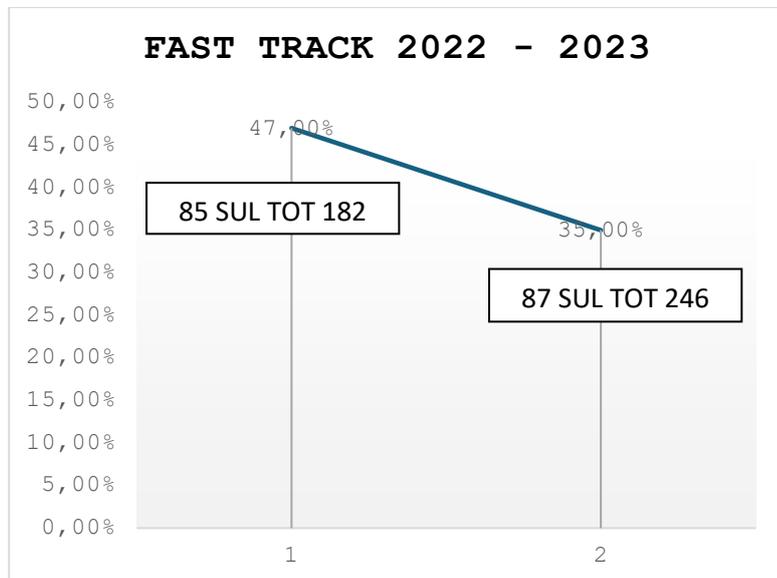


Grafico 7: Verbali degli accessi che presentavano i criteri di inclusione per i percorsi di Fast Track anno 2022 47% del totale di 182 (1) e anno 2023 35% del totale di 246 (2).

Per quanto riguarda i verbali degli accessi anno 2022 e 2023 idonei al percorso di ambulatorio See and Treat buona parte, soprattutto nell'anno 2023, dei pazienti necessitavano del riposizionamento del Sondino naso gastrico con guida metallica specifico per la nutrizione enterale. Nel dettaglio 12 verbali dell'anno 2022 (il 12% del totale di 97 verbali idonei al percorso S&T) e 77 verbali dell'anno 2023 (il 48% del totale di 159). Vedi grafico 8.

Grafico 8

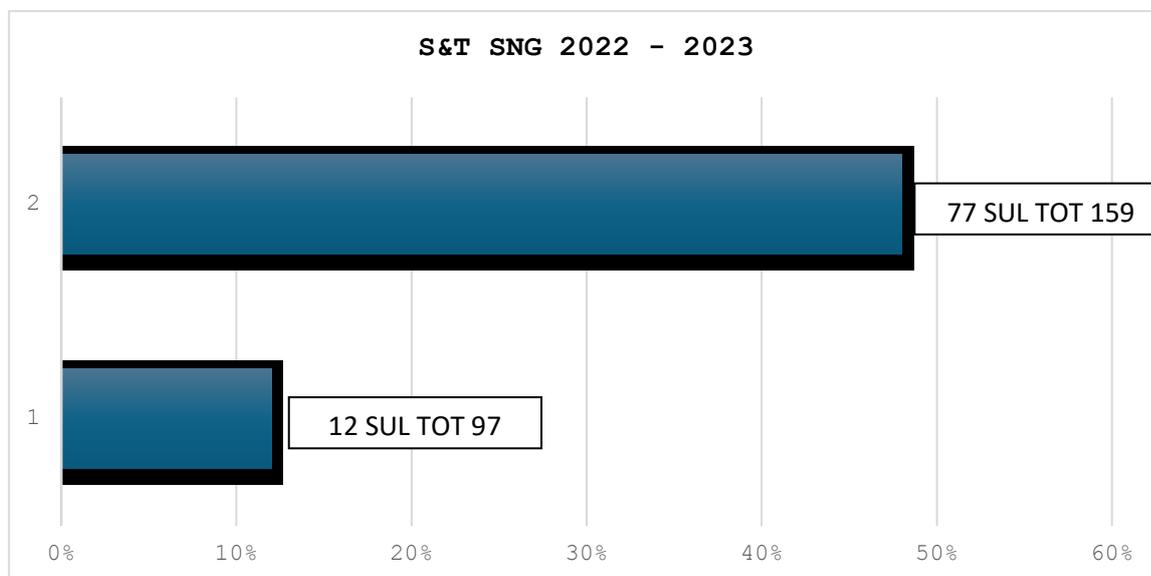


Grafico 8: 12% sul totale di 97 verbali dell'anno 2022 idonei al percorso S&T di pazienti che necessitavano del riposizionamento del SNG (1), 48% sul totale di 159 verbali dell'anno 2023 idonei al percorso S&T di pazienti che necessitavano del riposizionamento del SNG (2).

Di tutti i verbali degli accessi dell'anno 2022 e 2023 che presentavano i i criteri di inclusione per i percorsi di ambulatorio infermieristico See and Treat e Fast Track, i tempi di attesa prima di essere visitati dal medico di PS, in vista del fatto che hanno seguito il convenzionale processo di pronto soccorso, sono stati in media 120 minuti per i codici verdi e 240 minuti per i codici bianchi (media totale codici bianchi/verdi 180 minuti). In alcuni casi degli utenti hanno abbandonato il luogo di cura prima della visita visto il prolungarsi dei tempi di attesa.

Tabella riassuntiva dei risultati della raccolta dati:

	2022	2023
CAMPIONE	453	542
CRITERI ESCLUSIONE	271	296
CRITERI INCLUSIONE	182	246
SEE AND TREAT	97	159
SEE AND TREAT SNG	12	77
FAST TRACK	85	87
FT DERMATOLOGIA	59	62
FT UROLOGIA	9	15
FT PIEDE DIABETICO	17	10
MEDIA TEMPI DI ATTESA	180 '	180 '

DISCUSSIONE

Alla luce dei risultati della raccolta dati è evidente l'effettiva utilità di un ambulatorio infermieristico basato sul modello See and treat nella realtà dell'accettazione geriatrica-punto di primo intervento dell'INRCA, il 53% del totale di 182 verbali degli accessi dell'anno 2022 ed il 65% del totale di 246 verbali dell'anno 2023 risultava idoneo ai criteri di inclusione per questo percorso. Per quanto riguarda il

percorso Fast track la maggior parte dei verbali, il 69% del totale di 85 verbali degli accessi dell'anno 2022 ed il 71% del totale di 87 verbali dell'anno 2023, presentava i criteri di inclusione per il fast track dermatologico, un risultato che mette in evidenza questo tipo di percorso rispetto ai fast track urologico e piede diabetico. Questi ultimi comunque entrano a far parte di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) specifici, soprattutto per quanto riguarda il centro di piede diabetico che rappresenta una realtà specialistica per quanto riguarda la presa in carico di questa tipologia di pazienti, collegandosi appunto con l'accettazione geriatrica-punto di primo intervento ed il CAD (centro antidiabetico). I tempi di attesa media dei verbali degli accessi che presentavano i criteri di inclusione per i percorsi See and treat e fast track ma che hanno seguito il percorso attuale ordinario di pronto soccorso sono stati in media tra i 120 ed i 240 minuti. Di seguito le tabelle con i tempi attivi e tempi di attesa in pronto soccorso con percorso ordinario e con i percorsi di ambulatorio infermieristico basato sul modello See and Treat e Fast track (A.Rosselli et al, 2015):

ATTESE =

PERCORSO ATTUALE DI PRONTO SOCCORSO:

ARRIVO PAZIENTE	TRIAGE	INS. IN LISTA	VISITA DEL MEDICO	TERAPIA DA INF.	CONCLUSIONE
-----------------	--------	---------------	-------------------	-----------------	-------------

PERCORSO DI AMBULATORIO INFERMIERISTICO SEE AND TREAT:

ARRIVO PAZIENTE	TRIAGE	INS. IN LISTA	TERAPIA DA INF.	SUPERV. MEDICO TUTOR	CONCLUSIONE
-----------------	--------	---------------	-----------------	----------------------	-------------

PERCORSO FAST TRACK

ARRIVO PAZIENTE	TRIAGE	INVIO AL MEDICO SPECIALISTA	VISITA E/O TRATTAMENTO	CONCLUSIONE
-----------------	--------	-----------------------------	------------------------	-------------

Le LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO PRESSO LA RETE OSPEDALIERA DI EMERGENZA-URGENZA (Regione Marche, 2023) presentano precise raccomandazioni riguardo i percorsi di See and treat e fast track. Il See and Treat (tecnicamente, vuol dire “guarda e tratta”) è un modello organizzativo per il trattamento di alcune urgenze minori, sulla base delle indicazioni nazionali, che non può prescindere dall'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici per la gestione della casistica a bassa intensità di cura. Tale modalità assistenziale non può essere adottata nell'approccio a sintomatologie che necessitano di approfondimenti specialistici (es. dolori addominali, sintomi neurologici, problematiche cardiovascolari o respiratorie...) ma per i soli casi previsti dai protocolli approvati dalla Direzione Sanitaria che devono prevedere modalità di rivalutazione del paziente atti a garantire che al mutare della condizione clinica, il paziente possa essere reinserito nel percorso assistenziale di Pronto Soccorso. Il personale infermieristico che svolge l'attività di See and Treat, deve essere in

possesso di formazione specifica, applicare le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicurare il completamento del percorso. Dopo la fase di triage che definisce il caso come trattabile con il See and Treat, l'infermiere, nella zona dedicata, esegue l'accertamento e le necessarie prestazioni adeguate alla risoluzione del problema (alcuni esempi: rimozione tappo di cerume, otite esterna, epistassi, rinite, cisti sebacee, foruncolo, idrosadenite, pediculosi, pateruccio, geloni, punture di insetti, ritenzione di zecca, ustioni minori, abrasioni, sostituzione catetere vescicale, etc.). I protocolli prevedono anche la possibilità da parte dell'infermiere del See and Treat, se necessario, di avviare il paziente ai percorsi "Fast Track". In adempimento a quanto stabilito dalle indicazioni ministeriali, all'interno del PS devono essere realizzati percorsi separati clinico organizzativi diversi in base alla priorità che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS facilitando contemporaneamente l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri. Il FAST TRACK o "percorso breve" è una procedura operativa per la gestione intraospedaliera delle prestazioni di Pronto Soccorso per pazienti con patologie minori, ben definite, e con interessamento d'organo o apparato limitato e circoscritto. Tale procedura consiste nella strutturazione di un "percorso veloce" che includa l'attivazione di protocolli condivisi "ad hoc" che, sulla base di criteri di inclusione ed esclusione, avviano il paziente direttamente dalla sede del triage, alla specifica visita specialistica. Gli obiettivi principali di questo percorso sono:

- la riduzione dei tempi di attesa in Pronto Soccorso per quei pazienti che non richiedono prestazioni a carattere di emergenza/urgenza e che, non trovandosi in condizioni di particolare complessità, possono accedere direttamente alla prestazione specialistica, su valutazione dell'infermiere di triage, attraverso l'applicazione di protocolli condivisi con il personale medico di riferimento;
- migliorare la qualità percepita dall'utente rispetto al Pronto Soccorso ed al Servizio Sanitario in genere;
- ridurre il sovraffollamento del Pronto Soccorso.

Il "fast track" deve essere applicato in tutte le strutture ospedaliere quale strumento necessario ed indispensabile per migliorare i percorsi intraospedalieri, da attivare per il maggior numero di discipline presenti e per tutte le condizioni cliniche consentite. Possono essere previsti, in via sperimentale, in specifici contesti, di concerto con la Direzione Medica Ospedaliera (DMO), percorsi organizzativi ed amministrativi che consentano al medico specialista di completare l'iter diagnostico o di ricoverare direttamente il paziente, senza reinviarlo all'attenzione del medico del PS, qualora non siano necessari eventuali ulteriori accertamenti di rilievo (Regione Marche, 2023).

Altro interessante risultato è il numero di verbali di pazienti che presentavano i criteri di inclusione See and treat che necessitavano del riposizionamento del sondino naso

gastrico con guida metallica per la nutrizione enterale. Soprattutto per quanto riguarda l'anno 2023 con il 48% del totale di 159 verbali degli accessi in accettazione geriatrica-punto di primo intervento che presentavano i criteri di inclusione per il percorso See and treat.

Sulla base dei risultati della raccolta dati e su quanto indicato dalle linee guida regionali per la presa in carico presso la rete ospedaliera di emergenza urgenza, tenendo conto della specificità del paziente geriatrico, di seguito il progetto di un percorso di ambulatorio infermieristico, basato sul modello See and treat, in accettazione geriatrica-punto di primo intervento e di un percorso specifico, legato all'ambulatorio infermieristico See and treat, per il riposizionamento del sondino naso gastrico con guida metallica per la nutrizione enterale, in collaborazione con l'unità operativa di nutrizione clinica.

SEE AND TREAT O AMBULATORIO INFERMIERISTICO?

L'ambulatorio infermieristico è ispirato al modello See and Treat, utilizzato in varie regioni con notevole miglioramento dei tempi di attesa nei Pronto Soccorso. Per riassumere quanto ampiamente descritto in precedenza, Il modello "See and Treat" è pensato per urgenze minori e predefinite e si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici per il trattamento di casi a bassa intensità di cura e bassa complessità diagnostica e non può essere applicato per la gestione di sintomatologie che necessitano approfondimenti specialistici. Il paziente che presenta una problematica eleggibile per questo percorso andrebbe informato già dal triage in merito alla possibilità di essere trattato nell'ambulatorio con infermiere, il quale applicherebbe il protocollo di riferimento per la problematica riferita, avvalendosi del supporto del medico. Il paziente potrebbe comunque decidere di essere trattato dal medico di Pronto Soccorso, naturalmente effettuando poi il percorso tradizionale. Nella Regione Emilia Romagna gli infermieri esperti di triage/pronto soccorso coinvolti nel percorso ambulatorio infermieristico, oltre ad avere una esperienza almeno triennale, devono eseguire degli specifici corsi di formazione regionale.

Secondo un'indagine condotta dal MES (laboratorio di management e sanità Sant'Anna di Pisa) riguardo la soddisfazione dell'utenza, i pazienti che hanno usufruito di questo percorso in Pronto Soccorso hanno espresso giudizi positivi, è stata apprezzata soprattutto la chiarezza delle informazioni fornite e la cortesia (nurse24.it, 2023). L'ambulatorio infermieristico, dove è la figura dell'infermiere che si occupa in autonomia delle patologie minori, migliora la gestione dei tempi di attesa, permette l'eventuale dimissione del paziente in tempi rapidi aumentando considerevolmente il suo livello di soddisfazione.

PROGETTO AMBULATORIO INFERMIERISTICO GESTIONE SEE AND TREAT ACCETTAZIONE GERIATRICA-PUNTO DI PRIMO INTERVENTO INRCA

Il modello "see and treat" si basa su una gestione assistenziale dei pazienti a cui sono stati assegnati in Triage codici di priorità minori (bianchi e verdi) che, basandosi su criteri di inclusione ed esclusione e su precisi protocolli di intervento, verificati e validati dalla direzione sanitaria medica e infermieristica, possano essere interamente seguiti da collaboratori professionali sanitari infermieri specializzati. Il progetto si pone la possibilità, con la collaborazione della direzione sanitaria, infermieristica e degli ingegneri informatici della cartella informatizzata utilizzata dall'istituto, di creare dei profili dedicati per infermieri di SEE AND TREAT, che avranno un ambulatorio dedicato di tipologia SEE AND TREAT all'interno del modulo applicativo di Pronto Soccorso. Quindi nella gestione dell'account nella cartella informatizzata verranno aggiunti dei parametri che permetteranno la gestione di un ambulatorio specifico. Il percorso partirà dal Triage, che rimarrà unico per tutti i pazienti, dove il triagista potrà individuare il paziente che risponde ai criteri di inclusione del percorso SEE AND TREAT. L'individuazione del paziente con le caratteristiche citate potrà avvenire anche mediante l'esplicitazione di una CHECK-LIST, presente nella cartella informatizzata, per la verifica dei criteri di inclusione e l'individuazione di veri e propri protocolli di accesso al percorso SEE AND TREAT. Un esempio di protocollo potrebbe essere:

1. Il paziente giunge in Accettazione geriatria-punto di primo intervento, viene fatta una prima valutazione in triage
2. Il triagista valuta che, vista la diagnosi recente del paziente e i sintomi riferiti, esso presenti i criteri di inclusione e possa essere inserito nel percorso see and treat (ci potrebbe essere un CHECK nell'apposito modulo della cartella informatizzata con la

voce "see and treat : sì/no") e in quale protocollo predefinito possa essere collocato (ad esempio con una lista a tendina nel modulo della cartella informatizzata).

3. Questi pazienti figureranno in una lista dedicata rispetto ai paziente inserito nel percorso ordinario di pronto soccorso, come per i pazienti in OBI.

4. Una volta inserito nel percorso see and treat, il paziente viene inviato in un ambulatorio distaccato dall'ambiente di Pronto Soccorso, identificato appena fuori dall'area OBI", con all'interno tutto l'occorrente riguardo materiali e dispositivi necessari per gli interventi effettuati in autonomia dall'infermiere specializzato, dedicato al percorso specifico di ambulatorio infermieristico.

5. In ambulatorio sarà presente appunto un infermiere dedicato specializzato in questi protocolli.

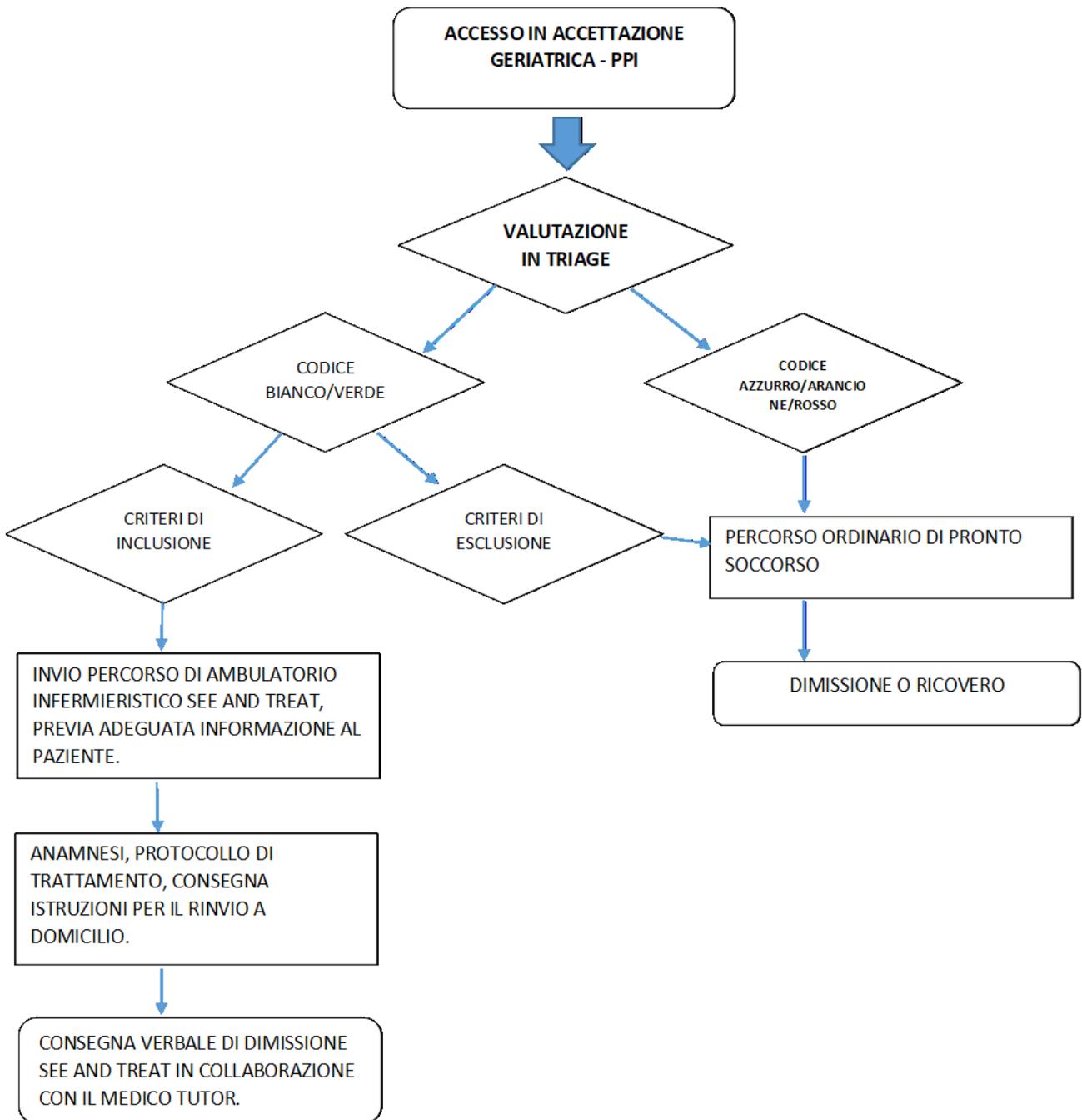
Per la compilazione dei dati clinici all'interno del percorso di SEE AND TREAT, l'infermiere compila autonomamente il campo della cartella informatizzata che riguarda il raccordo anamnestico. Eseguirà poi il trattamento in base al motivo di accesso ed al criterio di inclusione del paziente per l'ambulatorio infermieristico. Per quanto riguarda la prescrizione delle indicazioni post dimissione e per l'emissione del referto e dimissione dal percorso ambulatorio infermieristico see and treat l'infermiere si avvale della collaborazione del "medico tutor". A disposizione dell'infermiere dell'ambulatorio infermieristico see and treat e del paziente viene individuata la figura del "medico tutor" (medico che non è tenuto ad essere presente in ambulatorio ma deve rimanere reperibile). Il medico tutor si occuperà dell'eventuale prescrizione farmacologica, dell'eventuale prescrizione di esami laboratoristici e/o esami diagnostici per immagini ed al termine del percorso di ambulatorio infermieristico see and treat, per completare la dimissione.

All'interno dell'ambulatorio saranno presenti un lettino/barella, rotolo di carta monouso da posizionare sul lettino e da rimuovere dopo ogni visita/trattamento di un paziente, due carrelli (uno contenente dispositivi quali guanti monouso, guanti sterili, disinfettanti, ago box, materiale vario per medicazioni, telini, tamponi nasali, garze, ecc..; uno contenente materiale specifico per il riposizionamento del catetere vescicale e del sondino naso gastrico con guida metallica per nutrizione enterale), contenitori per rifiuti speciali, urbani, carta e plastica ed un tavolo servitore.

L'infermiere specializzato in ambulatorio infermieristico see and treat deve avere esperienza di almeno due anni in pronto soccorso ed aver frequentato un corso specifico sui protocolli see and treat sul modello della regione toscana.

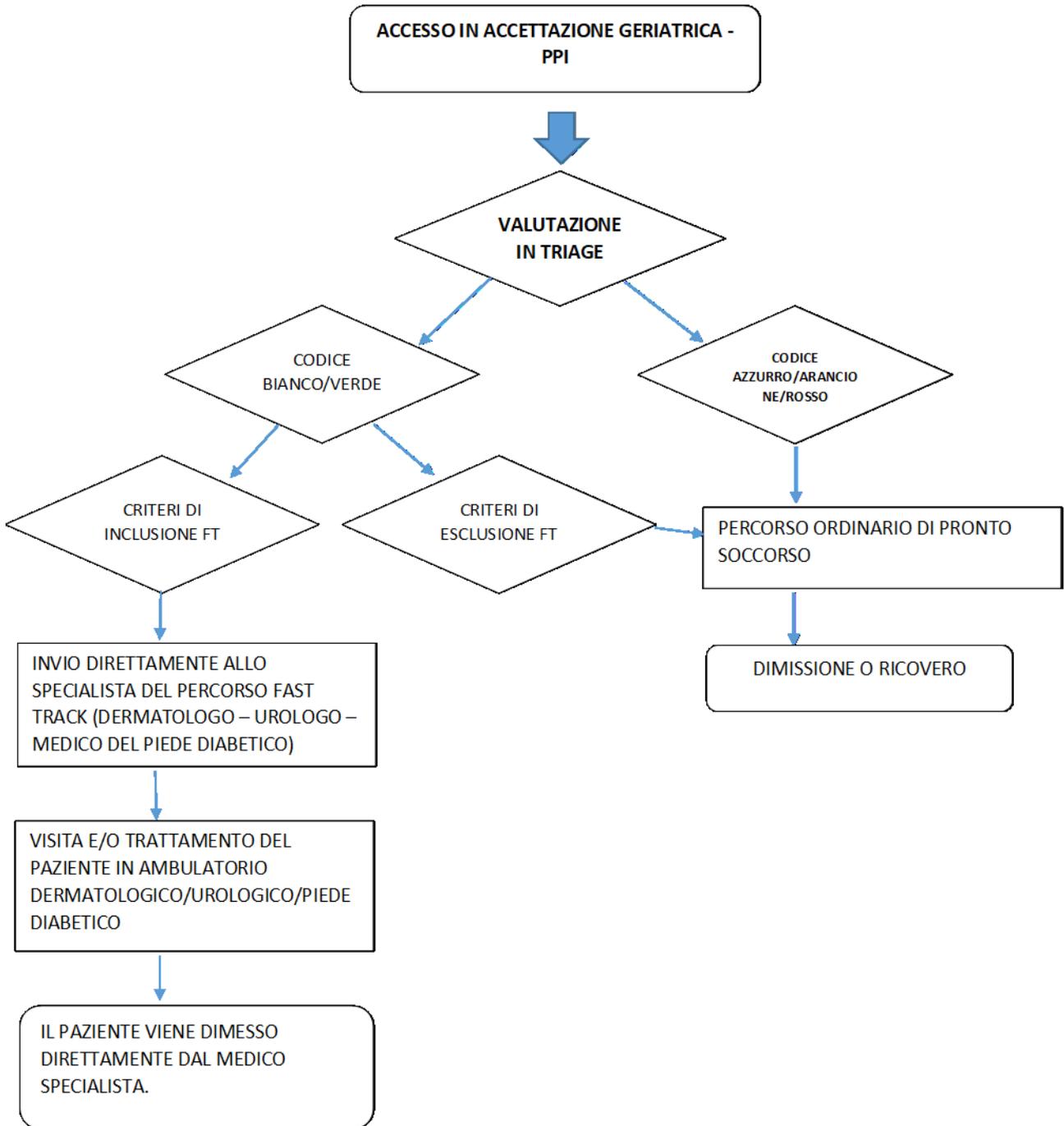
Di seguito la Flow-chart del percorso di ambulatorio infermieristico see and treat in accettazione geriatrica-punto di primo intervento dell'INRCA sede di Ancona:

PERCORSO UTENTE S&T INRCA ANCONA



FLOW CHART PERCORSO FAST TRACK UTENTE DELL'ACCETTAZIONE GERIATRICA-PUNTO DI PRIMO INTERVENTO INRCA SEDE DI ANCONA

PERCORSO UTENTE FAST TRACK INRCA ANCONA



Matrice delle responsabilità percorso di ambulatorio infermieristico see and treat:

Funzione Attività	Infermiere di triage	Infermiere S&T	Medico Tutor	OSS
Valutazione ABCDE	R			
Raccolta dati anagrafici	R			
Misurazione parametri vitali	R		C	
Definizione del motivo di presentazione	R			
Assegnazione codice colore	R			
Valutazione criteri inclusione/esclusione per attivazione S&T	R		C	
Trattamento del problema S&T		R	C	C
Disposizione dimissione		R	R	

R= responsabile; C=coinvolto

Matrice delle responsabilità percorso di fast track dermatologia-urologia-piede diabetico:

Funzione Attività	Infermiere di triage	Medico specialista	OSS
Valutazione ABCDE	R		
Raccolta dati anagrafici	R		
Misurazione parametri vitali	R		
Definizione del motivo di presentazione	R		
Assegnazione codice colore	R		

Valutazione criteri inclusione/esclusione per attivazione Fast track	R		
Invio paziente allo specialista in ambulatorio (dermatologo, urologo, medico del piede diabetico)	R	C	C
Trasporto del paziente in ambulatorio	R		R
Visita e/o trattamento del paziente dallo specialista		R	
Disposizione dimissione		R	

R= responsabile; C=coinvolto

PERCORSO SPECIFICO PER RIPOSIZIONAMENTO SONDINO NASO GASTRICO IN ACCETTAZIONE GERIATRICA-PUNTO DI PRIMO INTERVENTO INRCA

Come evidente nei risultati della raccolta dati nel 2023 il 48% del totale di 159 verbali degli accessi in accettazione geriatrica-punto di primo intervento che presentavano i criteri di inclusione per il percorso See and treat erano per riposizionamento del sondino naso gastrico con guida metallica per nutrizione enterale. L'unità operativa nutrizione clinica gestisce un ampio bacino di utenza rappresentato da pazienti in nutrizione enterale portatori di sondino naso gastrico o PEG. Il dislocamento o la rimozione accidentale, in struttura o residenziale, rappresenta un alto rischio per questa tipologia di pazienti in quanto, oltre alla somministrazione della nutrizione enterale, tramite il sondino naso gastrico assumono la terapia. Per questo il riposizionamento di sondino naso gastrico rappresenta un

motivo di accesso in regime di urgenza in accettazione geriatrica-punto di primo intervento in quanto ad oggi il gold standard per la verifica del corretto posizionamento è rappresentata dall’RX torace (Itkin M, DeLegge M.H. et all, 2011), (Bankhead R, Boullata J. et all. 2009), (Quesiti Clinico-Assistenziali - Le risposte dell’Evidence Based Nursing nella pratica quotidiana. Il sondino naso gastrico. Aggiornato al 20 settembre 2014. Editore Zadig).

Questa procedura può essere attivata senza la necessità di personale infermieristico specifico per ambulatorio infermieristico, quindi utilizzando l’attuale dotazione organica. Già con la modifica della cartella informatizzata, in modo che l’infermiere di triage può inserire, in base ai criteri di inclusione, questa tipologia di paziente nel percorso see and treat, il primo operatore disponibile, che può essere anche l’infermiere in OBI, può attivare la procedura di riposizionamento del sondino naso gastrico con guida metallica per nutrizione enterale.

Scopo della presente procedura è quello di ottimizzare le tempistiche e snellire il percorso dei pazienti che accedono presso l’Accettazione Geriatrica d’Urgenza del POR di Ancona per effettuare il riposizionamento di sondino naso-gastrico da nutrizione provvisto di guida metallica con successivo controllo radiologico per verificarne il corretto posizionamento. Il percorso è specifico per tale tipologia di paziente, prende avvio direttamente all’accettazione presso il triage, prosegue con l’esecuzione della procedura di riposizionamento e con il successivo controllo strumentale e termina con la dimissione del paziente. La procedura è applicabile presso il POR di Ancona dal personale dell’Accettazione Geriatrica d’Urgenza, della Nutrizione Clinica, della Chirurgia, della Diagnostica per Immagini e della Gastroenterologia.

Matrice delle responsabilità del personale AGU:

Funzione Attività	Infermiere di triage	Medico	Infermiere Ambulatorio/OBI	OSS
Raccolta dati anagrafici	R	C		
Definizione del motivo di presentazione	R			
Misurazione dei parametri vitali	R	C		
Valutazione dei criteri di inclusione/esclusione per percorso SNG S&T	R	C		
Assegnazione codice di priorità	R			
Esecuzione della procedura di riposizionamento del SNG	C	C	R	C
Eventuale richiesta consulenze specialistiche in caso di difficoltà nel riposizionamento		R	C	
Richiesta di RX torace per conferma posizionamento	C	R	C	

Trasporto del paziente in Radiologia per l'esecuzione dell'RX torace		C	R	R
Rientro del paziente in AGU			R	R
Verifica del referto dell'RX torace		R	R	
Disposizione dimissione	C	R	R	C

R= responsabile; C=coinvolto

Il percorso può coinvolgere le seguenti altre figure: tecnico Diagnostica per Immagini, medico Diagnostica per Immagini, medico Nutrizione Clinica, medico Gastroenterologia, medico Chirurgia. Le responsabilità di tale figure sono specificate nella descrizione della procedura. I pazienti che accedono al percorso al percorso specifico devono soddisfare i criteri di inclusione precedentemente descritti per l'ambulatorio infermieristico see and treat. Il paziente che necessita di riposizionamento di SNG, proveniente da strutture residenziali o domicilio, accede con ambulanza 118 o qualsiasi altro mezzo presso l'Accettazione Geriatrica. Viene accolto dall'infermiere di triage che individua i criteri di inclusione per il percorso specifico ed inserisce il paziente nella specifica sezione "See and Treat" presente nella cartella clinica informatizzata SIS. Una volta inserito, il paziente viene preso in carico il prima possibile dal primo infermiere disponibile. L'infermiere provvede al riposizionamento del SNG ed in caso di esito positivo, dopo aver verificato tramite aspirazione, coinvolge il medico per l'esecuzione della richiesta dell'esame radiografico del torace, per la verifica del posizionamento. Il medico effettua la richiesta e l'infermiere, dopo aver preso contatto con il tecnico di radiologia, provvede ad inviare il paziente presso la Diagnostica per Immagini per l'esecuzione dell'esame. In seguito, se il referto dell'esame radiologico conferma il corretto

posizionamento del SNG, il medico provvede alla dimissione del paziente, in collaborazione con l'infermiere, e all'attivazione del trasporto con ambulanza presso la struttura di provenienza o il domicilio, previo accordo con la struttura di destinazione o il familiare di riferimento in caso di dimissione a domicilio. In caso di difficoltà nel posizionamento del SNG:

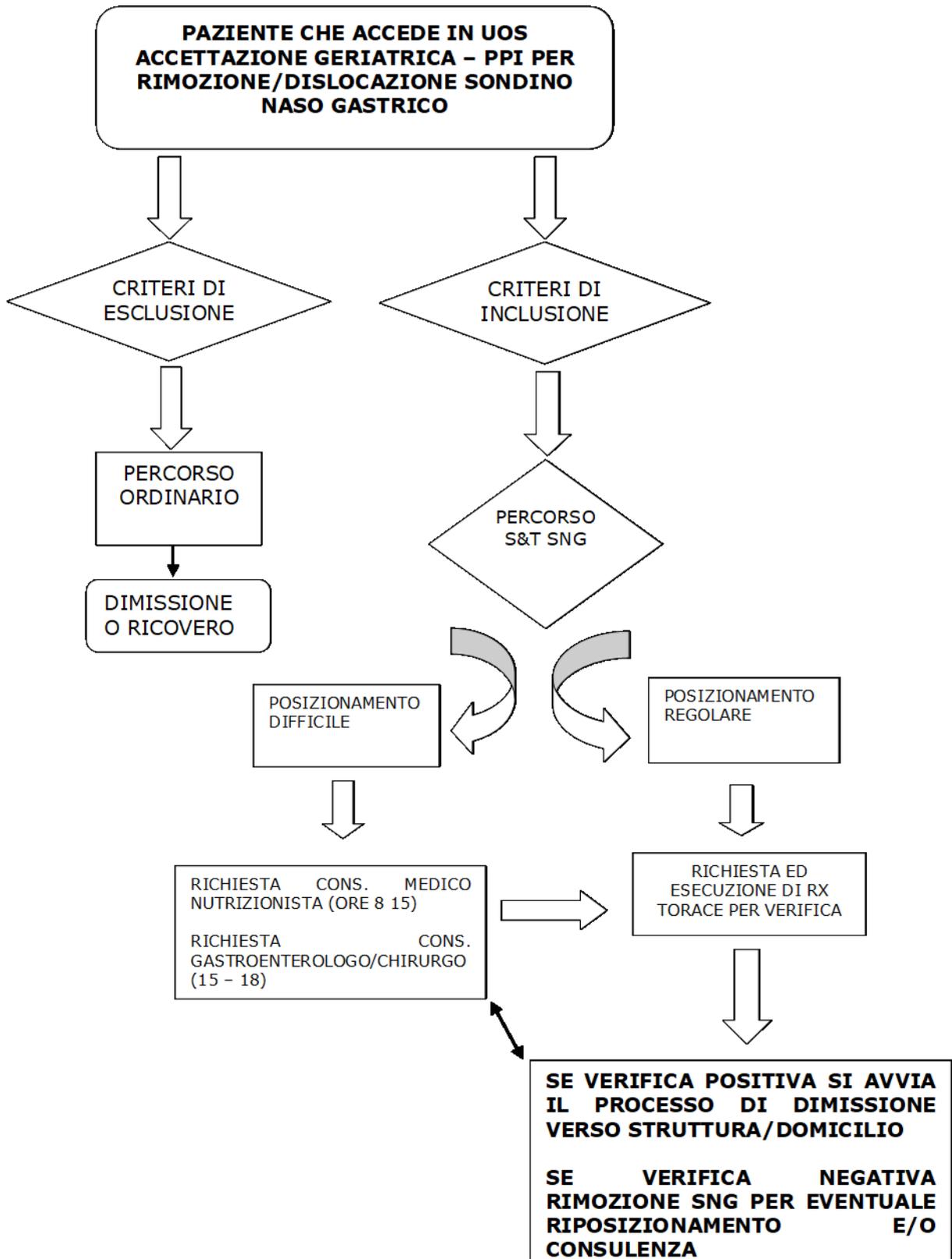
- nella fascia oraria **dalle 08:30 alle 15:00 dal lunedì al venerdì feriali:** contattare telefonicamente l'unità operativa di Nutrizione Clinica; il medico richiede la consulenza specialistica dietologica e il medico della Nutrizione Clinica esegue il riposizionamento del SNG avvalendosi della collaborazione del personale infermieristico;
- nella fascia oraria **dalle 15:00 alle 18:00 dal lunedì al venerdì feriali:** contattare il medico della Gastroenterologia o, se non disponibile, il chirurgo di guardia e richiedere la consulenza specialistica;

In seguito al riposizionamento del SNG il paziente viene trasportato presso la Diagnostica per Immagini per l'esecuzione dell'RX torace. Una volta confermato il corretto posizionamento il medico e l'infermiere dell'AGU provvedono alla dimissione e all'attivazione del trasporto con ambulanza presso la struttura di provenienza o il domicilio, previo accordo con la struttura di destinazione o il familiare di riferimento in caso di dimissione a domicilio.

- Nella fascia oraria **dalle 18:00 alle ore 8:30 dal lunedì al venerdì feriali, il sabato e nei giorni festivi:** questa tipologia di paziente segue il percorso ordinario previsto presso l'Accettazione Geriatrica d'Urgenza, ovvero assegnazione di codice priorità e tempi di attesa previsti.

Di seguito la flow chart del percorso specifico per il riposizionamento del sondino naso gastrico in accettazione geriatrica-punto di primo intervento dell'INRCA sede di Ancona.

FLOW CHART PERCORSO SPECIFICO PER IL RIPOSIZIONAMENTO DEL SONDINO NASO GASTRICO



CONCLUSIONI

L'ambulatorio infermieristico sul modello see and treat, oltre ai percorsi di Fast track, può rappresentare una possibile soluzione per contrastare il fenomeno dell'overcrowding (sovraffollamento). Questo fenomeno è causato, oltre che dai numerosi accessi, soprattutto dal boarding (stazionamento) dei pazienti a causa dei lunghi tempi di attesa. Un ambulatorio infermieristico permetterebbe l'abbattimento di molti tempi di attesa dei codici minori (bianchi e verdi) che, insieme ai percorsi di fast track, porterebbe alla riduzione del boarding e di conseguenza del fenomeno dell'overcrowding. Questo progetto si pone di mettere in pratica quanto precedentemente proposto in modo da successivamente raccogliere i dati che dimostrino quanto sopra affermato. La raccolta dati nella fase di implementazione permetterebbe di poter svolgere degli studi interessanti riguardo la riduzione dei tempi di attesa (grazie alla cartella informatizzata), la soddisfazione del personale infermieristico adeguatamente formato (magari tramite questionari da somministrare) e la riduzione del fenomeno dell'abbandono da parte degli utenti per causa dei tempi di attesa lunghi (attraverso i dati della cartella informatizzata e la somministrazione di questionari di soddisfazione da somministrare all'utenza). Per quanto riguarda il percorso specifico del riposizionamento del sondino naso gastrico con guida metallica per la somministrazione della nutrizione enterale, esso rappresenta un ramo specifico proprio dell'ambulatorio infermieristico dell'accettazione geriatrica proprio per la particolare tipologia di pazienti, spesso anziani, che necessitano di questo particolare tipo di prestazioni, la raccolta dati successiva ci permetterebbe di avere risultati importanti riguardo la numerosità di dislocazioni e/o rimozioni in struttura e domicilio, eventuali cause di mal posizionamenti e magari avere la possibilità di una continuità assistenziale per la gestione di questi pazienti sul territorio, in ambiente extra ospedaliero.

BIBLIOGRAFIA

- **A.Rosselli, G.Beccatini, M.Cappugi, G.Francois, M.Ruggeri, 2015**
“SEE&TREAT PROTOCOLLI MEDICO-INFERMIERISTICI: LA SPERIMENTAZIONE TOSCANA NEI PRONTO SOCCORSO”. Giunti, da pag. 33 - 47 – da pag. 60 – 331.
- **Bankhead R, Boullata J, Brantley S, et al. 2009 A.S.P.E.N. Enteral nutrition practice recommendations. J Parenter Enteral Nutr. 33: 122-167**
- **C.Radice, M.Ghinaglia, R.Doneda, G.Bollini, 2013 “SEE AND TREAT IN PRONTO SOCCORSO: ASPETTI LEGALI E RESPONSABILITA’ PROFESSIONALE INFERMIERISTICA” “See and Treat in the Emergency Department: legal aspects and professional nursing responsibility”. Professioni Infermieristiche.**
- **GFT Gruppo Formazione Triage (D.Marchisio, D.Boni, F.Podeschi, A.Bruni, D.Braglia, S.Ambrosio, et al) 2019, “TRIAGE INFERMIERISTICO” – Mc Graw Hill – pag:10-13, 17-19, 27-32, 150-161.**
- **Hon Lon Ham, Siu Fung Chung, Chi Kin Lou, 2018 “A REVIEW OF TRIAGE ACCURACY AND FUTURE DIRECTION”, BMC emergency medicine.**
- **2019 DF Guidelines on the prevention and management (NG19), 2015.**
- **Itkin M, DeLegge MH, Fang JC, et al. 2011 Multidisciplinary practical guidelines for gastrointestinal access for enteral nutrition and decompression from the Society of Interventional Radiology and American Gastroenterological Association (AGA) Institute, with endorsement by Canadian Interventional Radiological Association (CIRA) and Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE). Gastroenterology; 141:742-65**
- **Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, 2019“LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO”.**

- **Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, 2019 “LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO”.**
- **Quesiti Clinico-Assistenziali - Le risposte dell’Evidence Based Nursing nella pratica quotidiana. Il sondino naso gastrico. Aggiornato al 20 settembre 2014. Editore Zadig**
- **Regione Marche, 2023 “LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO PRESSO LA RETE OSPEDALIERA DI EMERGENZA-URGENZA”, 2023, pag. 5-6-34”**
- **Regione Toscana, Servizio Sanitario della Regione Toscana, 2017 “MODELLO ORGANIZZATIVO PER PERCORSI OMOGENEI IN PRONTO SOCCORSO”, Linee di indirizzo.**

CONSULTATI:

- **ASL, BT, Pugliasalute, UOSVD Governo Clinico e Qualità UU.OO. MeCAU PP.OO. Barletta - Andria – Bisceglie, “MODELLI ORGANIZZATIVI IN PRONTO SOCCORSO NUOVO TRIAGE E FAST TRACK”, 2020.**
- **ASP Ragusa, “FAST TRACK IL PERCORSO VELOCE A GESTIONE INFERMIERISTICA IN PRONTO SOCCORSO”, 2017.**

SITOGRAFIA

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- www.nurse24.it
- <https://letteredallafacoltà.univpm.it/>
- www.infermiereonline.org
- www.altalex.com
- www.nursetimes.org

