

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Scuola di Medicina e Chirurgia**

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**Tesi di Laurea**

**PERCORSI BREVI: IL FAST-TRACK NEL PRONTO SOCCORSO  
DELL'ULSS 7**

Relatore: Prof.ssa a c. Dott.ssa De Col Anna

Laureando: Cisotto Lorenzo

Matr.1047899

Anno Accademico 2014/2015



# INDICE

## RIASSUNTO

INTRODUZIONE..... 1

CAPITOLO 1. QUADRO TEORICO ..... 3

1.1 Il sovraffollamento del Pronto Soccorso ..... 3

1.2 Il Fast-Track in letteratura ..... 3

1.2.1 Il modello FTA Americano e Canadese ..... 4

1.2.2 Il modello FTA Anglosassone..... 5

1.3 Il Fast-Track in Italia ..... 5

1.4 Rilevanza per la professione..... 6

CAPITOLO 2. SCOPO DELLO STUDIO..... 9

CAPITOLO 3. Il setting e i metodi..... 11

3.1 Il Setting ..... 11

3.2 Metodi ..... 12

3.3 Analisi dei dati ..... 13

3.3.1 Trattamento dei dati ..... 14

CAPITOLO 4. PRESENTAZIONE DEI RISULTATI ..... 15

4.1 Il totale degli accessi ..... 15

4.2 I Codici Bianchi ..... 18

4.2.1 I tempi di permanenza in Pronto Soccorso ..... 19

CAPITOLO 5. DISCUSSIONE ..... 23

5.1 Discussione dei risultati ..... 23

5.2 Limiti dello studio ..... 24

CAPITOLO 6. CONCLUSIONI ..... 25

## BIBLIOGRAFIA

## ALLEGATI



## **RIASSUNTO**

Il sovraffollamento degli ambulatori di Pronto Soccorso è una tematica al centro del dibattito sanitario odierno. Per farvi fronte si necessita la sperimentazione e l'implementazione di nuovi modelli organizzativi adatti allo scopo. Fra questi c'è il Fast-Track un'insieme di protocolli mirati all'individuazione al Triage di quadri di evidente competenza mono-specialistica. Lo scopo consiste nell'indirizzare l'utente nel percorso clinico-assistenziale specialistico di cui ha bisogno senza la necessità della visita da parte del medico di Pronto Soccorso. In tal modo l'utente accede direttamente all'iter diagnostico-terapeutico necessario, eliminando così il tempo di attesa per la visita. Sulla base dei dati registrati nell'U. O. C. di Pronto Soccorso dell'azienda ULSS 7, si è svolto uno studio mirato a rilevare l'influenza dei protocolli di Fast-Track sui tempi di permanenza in Pronto Soccorso in una fascia d'utenza codificata come bassa priorità d'urgenza.

Sono stati analizzati cinque protocolli Fast-Track specialistici e un protocollo Fast-Track per l'indirizzo di Codici Bianchi all'ambulatorio a gestione di un Medico di Medicina Generale. Si rileva dunque con un intervallo di confidenza del 95%, un tempo di permanenza medio di 122 minuti per gli accessi che eseguono la visita al Pronto Soccorso, un tempo di permanenza medio di 99 minuti ( $p < 0,05$ ) per i protocolli Fast-Track specialistici e un tempo di permanenza medio di 73 minuti ( $p < 0,05$ ) per il protocollo Fast-Track diretto al Medico di Medicina Generale.

I protocolli di Fast-Track attualmente in uso nel Pronto Soccorso dell'ULSS 7, si rivelano quindi efficaci per ridurre i tempi di permanenza in Pronto Soccorso di utenti caratterizzati da una bassa priorità d'urgenza e da una bassa complessità assistenziale.



## **INTRODUZIONE**

La difficoltà dell'organizzazione del Pronto Soccorso nasce dalla necessità di dover soddisfare i bisogni degli utenti in condizioni più o meno critiche, con disponibilità limitata di mezzi, materiale, personale e soprattutto tempo. In presenza di una domanda che supera le risorse disponibili si manifesta l'esigenza di una valutazione delle priorità in modo da garantire l'efficienza del servizio. Viene per cui introdotto il Triage, definito dall'American College of Surgeon, come un processo decisionale che permette di definire i bisogni di salute dell'utente classificandoli secondo precise priorità, sulla base di protocolli prestabiliti, che diversificheranno l'accesso alla valutazione medica, tempi e modi di assistenza. Il Triage in Italia viene ufficializzato tramite Decreto Ministeriale attuativo nel 1996 e successivamente reso obbligatorio per l'accreditamento quale "requisito minimo organizzativo per il Pronto Soccorso". In questo modo, tramite l'assegnazione di un codice di colore rappresentativo della priorità di accesso dell'utente, è possibile mantenere un flusso d'entrata funzionale alla necessità di trattamento. Ma se da una parte è essenziale una valutazione delle criticità effettive dell'utenza che necessita di un tempestivo iter diagnostico, dall'altra parte ci si trova a confrontarsi con un'ulteriore realtà. Nell'ULSS 7 infatti più della metà degli accessi al Pronto Soccorso si configura in un'utenza che non presenta né criticità delle condizioni cliniche né urgenza immediata di assistenza. Si necessita dunque di un ulteriore impegno organizzativo per far fronte ad un così grande numero di accessi designati come "Codice Bianco", che non corrispondono quindi ad un criterio di emergenza o di urgenza che possa evolversi in una pericolosa instabilità clinica, ma che possono contribuire a situazioni di sovraffollamento del Pronto Soccorso influenzando sui tempi di attesa.

Fra le strategie adottate finora nel Pronto Soccorso dell'ULSS 7 figurano l'ambulatorio Codici Bianchi, cioè un Fast-Track che indirizza l'utente ad un ambulatorio dove verrà visitato da un Medico di Medicina Generale e il Fast-Track specialistico.

Il Fast-Track specialistico consiste in un modello organizzativo che permette, tramite protocolli prestabiliti, l'invio direttamente dal Triage ad esami e visite di pazienti con sintomatologia di chiaro indirizzo mono-specialistico. A partire dal 2014 sono entrati in pieno vigore nell'ULSS 7 l'utilizzo di Fast-Track a indirizzo Ortopedico, Otorino, Oculistico, Ginecologico e Pediatrico. Lo scopo di tali protocolli consiste nell'inizio diretto dell'iter diagnostico specialistico, senza dover prima accedere alla visita ambulatoriale da parte del medico di Pronto Soccorso, azzerando in tal modo il tempo d'attesa necessario per

quest'ultima.

Lo scopo che ci si propone è di analizzare quanto vengano utilizzati i protocolli di Fast-Track all'interno di una fascia d'utenza caratterizzata da una bassa priorità d'urgenza. Ci si propone inoltre di verificarne l'efficacia mediante un confronto dei tempi di permanenza degli accessi a cui i protocolli non vengono applicati.

# **CAPITOLO 1. QUADRO TEORICO**

## **1.1 Il sovraffollamento del Pronto Soccorso**

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso è da tempo una tematica centrale nel dibattito sanitario. Comunemente si intende il sovraffollamento come situazione in cui la richiesta di prestazioni supera la capacità da parte del personale di fornire le prestazioni adeguate in un lasso di tempo ragionevole. In letteratura il concetto viene identificato come “*crowding*” e viene definito dall’American College of Emergency Physicians (ACEP): “Quella situazione in cui la domanda e il ricorso ai servizi di emergenza eccede le risorse di assistenza al paziente disponibili” (Institute of Medicine, 2006). Le conseguenze del crowding infatti non sono ristrette solo alle ripercussioni sul tempo di attesa, ma anche sulla qualità e l’efficienza dei servizi d’emergenza. Yoon, Steiner e Reinhardt (2003) illustrano il sopraggiungere di altre criticità oltre la diminuita tempestività di trattamento, come l’accumulo di stress da parte degli operatori sanitari che può influenzare la qualità delle prestazioni, il senso di sfiducia e di disorganizzazione percepito dall’utenza verso il servizio e con un calo generale sull’efficienza dell’organizzazione. Anche se non è ancora stato dimostrato che l’aumento dei pazienti a bassa priorità assistenziale peggiori l’outcome dei pazienti con un grado di priorità più alto, è stato rilevato influenzare con un considerevole aumento dei tempi di attesa la visita medica dei pazienti a maggiore criticità (McCarthy et al., 2009). È stata inoltre dimostrata una correlazione tra il sovraffollamento del Pronto Soccorso ed il verificarsi di errori, seppure non gravi, nelle diverse fasi del processo di cura (Fordyce et al., 2003). L’attenzione a questa condizione è cominciata nel Nord America fin dagli inizi degli anni ’80 per diffondersi negli altri paesi nei decenni successivi, Italia compresa. Ad oggi il sovraffollamento del Pronto Soccorso e l’introduzione di protocolli organizzativi per farvi fronte, rappresenta una delle tematiche principali dei Dipartimenti di Emergenza di tutto il mondo (Moskop et al., 2009).

## **1.2 Il Fast-Track in letteratura**

In realtà è più corretto parlare di Fast-Track Area (FTA) in quanto i modelli organizzativi Americani, Canadesi e Anglosassoni nascono prevedendo una piastra ambulatoriale direttamente dipendente dall’Emergency Department (ED) in cui smistare gli accessi al Triage non urgenti, di chiara competenza specialistica (Zimmerman et al, 2006). Il FTA nasce negli

anni '90 negli Stati Uniti come risposta organizzativa al fenomeno di sovraffollamento degli ED. Venne rilevato il dato che la maggioranza degli accessi al Triage corrispondevano a situazioni di non urgenza e cioè a codici 4 e 5 secondo il Canadian Triage of Acuity Scale (CTAS), che prevedono una priorità d'accesso rispettivamente di 60 e 120 minuti (Yoon et al.,2003). Quindi i corrispettivi del Codice Verde e Bianco secondo il Triage italiano. Questa realtà spinse gli ED a ricercare nuovi modelli organizzativi per sopperire all'alto afflusso di codici con bassa priorità. L'organizzazione delle FTA si basa sul fatto che con la prima valutazione eseguita al Triage con la codifica della priorità di intervento, ci sia una valutazione anche della principale sintomatologia mostrata dal paziente, con la possibilità di identificare quindi una componente specialistica (Pearson et al., 2009). Una volta individuata la possibile componente specialistica si indirizza l'utente all'ambulatorio di competenza. Lo scopo è di diminuire l'utenza che dovrebbe accedere all'effettivo ambulatorio d'urgenza dell'ED con conseguente riduzione dei tempi d'attesa e del carico di lavoro per il personale del Pronto Soccorso. Inoltre il diretto accesso alla prestazione specialistica necessaria, e con quindi maggiore probabilità di una risoluzione mirata, riduce sia il tempo d'attesa dell'utente alla prestazione sia il tempo impiegato per una visita non specialistica che potrebbe non essere sufficiente per risolvere il problema per il quale si è presentato (Pearson et al.,2014).

Al giorno d'oggi le FTA sono una realtà che si è diffusa nel quasi l'80% degli ED statunitensi e di largo utilizzo anche in Canada, Inghilterra e Australia (Calvin et al.,2009). Da un'analisi di letteratura sono però emersi due principali modelli organizzativi, il primo prevalentemente in uso in Canada e negli U.S.A. mentre il secondo è Anglosassone nel quale l'infermiere ha un ruolo molto più marcato.

### *1.2.1 Il modello FTA Americano e Canadese*

Il modello americano prevede una piastra ambulatoriale di varie competenze specialistiche, situata solitamente in prossimità dell'ambulatorio di Pronto Soccorso, sempre alle dipendenze dell'Emergency Department. Come nel modello anglosassone è molto legato al concetto “*See & Treat*”. Gli ambulatori infatti sono gestiti dal medico specialista a capo di uno staff infermieristico, sono dotati di posti letto e spesso hanno l'attrezzatura medico-diagnostica occorrente in loco, come quindi l'apparecchiatura per eseguire indagini radiologiche situata adiacentemente all'ambulatorio di ortopedia. I protocolli sono studiati per mirare a risolvere i bisogni di assistenza dell'utente nell'arco della visita. Nelle FTA americane e canadesi ambulatori di Pediatria, Ortopedia e Ginecologia-Ostetricia sono ormai una presenza stabile,

che permette la risoluzione di codici con bassa priorità all'interno degli ED, che altrimenti per necessità di indagini diagnostiche specifiche avrebbero dovuto portare ad un ricovero e un periodo di osservazione con un percorso interno e non intra-ospedaliero (Zimmerman et al., 2006). Per il fatto che il sistema prevede dei posti letto ambulatoriali dove il paziente viene sottoposto a tutto l'iter diagnostico-terapeutico, eseguendo tutti i test e le terapie necessarie, questo modello viene definito "verticale", in quanto il paziente rimane fermo e gli sono erogate tutte le prestazioni occorrenti affinché si risolva la prognosi (Yoon et al., 2003).

### *1.2.2 Il modello FTA Anglosassone*

Il modello anglosassone al pari di quello americano, prevede una piastra ambulatoriale nei pressi del Pronto Soccorso sempre alla dipendenza dell'ED. Ciò che differenzia i due modelli organizzativi è la compartimentazione degli ambulatori. Se il modello americano ha una compartimentazione evidentemente medico-specialistica che prevede posti letto ambulatoriali, il modello inglese invece suddivide gli ambulatori secondo protocolli di prestazione. La presenza di infermieri appositamente formati permette di avvalersi di un team con leadership infermieristica che seguendo i protocolli attua determinate prestazioni, valutando in itinere se è necessario o meno il coinvolgimento di un medico. Il modello è applicabile soprattutto in casi di "*Minor Injuries Illness*" dove infermieri propriamente formati possono garantire la serie di prestazioni necessarie. Confrontandolo con il modello americano viene definito infatti come modello "orizzontale" in quanto prevede che l'utente si sposti di ambulatorio in conseguenza delle prestazioni necessarie. (Literature Review of emergency department Staffing Redesign Frameworks, 2009) (Brown et al., 2013).

### **1.3 Il Fast-Track in Italia**

Le motivazioni che in Italia portano alla necessità di implementazione di un modello di Fast-Track, sono le stesse già descritte in precedenza. L'alto accesso di utenza con basso codice di priorità e l'esigenza di misure organizzative per mantenere la qualità e l'efficienza del servizio anche di fronte ad una disparità fra richiesta e risorse disponibili. Ci si trova ad osservare però uno sviluppo differente dei protocolli operativi. In altre realtà, come visto, vi è stato un processo di riorganizzazione del Pronto Soccorso, con l'apertura di aree ambulatoriali adiacenti allo stesso e dipendenti dallo stesso dipartimento. In Italia si è intrapreso un'altra direzione, snellendo cioè procedure e protocolli già esistenti con l'obiettivo di risparmiare sui passaggi ritenuti superflui. In pratica, una volta individuata tramite prima valutazione al

Triage un'evidente competenza specialistica, si procede alla richiesta immediata di consulenza in reparto, rendendo possibile all'utente accedere direttamente alla prestazione necessaria. Si elimina in tal modo la prima visita in ambulatorio di Pronto Soccorso che avrebbe potuto rivelarsi non risolutiva e ovviamente anche il tempo di attesa necessario per accedere a tale visita. In accordo a come sancisce il Bollettino Ufficiale Regionale della regione Veneto del 2014: "Devono essere predisposti protocolli o procedure che prevedano l'invio diretto allo specialista, senza la visita preliminare da parte del medico di PS, per i quadri clinici di chiara competenza mono-specialistica". Occupandosi anche delle procedure diagnostiche: "possono essere promosse iniziative di sperimentazione di procedure di fast-track, sulla base di protocolli clinici definiti dal Direttore dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso, anche per l'accesso diretto a procedure diagnostiche, laddove il paziente presenti segni e sintomi che inequivocabilmente richiedono tali accertamenti". Ci si pone quindi a metà fra il modello americano e anglosassone. Se nel primo infatti l'utente viene indirizzato direttamente alla visita nell'ambulatorio specialistico di competenza, dove il medico prescrive a seconda delle necessità esami e terapie comunque eseguite subito in loco, nel secondo si punta su protocolli che permettano di procedere con prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel modo più automatico possibile. La direzione intrapresa dai protocolli italiani, adattandosi sui modelli organizzativi già vigenti nelle diverse realtà, punta invece sulla velocizzazione dei passaggi, prevedendo l'accesso diretto agli accertamenti diagnostici nel caso sia evidentemente necessario, per poi essere indirizzati alla visita specialistica. In tal modo è possibile effettuare l'accertamento in base ad un iter diagnostico già compiuto dando al medico le risorse per valutare una soluzione terapeutica immediata.

In Italia comunque, tali protocolli completi di Fast-Track sono stati implementati solo di recente, in quanto è altrettanto recente la normativa che ne delibera l'uso sperimentale. Sono tutt'ora in corso sperimentazioni per inserire questi protocolli nelle diverse realtà operative dei Dipartimenti di Emergenza e Urgenza di tutto il paese.

#### **1.4 Rilevanza per la professione**

L'infermiere partecipa attivamente ai protocolli di Fast-Track. Fin dall'inizio in quanto valuta l'attivazione degli stessi al Triage. La normativa del 1992 infatti sancisce che il Triage venga eseguito da "un infermiere adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio" (1992). In linea col profilo professionale D. M. 739 del 1994: "Art.

1: L'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività" e con il codice deontologico: "Art 10: L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili" (IPASVI, 2009). L'infermiere di Triage valuta quindi l'utente e applica i protocolli indirizzando e attivando i percorsi di Fast-Track predisposti. Collaborando in équipe l'infermiere partecipa al percorso diagnostico-terapeutico e tramite protocolli, come descritto, in alcune realtà come quella anglosassone garantisce anche determinate prestazioni in autonomia dopo adeguata formazione. In alcune realtà italiane come l'Emilia sono in corso sperimentazioni per la gestione infermieristica autonoma di protocolli per accessi a basso livello di urgenza e priorità (Delibera Regionale n. 1184, 2010). Tramite formazione specifica del personale infermieristico e l'ideazione di simili protocolli sperimentali è quindi possibile intraprendere soluzioni organizzative per far fronte all'incognita rappresentata dal sovraffollamento dei Pronto Soccorso mantenendo gli standard di qualità ed efficienza. La validità di protocolli e procedure come il Fast-Track traccia una strada dove l'infermiere ha le potenzialità e le capacità di essere protagonista.



## **CAPITOLO 2. SCOPO DELLO STUDIO**

Al momento nel Pronto Soccorso dell'ULSS 7 sono attivi sei percorsi di Fast-Track interni. Cinque di questi sono ad indirizzo specialistico Ortopedico, Otorino, Oculistico, Ostetrico/Ginecologico e Pediatrico. Il sesto indirizza all'ambulatorio riservato ai Codici Bianchi a gestione di Medici di Medicina Generale. Seguendo determinati protocolli, in seguito a prima valutazione effettuata al Triage, nel caso emerga una competenza evidentemente mono-specialistica, l'utente viene indirizzato nei diversi percorsi, figurando come accesso al Pronto Soccorso dove viene aperta la pratica. A seconda dei percorsi viene automaticamente programmata la visita specialistica e in casi come il Fast-Track ortopedico anche un preventivo esame strumentale. Il paziente dopo l'accesso in Triage al Pronto Soccorso si reca ad effettuare l'eventuale esame diagnostico se necessario e in seguito all'ambulatorio di competenza per la visita medica specialistica. All'interno degli ospedali in cui si svolgerà l'analisi, gli ambulatori in cui si eseguono le visite specialistiche non sono situati nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso, in quanto strutturalmente non è possibile l'instaurazione di una Fast-Track Area secondo i modelli americani e anglosassoni già descritti. Al momento secondo protocolli la chiusura della pratica viene effettuata dal medico di Pronto Soccorso, quindi una volta conclusa la visita specialistica ed erogate le prestazioni clinico-assistenziali necessarie, l'utente si reca al Pronto Soccorso dove gli sarà consegnata la documentazione per la chiusura della pratica. Lo scopo dello studio è un'indagine relativa agli accessi a bassa priorità d'urgenza, effettuando un confronto fra gli utenti che accedono alla visita ambulatoriale di Pronto Soccorso e gli utenti che intraprendono i percorsi di Fast-Track. Confrontando i tempi di permanenza in Pronto Soccorso, dalla registrazione al Triage che corrisponde quindi all'apertura della pratica fino alla chiusura della stessa, ci si propone di comprovare l'efficacia dei protocolli di Fast-Track presenti nell'ULSS 7, nonostante per setting si discostino dalle Fast-Track Area descritte in letteratura.



## **CAPITOLO 3. IL SETTING E I METODI**

### **3.1 Il Setting**

Lo studio si è svolto sull'analisi dei dati raccolti risultanti dall'attività dell'Unità Operativa Complessa di Pronto Soccorso (PS) dell'ULSS 7. Il territorio dell'ULSS n. 7 è suddiviso in due distretti. Il Distretto Sud che fa riferimento al Pronto Soccorso del presidio ospedaliero di Conegliano e il Distretto Nord che compete al Pronto Soccorso del presidio ospedaliero di Vittorio Veneto. Secondo i dati del bollettino epidemiologico dell'azienda, al momento la popolazione che risiede nell'ULSS 7 è pari a 217.573 abitanti, con un numero di accessi registrati al Pronto Soccorso pari 76.961 nel 2014 (ULSS 7, 2015). I dati in interesse vengono registrati attraverso il programma First Aid, tramite il quale si effettua il Triage e la successiva presa in carico del paziente con registrazione delle diverse attività diagnostiche terapeutiche comprensive della dimissione e del referto di PS. L'infermiere codifica la priorità di accesso e viene aperta la pratica del Pronto Soccorso, inserendo l'utente nel sistema. In tal modo viene codificata anche l'attivazione dei Fast-Track. La normativa regionale vigente è certificata dal Bollettino Ufficiale Regione Veneto (2014) che delibera l'implementazione e la sperimentazione dei protocolli di Fast-Track in tutto il Veneto. Tali protocolli nell'ULSS 7 erano già esistenti dal 2012 grazie ad accordi intrapresi dai Dirigenti delle Unità Operative di Pronto Soccorso, Ortopedia, Oculistica, Ginecologia e Ottorino in virtù della delibera aziendale n.1000 (2012). Dal 2012 sono dunque attivi i seguenti protocolli operativi:

-Tramite il protocollo "Fast-Track Radiologico/Ortopedico" (Allegato 1), l'infermiere di Triage valuta l'attivazione del Fast-Track Ortopedico, con conseguente prenotazione immediata dell'indagine diagnostica in Radiologia e prenotazione della visita specialistica all'ambulatorio di Sala Gessi situato al piano. Una volta conclusa la visita e ottenuto il referto, l'utente si reca in Pronto Soccorso per la chiusura della pratica e la consegna del verbale.

-Tramite il protocollo "Fast-Track Oculistico" (Allegato 2), presente solo a Conegliano, l'infermiere di Triage valuta l'attivazione del Fast-Track Oculistico, con conseguente prenotazione immediata della visita specialistica all'ambulatorio del reparto di Oculistica situato in sede staccata. L'utente viene indirizzato al presidio ospedaliero De Gironcoli, dove viene effettuata la visita negli ambulatori del reparto di Oculistica aperti dalle 9.00 alle 19.00 e ottenuto il referto, la chiusura della pratica avviene per via telematica da parte del medico di Pronto Soccorso, con relativa consegna della documentazione senza che

l'utente debba recarsi di nuovo al PS.

-Tramite il protocollo "Fast-Track Ostetrico/Ginecologico" (Allegato 3), l'infermiere di Triage valuta l'attivazione del Fast-Track Ostetrico o del Fast-Track Ginecologico, prenotando immediatamente la consulenza specialistica all'ambulatorio di reparto attrezzato con ecografo per eventuali ulteriori indagini da effettuare in loco. Una volta conclusa la visita e ottenuto il referto, l'utente si reca in Pronto Soccorso per la chiusura della pratica e la consegna del verbale.

-Tramite il protocollo "Fast-Track ORL" (Allegato 4), l'infermiere di Triage valuta l'attivazione del Fast-Track per la consulenza specialistica di Ottorinolaringoiatria. L'utente viene indirizzato all'ambulatorio di reparto aperto dalle 9.00 alle 19.00, una volta e prestate le cure necessarie e ottenuto il referto, viene indirizzato nuovamente al Pronto Soccorso per la chiusura della pratica e la consegna del verbale.

-Il protocollo per il Fast-Track Pediatrico si inserisce invece nella "Procedura Aziendale per la gestione del paziente pediatrico in Pronto Soccorso" (Allegato 5). Seguendo il protocollo illustrato dal Flow-Chart infatti, una volta stabilito l'assenza di criteri d'urgenza, l'infermiere di Triage indirizza l'utente all'ambulatorio per la visita specialistica. A Vittorio Veneto l'ambulatorio di Pediatria è aperto dalle 9.00 alle 17.00 dal lunedì al venerdì e dalle 9.00 alle 12.00 il sabato e la domenica, al di fuori di questi orari l'utente viene reindirizzato a Conegliano. Una volta conclusa la visita e ottenuto il referto, l'utente si reca in Pronto Soccorso per la chiusura della pratica e la consegna del verbale.

- Il protocollo per il "Fast-Tack Ambulatorio Codici Bianchi" (Allegato 6) prevede l'invio dal Triage all'ambulatorio competente dove l'utente verrà visitato da un Medico di Medicina Generale, nel caso si tratti di accessi con grado di complessità particolarmente basso e che quindi non necessitino di una visita specialistica. Questo protocollo è attivo solo nel presidio ospedaliero di Conegliano dove è situato l'ambulatorio, con orario di apertura dalle 9.00 alle 19.00.

### **3.2 Metodi**

Ai fini dello studio si è deciso di selezionare e confrontare solo la fascia d'utenza classificata al Triage come Codice Bianco e quindi con la bassa priorità d'urgenza. In tal modo l'unica discriminante organizzativa consiste nell'applicazione o meno dei protocolli di Fast-Track. I Codici Bianchi a cui non vengono applicati i protocolli sopra descritti quindi, percorrono il

normale decorso clinico-assistenziale del Pronto Soccorso. Alla registrazione al Triage segue l'attesa per l'accesso alla visita al Pronto Soccorso, in seguito avviene la valutazione del medico di PS che prescrive gli eventuali esami diagnostici se necessario e la richiesta di consulenza specialistica secondo i normali criteri organizzativi. In questo ultimo gruppo sono compresi anche gli utenti a cui sarebbero applicabili i protocolli di Fast-Track, ma che avendo effettuato l'accesso al di fuori dell'orario di apertura degli ambulatori, seguono il normale modello organizzativo del Pronto Soccorso sopra descritto.

Nei protocolli di Fast-Track è previsto inoltre che in seguito alla visita specialistica possano essere programmate delle ulteriori visite di controllo nell'arco di tempo di 30 giorni entro i quali decorre la chiusura del verbale di Pronto Soccorso. In questo caso l'utente effettua nuovamente l'accesso dal Pronto Soccorso registrandosi al Triage, venendo subito indirizzato all'ambulatorio competente per la visita. Ne consegue la registrazione di accessi multipli nonostante si tratti dello stesso percorso FT.

### **3.3 Analisi dei dati**

I dati sono stati forniti dal controllo di gestione dell'ULSS 7. Tramite il programma Firt Aid utilizzato per effettuare il Triage sono state ricavate le informazioni sugli accessi avvenuti dal 1 agosto 2014, data di avvio della registrazione informatizzata, al 31 luglio 2015 allo scopo di osservare un anno completo eliminando le possibili variabili legate alle stagionalità. I dati ottenuti sono stati successivamente catalogati e analizzati in Microsoft Excel. L'enorme quantitativo di dati ha rappresentato un problema nell'elaborazione, pertanto si è proceduto con una prima eliminazione dal conteggio, degli accessi i cui dati figuravano incompleti e verosimilmente rappresentavano dei bias. In secondo luogo è stato necessario un ulteriore riconteggio degli accessi codificati come Fast-Track specialistico in quanto, come già descritto, il richiamo ad una successiva visita veniva registrato nuovamente come accesso al Triage.

I tempi di permanenza in Pronto Soccorso sono stati ricavati confrontando l'orario di accesso al Triage con l'orario di chiusura della pratica di PS, ed è dunque comprensivo dei tempi di attesa prima della visita, dei tempi di spostamento intra-ospedaliero effettuati dal paziente per accedere agli ambulatori e dei tempi effettivi di erogazione delle prestazioni clinico-assistenziali necessarie.

### *3.3.1 Trattamento dei dati*

I dati sono stati utilizzati previa autorizzazione da parte dell'azienda e sono stati analizzati nel rispetto delle norme sulla privacy.

## CAPITOLO 4. PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

### 4.1 Il totale degli accessi

Nel periodo osservato nell'ULSS 7 sono stati registrati 75.078 accessi al Pronto Soccorso divisi fra il presidio ospedaliero di Conegliano e quello di Vittorio Veneto. Si riporta il conteggio degli accessi totali in base all'età (Tabella I) e al sesso (Tabella II).

**Tabella I: Distribuzione degli accessi al Pronto Soccorso di Conegliano e Vittorio Veneto in base a fasce d'età**

	Conegliano	Vittorio Veneto	Totale
minori di 14 anni	8.101	1.733	9.834
dai 14 ai 64 anni	26.330	14.229	40.559
dai 65 ai 75 anni	5.925	2.911	8.836
maggiori di 75 anni	10.739	5.110	15.849
Accessi totali	51.095	23.983	75.078

**Tabella II: Distribuzione degli accessi al Pronto Soccorso di Conegliano e Vittorio Veneto in base al sesso**

	Conegliano	Vittorio Veneto	Totale
Maschi	27.205	12.378	39.583
Femmine	23.890	11.605	35.495
Accessi totali	51.095	23.983	75.078

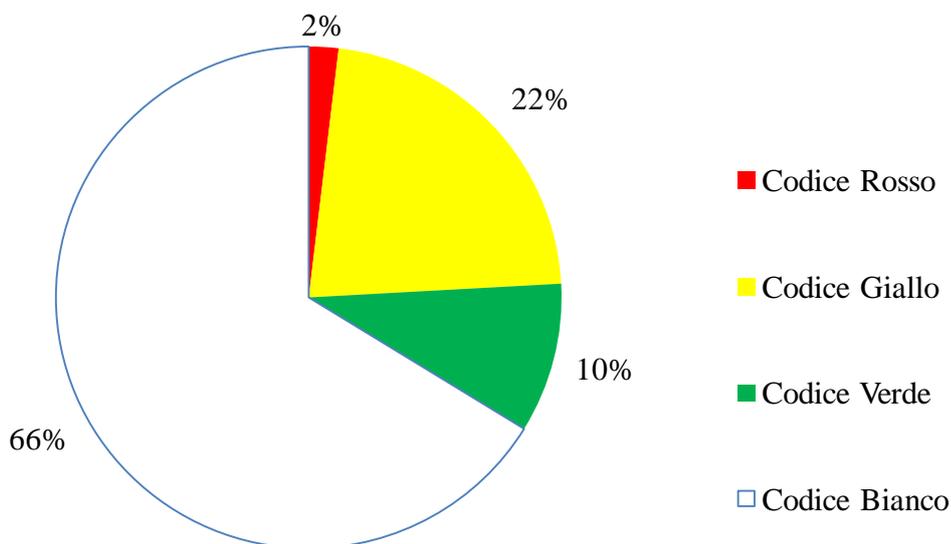
Si prosegue con l'identificazione della distribuzione degli accessi per codice di priorità (Tabella III).

**Tabella II: Distribuzione degli accessi al Pronto Soccorso di Conegliano e Vittorio Veneto in base al codice di priorità assegnato al Triage**

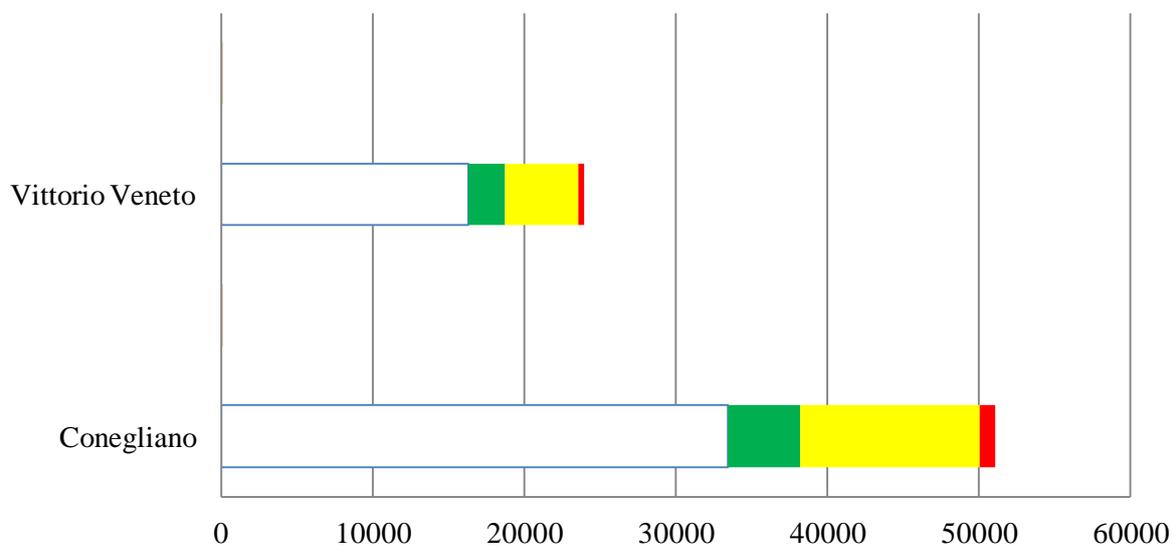
	Conegliano	Vittorio Veneto	Totale
Codice Rosso	996	426	1.422
Codice Giallo	11.868	4.823	16.691
Codice Verde	4.791	2.450	18.113
Codice Bianco	33.440	16.284	49.724
Accessi totali	51.095	23.983	75.078

Si noti l'elevato numero di accessi registrati come Codice Bianco, che codifica un basso livello di priorità d'urgenza, pari al 66% degli accessi totali (Grafico I) e rispettivamente al 65,4% degli accessi al PS di Conegliano e il 67,9% degli accessi al PS di Vittorio Veneto (Grafico II).

**Grafico I: Distribuzione percentuale dei codici di priorità sugli accessi totali del PS dell'ULSS 7**

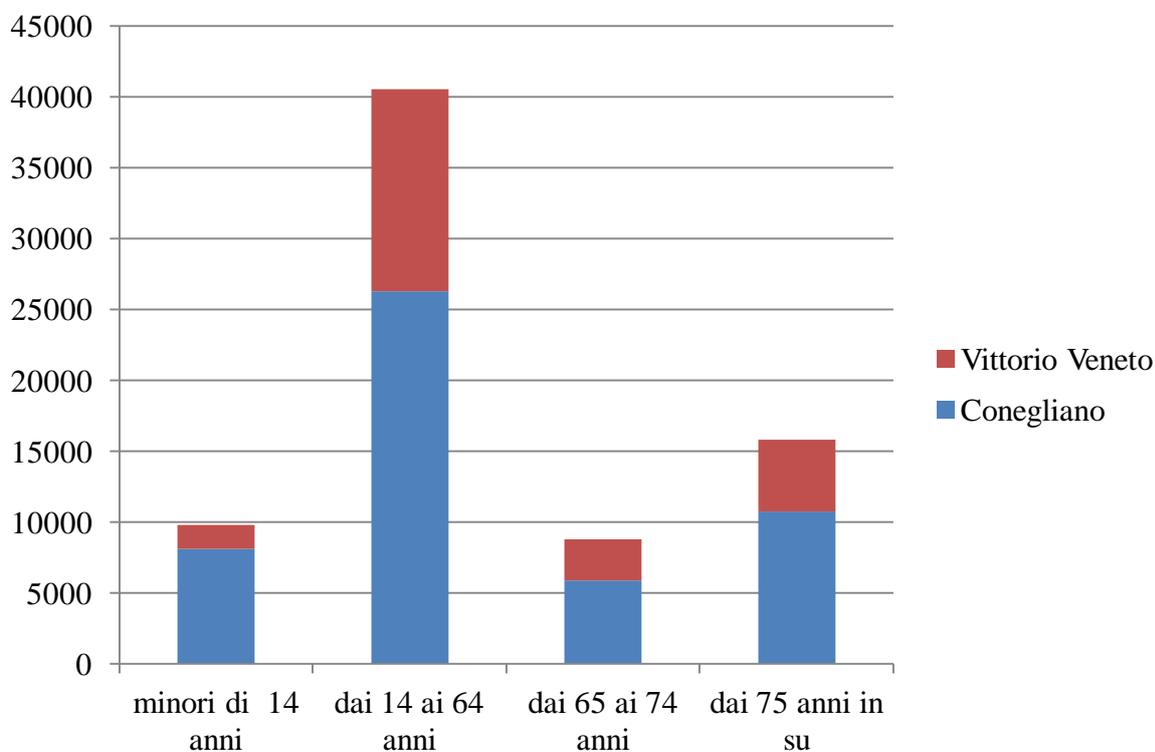


**Grafico II: Distribuzione dei codici di priorità d'accesso nei PS di Conegliano e Vittorio Veneto**



	Conegliano		Vittorio Veneto	
□ Codice Bianco	33440	65,4%	16284	67,9%
■ Codice Verde	4791	9,4%	2450	10,2%
■ Codice Giallo	11868	23,2%	4823	20,1%
■ Codice Rosso	996	1,9%	426	1,8%

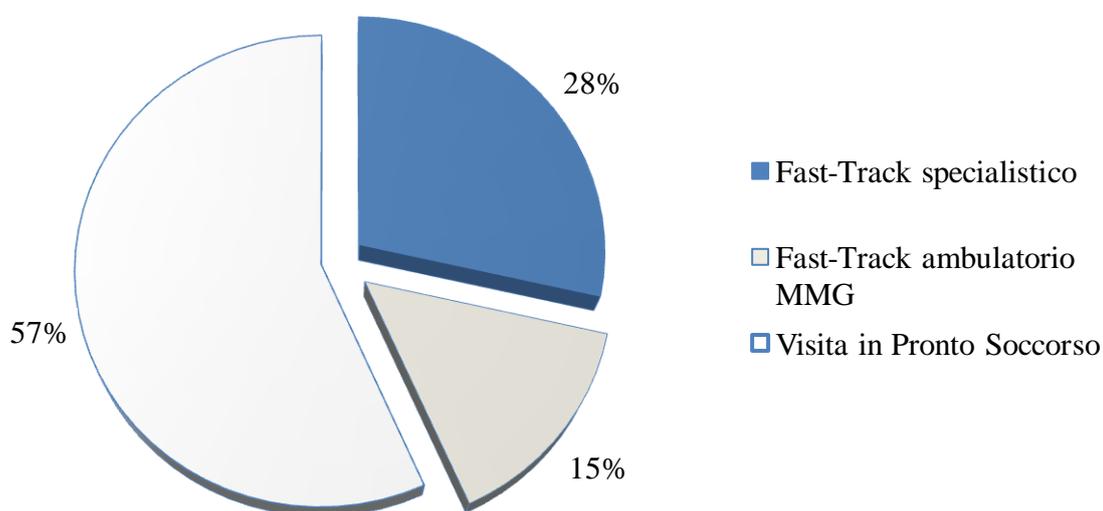
**Grafico III: Distribuzione degli accessi totali per fasce d'età**



## 4.2 I Codici Bianchi

Si procede con l'analisi dei soli Codici Bianchi. Una volta effettuata la registrazione al Triage, l'utente può accedere alla visita da parte del medico di Pronto Soccorso oppure essere indirizzato tramite Fast-Track, all'ambulatorio Codici Bianchi per la visita da parte di un Medico di Medicina Generale (MMG) o ad una visita specialistica verso l'ambulatorio di competenza. Nella Tabella IV e nel Grafico III vengono illustrate le percentuali e l'utenza che si suddivide in questi tre percorsi.

**Grafico IV: Percentuali di attivazione dei protocolli Fast-Track sul totale dei Codici Bianchi**



**Tabella IV: Numero accessi per cui si è registrata l'attivazione dei protocolli Fast-Track sul totale dei Codici Bianchi**

	Accessi
Fast-Track specialistico	14.179
Fast-Track ambulatorio MMG	7.346
Visita in Pronto Soccorso	28.199
<b>Totale Codici Bianchi</b>	<b>49.724</b>

Come descritto in precedenza i protocolli di Fast-Track possono prevedere il richiamo ad una successiva visita che viene registrato nuovamente come accesso al Triage. Ne consegue che molti accessi registrati come FT, sono in realtà riconducibili ad iter clinici con utenti che effettuano più accessi e vengono nuovamente codificati come FT. Ai fini dello studio quindi viene conteggiato solo il primo accesso originario. Dopo tale riconteggio il numero degli accessi codificati come Fast-Track specialistico da 14.179 calano a 5.640. Si illustra in seguito le caratteristiche dell'utenza codificata Codice Bianco e Fast-Track per fasce di età (Tabella V) e sesso (Tabella VI).

**Tabella V: Accessi Codici Bianchi suddivisi per fasce d'età**

	Fast-Track specialistico	Fast-Track ambulatorio MMG	Visita in Pronto Soccorso	Totale
minori di 14 anni	2.517	506	1.816	4.839
dai 14 ai 64 anni	2.450	4.607	19.128	26.185
dai 65 ai 75 anni	398	987	3.007	4.392
maggiori di 75 anni	275	1.246	4.248	5.769
Totale	5.640	7.346	28.199	41.185

**Tabella VI: Distribuzione Codici Bianchi in base al sesso**

	Fast-Track specialistico	Fast-Track ambulatorio MMG	Visita in Pronto Soccorso	Totale
Maschi	2.846	3.560	15.865	22.271
Femmine	2.794	3.786	12.334	18.914
Totale	5.640	7.346	28.199	41.185

#### *4.2.1 I tempi di permanenza in Pronto Soccorso*

Tramite gli orari di apertura e chiusura delle pratiche di Pronto Soccorso è stato possibile ricavare il tempo di permanenza degli utenti all'interno del PS, che inizia dalla registrazione

al Triage e termina con la chiusura e la consegna del verbale (Grafico IV). Ponendo un intervallo di confidenza del 95% si è potuto quindi elaborare le medie dei tempi di permanenza dei Codici Bianchi in seguito all'attivazione dei protocolli di Fast-Track specialistico, di invio in percorso Fast-Track all'ambulatorio di MMG o di accesso alla visita da parte del medico di Pronto Soccorso secondo i normali modelli organizzativi (Tabella VII). In seguito tramite Excel si è potuto confrontare le medie dei percorsi Fast-Track con quella del normale decorso clinico-assistenziale del Pronto Soccorso, ottenendo in entrambi i casi un "p-value" inferiore al 0,05 ( $p < 0,05$ ) verificando quindi in entrambi i casi le ipotesi (Tabella VIII).

**Tabella VII: Medie dei tempi di permanenza in PS in minuti**

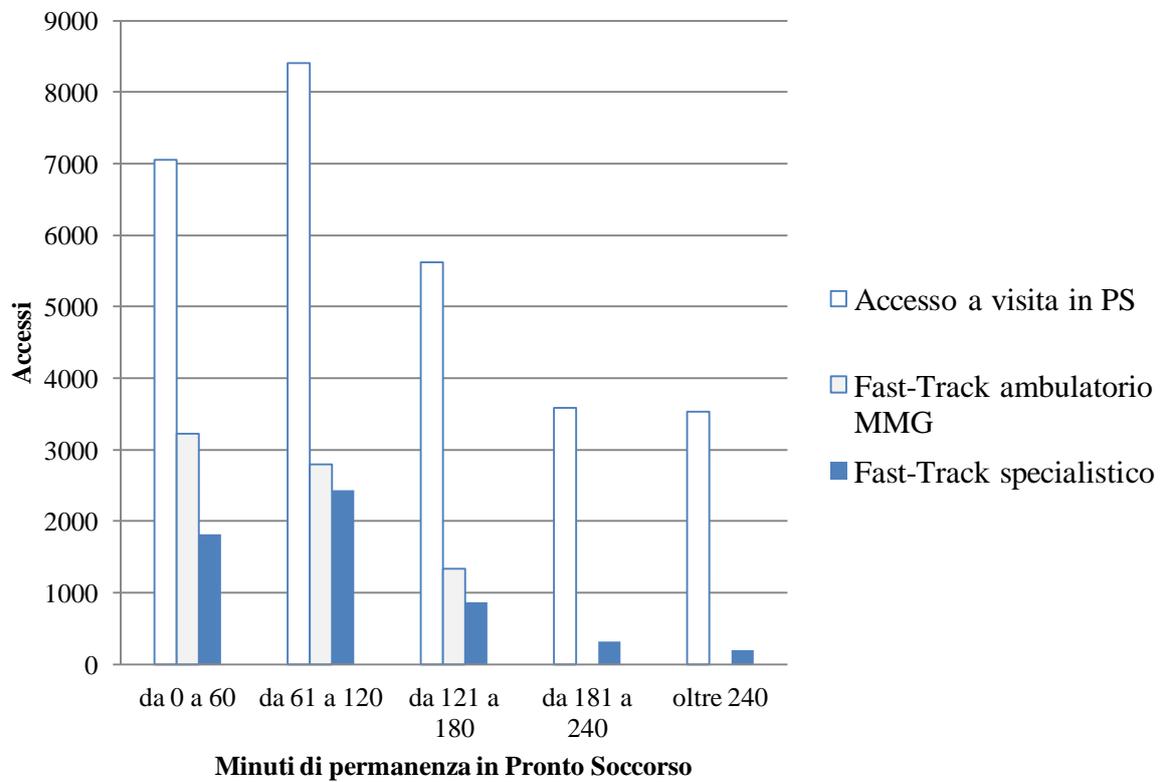
Media dei tempi di permanenza in PS (in minuti)	
Visita in Pronto Soccorso	122
Fast-Track specialistico	99
Fast-Track ambulatorio MMG	73

**Tabella VIII: Medie dei tempi di permanenza in PS relativi ai protocolli Fast-Track con relativo p-value ottenuto**

	Media dei tempi di permanenza in PS (in minuti)	<i>p-value</i>	
Fast-Track specialistico	99	$7,49e^{-107}$	$p < 0,05$
Fast-Track ambulatorio MMG	73	$3,74e^{-12}$	$p < 0,05$

Il grafico V descrive la distribuzione dei tempi di attesa per fascia oraria dei diversi percorsi.

**Grafico V: Distribuzione dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso all'interno dei Codici Bianchi**





## CAPITOLO 5. DISCUSSIONE

### 5.1 Discussione dei risultati

Il quadro che si figura in seguito alle osservazioni e ai dati riportati è concorde con la letteratura, delineando una realtà dove più della metà degli accessi al Pronto Soccorso consiste in codici a bassa priorità d'urgenza. I Codici Bianchi infatti rappresentano circa il 66% degli accessi totali ed è quindi evidente la necessità di adottare modelli organizzativi adatti per la creazione e la sperimentazione di protocolli mirati a questa ampia fascia d'utenza. Il protocollo Fast-Track per l'Ambulatorio Codici Bianchi a gestione di Medici di Medicina Generale ne è un valido esempio. Mostrando un'affluenza pari al 15% degli accessi a basso livello di priorità, dimostra quanto un alto numero di questi sia caratterizzato da una bassa complessità clinico-assistenziale che potrebbe essere risolta rivolgendosi al medico di base. Si noti come la più ampia fascia d'età che accede ai percorsi Fast-Track sia quella dai 14 ai 65 anni, mentre, i pazienti di età superiore ai 75 anni che accedono ai FT sono solo 1.521 sul totale di 5.769 degli utenti codificati Codici Bianchi in quella fascia d'età e quelli fra i 65 e i 75 anni sono 1.385 su di un totale di 4.392. Gli utenti che accedono ai protocolli di Fast-Track con l'età superiore ai 65 anni sono 2.906 sul complesso di 12.906 accessi FT e sul 24.685 degli accessi totali in questa fascia d'età. Si noti anche l'elevato numero di accessi FT nella fascia d'età pediatrica, tanto da rappresentare più della metà dei Codici Bianchi in questa fascia d'età. I pazienti in età pediatrica che si fermano in PS sono solo il 4,4% dei Codici Bianchi e corrispondono in maggior parte a problematiche di tipo traumatologico. Si tratta di un dato che era atteso in quanto il FT pediatrico è stato uno dei primi implementati dal PS dell'ULSS 7, dimostrando la valenza di tali protocolli mirati ad individuare una competenza mono-specialistica. Se consideriamo che è ampiamente dimostrato che all'aumentare dell'età aumentano le comorbilità con conseguente aumento della complessità del paziente, i dati indicano che i percorsi FT sono caratterizzati da accessi di casi per la maggior parte a bassa complessità clinico-assistenziale. Questa classificazione può aprire la strada ad ulteriori iniziative a livello organizzativo sul modello anglosassone, dove avviene la presa in carico da parte dell'infermiere di specifiche situazioni a bassa complessità come bei protocolli di "*See & Treat*".

Si è ottenuto risultati significativi anche nell'analisi dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso. Calcolando i tempi riguardanti le visite da parte del medico di PS, i percorsi FT

specialistici e il FT ambulatoriale per la visita da parte del MMG otteniamo una media di permanenza in PS rispettivamente di 122 minuti, 99 minuti ( $p < 0.05$ ) e 73 minuti ( $p < 0.05$ ). Rilevando quindi una diminuzione di 23 minuti per il FT specialistico e di 49 minuti per il FT ambulatoriale MMG nei confronti dei normali percorsi organizzativi che prevedono l'accesso alla visita da parte del medico di PS nella fascia d'utenza codificata come Codici Bianchi. Uno studio simile condotto da Pearson et al. (2009) sui tempi di permanenza all'interno di un Emergency Department con 70.000 accessi all'anno, ha rilevato una diminuzione di 28 minuti nei tempi di permanenza in PS degli accessi a basso livello di urgenza. Effettuando un confronto fra i pazienti che accedevano alla visita da parte del medico di PS e i pazienti che accedevano alla Fast-Track Area risulta rispettivamente una media di 104 minuti e una media di 86 minuti di permanenza all'interno del PS ( $p < 0.001$ ). Lo studio calcola anche l'impatto che la FTA comporta sulla media dei tempi di attesa complessivi sullo stessa fascia d'utenza a bassa priorità d'urgenza, riportando un calo da 45 minuti a 23 minuti dopo la sua implementazione ( $p < 0,001$ ). Nonostante i dati non siano pienamente paragonabili in quanto raccolti in un setting del tutto diverso, uno vantaggi principali dei protocolli di FT è l'eliminazione dei tempi di attesa per gli utenti che vi accedono. Ciò impatta indirettamente su tutti gli altri tempi d'attesa per accedere alla visita di PS. È quindi attendibile un riscontro positivo anche nelle medie dei tempi di attesa nel quadro degli accessi nell'ULSS 7 qui studiati. Sono comunque necessari ulteriori studi per verificare questa ipotesi.

## **5.2 Limiti dello studio**

I principali limiti sono dati dal fatto che si tratta della prima volta che si procede ad analizzare dati registrati tramite il programma "First Aid". E' stato quindi necessario identificare le corrette codifiche e interpretarle per identificare l'attivazione o meno dei protocolli. Non è stato possibile rilevare gli accessi ai singoli protocolli di Fast-Track mono-specialistici e nemmeno i tempi di percorrenza all'interno dei singoli protocolli in modo da osservare il tempo trascorso fra la registrazione al Triage, l'effettivo accesso alla visita specialistica e la chiusura della pratica con la consegna del verbale in Pronto Soccorso.

## CAPITOLO 6. CONCLUSIONI

Questo studio sui protocolli di Fast-Track all'interno dell'Unità Organizzativa Complessa del Pronto Soccorso dell'ULSS 7 ne ha dimostrato l'efficacia in termini di riduzione del tempo di permanenza in PS. Confrontando solo gli accessi registrati come Codici Bianchi in entrata al Triage si è analizzato la fascia d'utenza a bassa priorità d'urgenza che accede al Pronto Soccorso e a cui viene attribuito il codice bianco. In tal modo l'unica discriminante organizzativa presente risulta essere l'attivazione o meno dei protocolli FT. I tempi di permanenza in PS ottenuti risultano essere 122 minuti per gli accessi che hanno seguito il normale decorso organizzativo del PS, cioè la registrazione al Triage, l'attesa per l'accesso alla visita da parte del medico di PS che prescrive gli esami e le consulenze necessarie.

I tempi di permanenza in PS degli accessi tramite FT alle visite specialistiche secondo i protocolli illustrati risulta essere di 99 minuti e quelli degli utenti indirizzati tramite FT all'ambulatorio per la visita da parte di un Medico di Medicina Generale risultano 73 minuti. Ne consegue una diminuzione di 23 minuti del tempo medio di permanenza degli accessi con FT specialistico ( $p < 0.05$ ) e una diminuzione di 43 minuti del tempo medio di permanenza per gli accessi al FT ambulatorio di MMG ( $p < 0.05$ ) in confronto alla media dei tempi di permanenza dei restanti Codici Bianchi che seguono il normale decorso clinico-assistenziale del PS. I risultati sono simili a quanto trovato in letteratura nonostante il setting diverso in confronto alle Fast-Track Area tipiche dei modelli organizzativi americani e anglosassoni. I protocolli di FT rappresentano dunque una valida risorsa organizzativa per far fronte al fenomeno di “*crowding*” che sta diventando una realtà sempre più ricorrente.

La sperimentazione e l'applicazione di tali protocolli mirati ad accessi a bassa complessità assistenziale può inoltre rappresentare un punto di partenza per l'integrazione di modelli organizzativi dove l'infermiere ha le capacità di farsi protagonista per una presa in carico più efficace e autonoma.

## BIBLIOGRAFIA

Acep. (2008). Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions. Disponibile in: <http://www.acep.org/workarea/DownloadAsset.aspx?id=50026> [25 agosto 2015].

Azienda ULSS 7. (2015). Bollettino Epidemiologico Locale n°14. Disponibile in: [http://www.ulss7.it/magnoliaPublic/istituzionale/notizie-e-comunicazione/Studi-e-ricerche/contentidx/04/content\\_files/file0/BEL\\_2014.pdf](http://www.ulss7.it/magnoliaPublic/istituzionale/notizie-e-comunicazione/Studi-e-ricerche/contentidx/04/content_files/file0/BEL_2014.pdf) [20 ottobre 2015]

Brown, D.F.M., Asplin, B., Liu, S.W., Hamedani, A.G., & Camargo Jr, C.A. (2013). Established and Novel Initiatives to Reduce Crowding in Emergency Departments. *Western Journal of Emergency Medicine*, 14(2), 85-9.

Fordyce J., Blank F.S.J., Pekow P., Smithline H.A., Ritter G., Gehlbach S., Benjamin E., Henneman P.L. (2003). Errors in a busy emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 42(3), 324-333.

McCarthy, M.L., Zeger, S.L., Ding, R., Levin S.R., Desmond, JS., Lee, J. et al. (2009). Crowding delays Treatment and lengthens emergency department length of stay, even among high-acuity patients. *Annals of Emergency Medicine*, 54(4), 492-503.

Moskop, J.C., Sklar, D.P., Geiderman, J.M., Schears, R.M., Bookman, K.J. (2009). Emergency department crowding, part 2--barriers to reform and strategies to overcome them. *Annals of Emergency Medicine*, 53(5), 612-7.

Ospina, M.B., Bond, K., Schull, M., Innes, G., Blitz, S., Rowe, B.H. (2007). Key indicators of overcrowding in Canadian emergency departments: a Delphi study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 9(5), 339-46.

Pearsons, H., Van Dyke, M., Drennan J., Rajah, J., & Devkaran, S. (2009). The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: a Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emergency Medicine*, 5(2), 9-11.

Rainer, T.H., Chan, S.S., Cheung, N.K., & Graham, C.A. (2015). Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. *Hong Kong Medical Journal*, 21(4), 345-52.

Regione del Veneto. (2014). Bollettino Ufficiale. Disponibile in: <http://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/SommarioSingoloBur.aspx?num=24&date=28/02/20> [20 ottobre 2015].

U.K. Health Care (2009) Literature Review of emergency department Staffing Redesign Frameworks. Disponibile in: <http://www.health.nsw.gov.au/workforce/Documents/literature-review-emergency-department-staffing.pdf> [20 ottobre 2015]

Yoon, P., Steiner, I., & Reinhardt, G. (2003). Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 5(3), 155-61.

Zimmerman, R., Smith, R., Worster, A., Smith, T., O'Connor, K., Darrab, A.A., Fan, J. et al. (2006). How does fast track affect quality of care in the emergency department? *European Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 32-5.

#### NORMATIVA E DOCUMENTI CONSULTATI

Decreto del Presidente della Repubblica, 27 marzo 1992. “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”

Decreto Ministeriale n. 739, 14 settembre 1994. “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”

Decreto Ministeriale attuativo, 11 aprile 1996. “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”

Codice Deontologico dell'Infermiere, 17 gennaio 2009.

Delibera Regionale n. 1184, 26 luglio 2010. “Approvazione documento triage informatico in Pronto Soccorso”

Delibera Aziendale ULSS 7 n. 1000, 24 luglio 2012. “Progetto umanizzazione e trasparenza in Pronto Soccorso: approvazione”

# ALLEGATI

## ALLEGATO 1



Dipartimento di Area Critica  
 UOC di Pronto Soccorso  
 Direttore: Dr. Enrico Bernardi



### Modulo Fast-Track Radiologico / Ortopedico

Numero cartella PS

#### 1. Criteri inclusione

Domanda	SI	NO	
Trauma chiuso e isolato degli arti inferiori e/o superiori? (*)			- Se hai risposto NO ad una o più domande il paziente non è candidato al FT.
Codice colore verde / bianco?			- Se hai risposto SI a tutte le domande vai alle successive secondo la sede
Età ≥ 16 anni e affidabile (*)			
Se donna in età fertile: esclude gravidanza in atto? (‡)			

(\*) Escluso: anca, femore e spalla (salvo sospetta lussazione ricorrente di spalla, anche se CC triage giallo); (†) adulti non portatori di patologia degenerativa del SNC (demenza, ictus, etc.) o psichiatrica, non intossicati (alcol, droghe, farmaci), se ≥ 6 anni ≤ 18 solo con consenso del genitore; (‡) riferisce uso regolare di estroprogestinici, non storia di rapporti negli ultimi 3-6 mesi, istero-anneissiotomia

#### 2. Richiedi RX di: *dita (mano / piede), polso, avambraccio, gomito*, se:

Domanda	SI	NO	
Evidente deformazione di segmenti ossei			- Se hai risposto SI a una o più domande → chiedi RX → se frattura (solo se riferito) → invia in consulenza ortopedica
Dolore intenso alla palpazione dei segmenti ossei interessati			- Se hai risposto NO a tutte le domande → valutazione in PS
Incapacità funzionale			

#### 3. Richiedi RX di: *rotula / gamba / ginocchio* (vedi Figura 1) se:

Domanda	SI	NO	
Dolore <u>limitato</u> alla palpazione della rotula (A)			- Se hai risposto SI a una o più domande → chiedi RX → se frattura (solo se riferito) → invia in consulenza ortopedica
Dolore alla palpazione della testa del perone (B)			- Se hai risposto NO a tutte le domande → valutazione in Pronto Soccorso
Incapacità a flettere il ginocchio oltre 90°			
Incapacità a caricare il peso (5), subito dopo il trauma e in PS			

(5) per almeno 4 passi, se zoppica durante la marcia ⇒ considera come capace di caricare

#### 6. Richiedi RX *caviglia / piede* (vedi Figura 2) se:

Domanda	SI	NO	
Dolore alla palpazione entro 5 cm dall'apice dei malleoli (A-B)			- Se hai risposto SI a una o più domande → chiedi RX → se frattura (solo se riferito) → invia in consulenza ortopedica
Dolore alla palpazione della base del V metatarso (C)			- Se hai risposto NO a tutte le domande → valutazione in Pronto Soccorso
Dolore alla palpazione del navicolare (D)			
Incapacità a caricare il peso (5), subito dopo il trauma e in PS			

(5) per almeno 4 passi, se il paziente zoppica durante la marcia ⇒ considera come capace di caricare

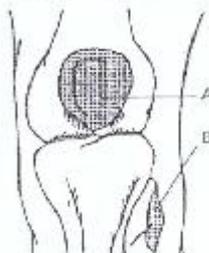


Figura 1

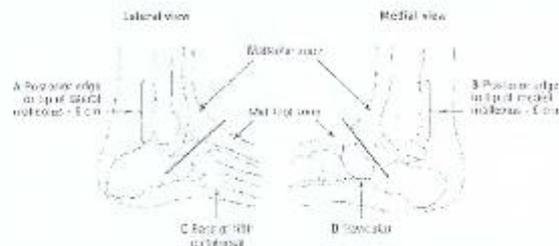


Figura 2

## ALLEGATO 2



Dipartimento di Area Critica  
UOC di Pronto Soccorso  
Direttore: Dr. Enrico Bernardi



### Modulo Fast-Track Oculistico

Numero cartello PS

#### 1. Criteri inclusione

##### Domanda

SI NO

Disturbi oculari locali: dolore, occhio rosso (a), edema palpebrale, problema di lacrimazione, corpo estraneo, abrasione etc. ?

Disturbi della vista: fosfeni (macchie luminose) (b), miodesopsie (corpi mobili, mosche volanti, ragnatele ecc.)?

Emorragia sottocongiuntivale non circonferenziale? (c)

- Se hai risposto **NO** a tutte le domande il paziente **non è candidato** al FT
- Se hai risposto **SI** ad una o più domande vai alla successiva

(a) In presenza di occhio rosso, dolente e senza lacrimazione, considera come il sospetto di *glaucoma acuto ad angolo chiuso*. In questi casi il paziente riferisce anche offuscamento del visus, visione di "aloni" intorno agli oggetti e, in taluni casi, nausea e vomito.

(b) possibile espressione di aura emicranica (considera se anamnesi positiva → valutazione in PS)

(c) chiedi e segnala se paziente assume: antiaggreganti / anticoagulanti, se paziente con storia di ipertensione → misura PA

#### 2. Criteri di esclusione

##### Domanda

SI NO

Trauma all'occhio: ferita palpebrale, tumefazione peri-orbitaria impedisce la valutazione del bulbo, evidenti lesioni del bulbo, anisocoria? (a)

Contaminazione da sostanze irritanti? (b)

Alterazioni del visus non associate a lesioni oculari obiettive: diplopia, anisocoria, amaurosi (cecità improvvisa monolaterale), emianopsia (cecità limitata a metà del campo visivo)? (c)

PAS >220 mmHg e/o PAD >120 mmHg

- Se hai risposto **NO** a tutte le domande → invia in consulenza oculistica
- Se hai risposto **SI** ad una o più domande → valutazione rapida in Pronto Soccorso

(a) se feriti dopo le 20 o festivi considera eventuale allertamento dell'oculista reperibile

(b) procedi con lavaggio immediato e abbondante dell'occhio con acqua o soluzione fisiologica, anche se già effettuata decontaminazione

(c) è molto verosimile che si tratti di problema di competenza neurologica → valutazione del medico di Pronto Soccorso



**Modulo Fast-Track Ostetrico / Ginecologico**

Numero cartella PS

**Fast-Track Ostetrico**

**1. Criteri inclusione**

Domanda	SI	NO	
Perdite ematiche in gravidanza (incluso codice giallo)			- Se hai risposto <b>NO</b> a tutte le domande il paziente <b>non è candidato</b> al FT - Se hai risposto <b>SI</b> ad una o più domande vai alla successiva
Assenza (percepita dalla madre) di movimenti attivi fetali			
Dolore addominale non traumatico limitato ai quadranti inferiori			
Ipertensione gravidica (solo se prima visita)			
Sospetta mastite in puerpera (entro 30 giorni dal parto)			

**2. Criteri di esclusione**

Domanda	SI	NO	
Trauma diretto addominale (a)			- Se hai risposto <b>NO</b> a tutte le domande → Invia in consulenza ostetrica - Se hai risposto <b>SI</b> ad una o più domande → valutazione rapida in Pronto Soccorso
Febbre > 38°C (b)			
Alvo chiuso a feci e gas (c)			
(a) necessario escludere un emoperitoneo o altre lesioni del torso (b) sospetta infezione addominale (es. appendicite, colecistite, pielonefrite, etc.). Solo se associata a mastite → Fast-Track (c) valutazione rapida in Pronto Soccorso			

**Fast-Track Ginecologico**

**1. Criteri inclusione**

Domanda	SI	NO	
Meno-metrorragia			- Se hai risposto <b>NO</b> a tutte le domande il paziente <b>non è candidato</b> al FT - Se hai risposto <b>SI</b> ad una o più domande vai alla successiva
Disturbi vulvo-vaginali			
Riferito corpo estraneo vaginale			
"Pillola del giorno dopo" (solo 8-20 se affollamento importante) (a)			
(a) nell'orario 20-8 prescrizione a cura del MdG del Pronto Soccorso (es. Norlevo, EllaOne)			

**2. Criteri di esclusione**

Domanda	SI	NO	
Trauma diretto addominale (a)			- Se hai risposto <b>NO</b> a tutte le domande → Invia in consulenza ginecologica - Se hai risposto <b>SI</b> ad una o più domande → valutazione rapida in Pronto Soccorso
Febbre > 38°C (b)			
Associazione con di rettorragia / ematuria (b)			
(a) necessario escludere un emoperitoneo o altre lesioni del torso (b) valutazione rapida in Pronto Soccorso			

# ALLEGATO 4



Dipartimento di Area Critica  
 UOC di Pronto Soccorso  
 Direttore: Dr. Enrico Bernardi



## Modulo Fast-Track ORL

Numero cartella PS

### Epistassi non traumatica / CE narici

#### 1. Criteri inclusione

	SI	NO	
Sanguinamento nasale in atto			- Se hai risposto <b>NO</b> alle domande il paziente non è candidato al FT
Corpo estraneo narici (non valutare criteri di esclusione)			- Se hai risposto <b>SI</b> vai alla successive

#### 2. Criteri di esclusione

Domanda	SI	NO	
Rumori respiratori? (a)			- Se hai risposto <b>NO</b> a tutte le domande → invia in consulenza ORL
PAS > 220 mmHg / PAD > 120 mmHg? (b)			- Se hai risposto <b>SI</b> ad una o più domande → valutazione rapida in Pronto Soccorso
Sanguinamento non traumatico da entrambe le narici? (c)			
Coesistenza di emorragie in altre sedi (es. petecchie / porpora)? (c)			
Coagulopatia congenita, acquisita o iatrogena? (d)			
Riferito recente trauma cranico chiuso? (e)			

(a) possibile ostruzione delle vie aeree  
 (b) rileva solo se: storia di ipertensione, (auto)riscontro di PA elevata, cefalea → NB di norma un rialzo pressorio moderato può essere secondario all'epistassi (reazione emotiva)  
 (c) sospetto problema coagulativo sistemico → valutazione del medico di Pronto Soccorso  
 (d) anamnesi, emocromo + test coagulativi → valutazione del medico di Pronto Soccorso  
 (e) possibile frattura della base cranica → valutazione del medico di Pronto Soccorso.

### Otalgia / Ipoacusia / CE AU

#### 1. Criteri inclusione

	SI	NO	
Otalgia? / fuoriuscita di pus e/o sangue dal meato uditivo?			- Se hai risposto <b>NO</b> a tutte le domande il paziente non è candidato al FT
Ipoacusia / acufeni			- Se hai risposto <b>SI</b> ad una o più domande vai alla successiva
Corpo estraneo meato uditivo (non valutare criteri di esclusione)			

#### 2. Criteri di esclusione

Domanda	SI	NO	
Coesistenza di febbre elevata (>38.5°C)? (a)			- Se hai risposto <b>NO</b> a tutte le domande → invia in consulenza ORL
Dolore e/o fluttuazione a livello della mastoide? (b)			- Se hai risposto <b>SI</b> ad una o più domande → valutazione rapida in Pronto Soccorso
Riferito recente trauma cranico chiuso? (c)			

(a) possibile infezione generalizzata → valutazione del medico di Pronto Soccorso  
 (b) possibile mastoidite → valutazione del medico di Pronto Soccorso: TC per rocce e mastoidei + terapia antibiotica in Pronto Soccorso  
 (c) possibile frattura della base cranica → valutazione del medico di Pronto Soccorso



## PROCEDURA AZIENDALE

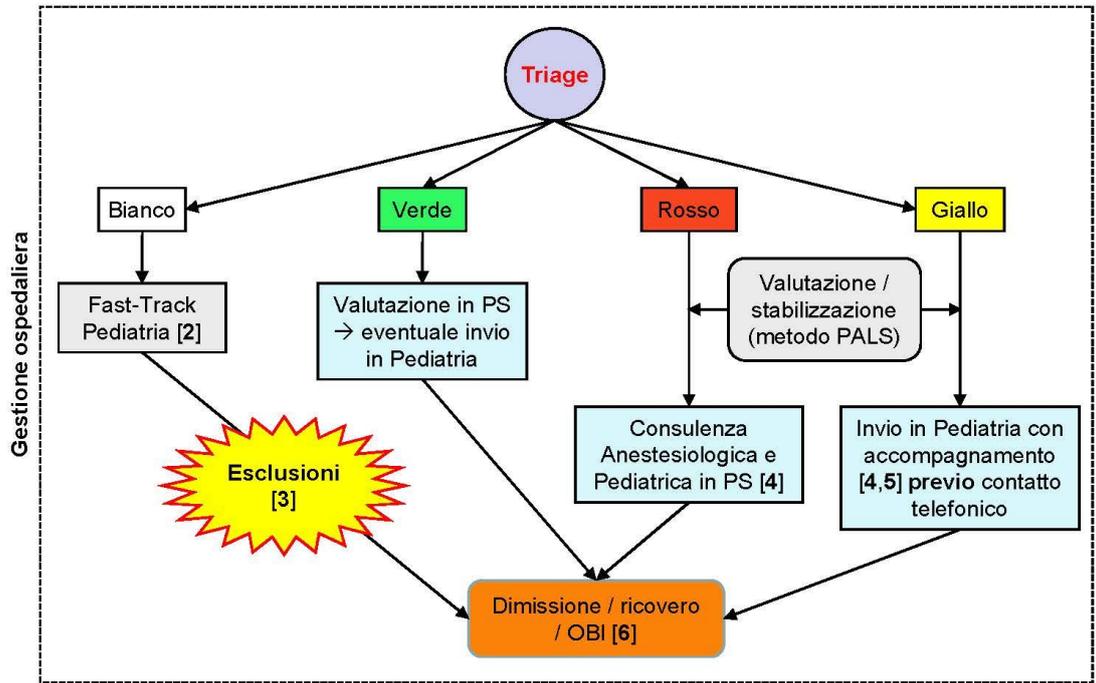
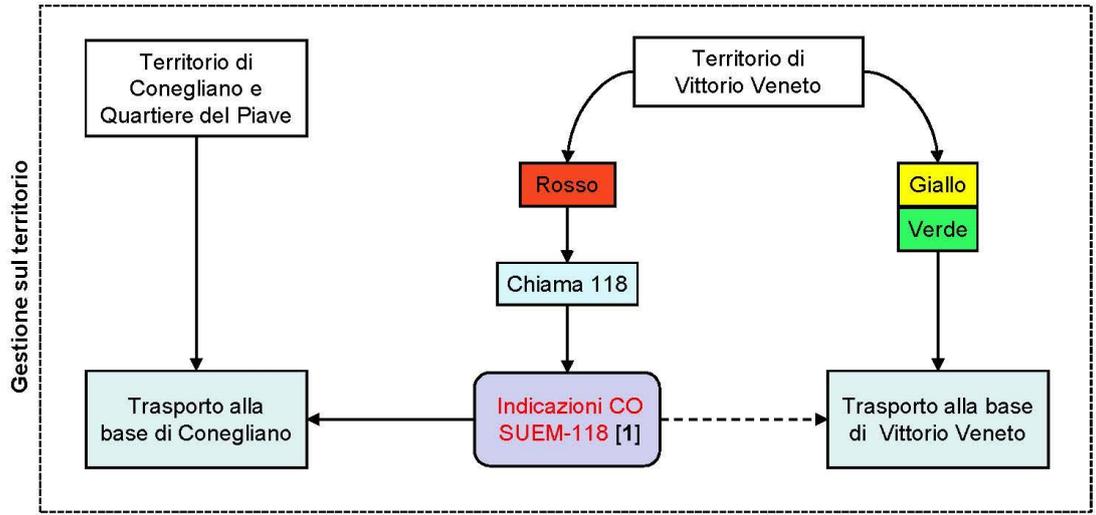
### Flow-chart per la gestione del paziente pediatrico in Pronto Soccorso

<b>Preparato da:</b> Enrico Bernardi Gian Paolo Chiaffoni	<b>Unità operativa:</b> Direttore UOC Pronto Soccorso Direttore UOC Pediatria	<b>Data:</b> 06.02.2012 <b>Revisione:</b> 3
<b>Verificato da:</b> Enrico Bernardi Gian Paolo Chiaffoni	<b>Ruolo:</b> Direttore UOC Pronto Soccorso Direttore UOC Pediatria	<b>Descrizione modifica:</b> esclusione da Fast-Track di CC verde; consegna modulo informativo FT a CC bianco
<b>Approvato da:</b> Maria Grazia Carraro	<b>Ruolo:</b> DMO	



## Gestione del paziente pediatrico

Presenza MdG Pediatria a Vittorio Veneto (cicalino 99):  
Lu - Ve: 08.00 - 17.00  
Sabato: 09.00 - 12.00  
Domenica: 09.00 - 12.00



## Istruzioni operative flow-chart "Gestione del paziente pediatrico"

### Definizione e note operative

- Il presente protocollo si applica in ambito territoriale e in ospedaliero a **tutti** i pazienti pediatrici.
- Non sono previste eccezioni.

### Note alla Flow-Chart

[1] **Se** codice rosso in trasporto primario (SUEM-118) sul territorio di afferenza del PO di Vittorio Veneto → contattare la CO → possibilmente <sup>1</sup> centralizzare alla base di Conegliano

### [2] Fast-Track Pediatria

→ **Tutti i casi (Conegliano e Vittorio Veneto): consegnare stampato informativo paziente pediatrico r067\_01\_013 ai genitori**

→ **Solo base di Vittorio Veneto** – verifica **se** pediatra presente (vedi relativo BOX):

- presente** → avvisare telefonicamente dell'invio, in quanto di **regola** il MdG della Pediatria si trova presso il Nido e scende in ambulatorio *su chiamata*. **NB:** l'ambulatorio pediatrico è attrezzato per la valutazione clinica ma non per il trattamento delle urgenze, che pertanto verrà effettuato presso il Pronto Soccorso. In alternativa, su indicazione del MdG della Pediatria, il piccolo paziente sarà inviato a Conegliano per il prosieguo (ulteriori valutazioni / terapia / OBI).
- pediatra **non presente** → invia a Conegliano. **NB:** offrire sempre trasporto con ambulanza (secondari), **se** i genitori insistono per trasporto con mezzo proprio → chiusura verbale → invio alla base di Conegliano per consulenza pediatrica in Fast-Track.

### [3] Esclusioni

- **trauma:** la UOC di Pediatria equivale ad un reparto "internistico" (per quanto con competenze pluri-specialistiche e intensivistiche); pertanto, salvo nel caso di un trauma cranico *isolato*, per il quale può essere opportuna una valutazione degli aspetti neurologici "pediatrici", l'invio di un piccolo paziente traumatizzato in Pediatria è escluso;
- **dolore addominale:** è sempre necessario *prima* valutare in Pronto Soccorso gli aspetti di interesse chirurgico (inclusa la torsione di un testicolo); escludere polmonite, cheto-acidosi diabetica scompensata (specialmente se all'esordio), disionia;
- **problematiche specialistiche:** le patologie di competenza ORL, oculistica, ortopedica, dermatologica (escluso → sospetta malattia infettiva) vanno inviate direttamente - quando possibile <sup>2</sup> - al reparto di competenza, in alternativa procedere **sollecitamente** ad una valutazione in Pronto Soccorso, facendo particolare attenzione al *controllo dei sintomi* (es., dolore, febbre, tosse) e programmare un reingresso in Fast-Track per il primo giorno lavorativo successivo all'ingresso (in quest'ultimo caso è *fondamentale* informare in modo adeguato i parenti).

[4] **Base di Vittorio Veneto** – paziente giunto autonomamente / trasportato con ambulanza SUEM-118 → codice rosso / giallo → pediatra **non presente** → inizia stabilizzazione secondo linee guida PALS → invia a Conegliano con trasporto protetto, avvisando telefonicamente la Pediatria.

[5] L'accompagnamento sarà effettuato da personale infermieristico o tecnico del Pronto Soccorso, secondo le indicazioni del MdG del Pronto Soccorso. L'invio in Pediatria senza accompagnamento, anche se sollecitato dai genitori / tutori, deve essere **sempre** evitato / scoraggiato. Nel caso i genitori / tutori ritengano comunque di *non poter* attendere l'accompagnamento da parte del personale del Pronto Soccorso (non sempre *immediatamente* disponibile), il MdG del Pronto Soccorso è tenuto ad informare tempestivamente il MdG della Pediatria dell'arrivo del piccolo paziente e ad esporre contestualmente il quesito clinico (è sempre opportuno registrare l'accaduto sul verbale di Pronto Soccorso). **NB** per la base di Vittorio Veneto vale quanto sopra al punto 2.

[6] Presso il PO di *Vittorio Veneto* non è prevista l'attività di OBI pediatrica, essendo gli unici posti letto pediatrici destinati all'assistenza del neonato fisiologico. Ogni qualvolta il pediatra, dopo aver valutato un bambino presso il PO di Vittorio Veneto, ritenga opportuno procedere all'OBI, lo stesso dovrà essere trasportato a Conegliano (vedi sopra punto 2 b). In questo caso la gestione delle comunicazioni con la Pediatria di Conegliano sarà delegata al pediatra presente.

<sup>1</sup> Se ciò non determina inaccettabili ritardi di gestione; per la "copertura" del territorio durante il trasporto a Conegliano attivare la base di Soligo.

<sup>2</sup> Se in orario d'apertura del servizio. Quando necessario valutare l'attivazione dei reperibili.

## ALLEGATO 6

### Patologie Inviabili all'Ambulatorio Codici Bianchi

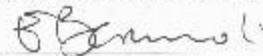
Criteri d'accesso: attribuzione di codice/colore Bianco

► patologie acute di interesse:

- a. *internistico*, incluso: dolore toracico / addominale / lombare, febbre, cefalea, vertigine, astenia, anoressia, tosse, singhiozzo, nausea, vomito, diarrea, stipsi, dolori articolari e muscolari,
- b. *neurologico*, incluso: disturbi della favella, del visus, della forza (paresi) e sensibilità (parestesie),
- c. *ginecologico*, incluso: patologia infiammatoria e infettiva della vulva e della vagina, dispareunia, richiesta di contraccezione d'urgenza, richiesta di IVG
- d. *urologico*, incluso: disturbi della minzione, dell'erezione, ematuria e emospermia non traumatiche,
- e. *ortopedico* (traumi isolati degli arti), incluso: abrasioni, contusioni, ferite non complesse, distorsioni, lussazioni e fratture minori (es. falangi),
- f. *oculistico*, incluso: sospetta congiuntivite, blefarite, dacriocistite, disturbi del visus associati a sintomi locali,
- g. *odontoiatrica*, incluso: carie, frattura o avulsione dentaria non traumatica, ascesso,
- h. *otorinolaringoiatrica*, incluso: sospetta otite, sinusite, epistassi, disturbi interessanti il cavo orale e il tratto respiratorio superiore,
- i. *dermatologico*, incluso: orticaria, eritema, eczema, ustioni di 1° grado, neoformazioni cutanee,

► patologie pregresse (sintomi cessati da  $\geq 3$  giorni) o protratte (sintomi presenti da  $\geq 7$  giorni).

Dott. Enrico Bernardi  
Direttore UOC Pronto Soccorso



Conegliano, 01/01/2009