



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**  
Scuola di Medicina e Chirurgia  
Dipartimento di Medicina  
**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

Tesi di Laurea

**FAST-TRACK PEDIATRICO: analisi sistematica  
dei principali accessi pediatrici in Pronto Soccorso  
nell'ospedale di Adria**

**Relatore: Dott. Fonzo Marco**  
**Correlatore: Busatto Michele**

**Laureanda: Boscolo Valeria**  
Matricola: 1226780

ANNO ACCADEMICO 2021/2022



## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Il sovraffollamento del Pronto Soccorso (PS) è quella situazione in cui la domanda e il conseguente ricorso ai servizi di emergenza eccedono le risorse di assistenza disponibili per il trattamento tempestivo e ottimale del paziente; il numero di accessi in PS cresce costantemente ogni anno e, di conseguenza, i tempi di attesa per i pazienti con codici minori e meno critici aumentano esponenzialmente.

Al fine di tentare di arginare il problema è stato introdotto lo strumento del “Fast-Track”: in seguito all’accesso del paziente in PS, si procede alla sua prima valutazione (triage) da parte di un infermiere adeguatamente formato, definito infermiere triagista. Il paziente, qualora soddisfi determinati criteri stabiliti a priori, viene direttamente inviato presso lo specialista competente. In tal modo, si elimina la prima visita medica in ambulatorio di PS che, con buona probabilità, si sarebbe rivelata come non conclusiva e si riduce il tempo di attesa necessario per accedere ad una visita specialistica.

L’attivazione del Fast-Track 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 al medico competente nel percorso clinico-assistenziale-specialistico mirato.

**OBIETTIVI:** Attraverso un’analisi sistematica di tutti gli accessi pediatrici (0-16 anni) dell’intero anno 2021 (da gennaio a dicembre) nel PS dell’Ospedale Civile “S. Maria Regina degli Angeli” di Adria (RO), il presente lavoro di tesi si pone come obiettivo l’individuazione, l’analisi e la caratterizzazione degli accessi per i quali è stato attivato il “Fast-track” pediatrico.

**MATERIALI E METODI:** Analisi del problema e del contesto teorico tramite linee guida, protocolli e articoli nel motore di ricerca Pub Med; caratterizzazione degli accessi pediatrici nell’intero anno 2021 in fascia d’età 0-16 anni; analisi della distribuzione degli accessi indirizzati a Fast-Track attraverso sia un’analisi bivariata che un modello di regressione logistica multipla; esposizione dei risultati tramite tabelle e rappresentazioni grafiche.

**RISULTATI:** Dai dati raccolti, sono emersi 936 accessi pediatrici al PS di Adria (RO) nell'intero 2021; a 583 (62%) pazienti è stato attribuito il Fast-Track, mentre 353 (38%) di questi sono stati presi in carico dal medico di PS.

La probabilità di attivazione del Fast-Track non ha dimostrato un'associazione statisticamente significativa né con il sesso né con la nazionalità dei pazienti, mentre è stata notata una probabilità più alta nel caso di codici bianchi rispetto ai codici verdi, così come un ricorso maggiore al Fast-Track da parte della fascia dei pazienti più piccoli in assoluto (0-2 anni). Si sono osservate oscillazioni mensili statisticamente significative e differenze in base alla diagnosi medica; inoltre, l'arrivo in ambulanza si associa ad una minore probabilità di attivazione del Fast-Track, verosimilmente in virtù di una maggiore gravità del quadro clinico.

**CONCLUSIONI:** Dall'analisi della letteratura effettuata, è emerso che l'attivazione del Fast-Track gioca un ruolo rilevante sia nella diminuzione dei tempi di attesa che nel grado di soddisfazione dei pazienti pediatrici e dei loro genitori.

In particolare, nel contesto preso in esame, lo strumento del Fast-Track pediatrico è usato prevalentemente dai pazienti più piccoli. Data l'importanza e l'utilità di questo strumento, sono auspicabili ulteriori indagini per meglio comprendere la variabilità temporale all'interno dell'anno. Nonostante la plausibile differenza di accesso alle cure primarie, non è stato notato un ricorso relativamente maggiore al Fast-Track da parte dei cittadini di nazionalità straniera.

**Parole chiave:** Fast-Track, triage pediatrico, Pronto Soccorso (PS), infermiere triagista.

**Key words:** Fast-track, pediatric triage, Emergency Room (ER), triage nurse.



# INDICE

## INTRODUZIONE

### 1. QUADRO TEORICO

#### 1.1 Triage

- 1.1.1 Definizione e cenni storici
- 1.1.2 Riferimenti normativi
- 1.1.3 Finalità e attività del triage
- 1.1.4 Tipologie di triage
- 1.1.5 Codici di priorità
- 1.1.6 Iter di Pronto Soccorso
- 1.1.7 Infermiere triagista

#### 1.2 Fast-Track

- 1.2.1 Storia del Fast-Track
- 1.2.2 Efficacia del Fast-Track
- 1.2.3 Fast-Track pediatrico
- 1.2.4 Fast-Track pediatrico nel PS di Adria

### 2. SCOPO DELLO STUDIO

### 3. MATERIALI E METODI

- 3.1 Disegno dello studio
- 3.2 Campione e attività di raccolta dati
- 3.3 Analisi dei dati

## **4. RISULTATI E DISCUSSIONE**

### 4.1 Variabili indagate ed effetto sull'attivazione del Fast-Track

- 4.1.1 Caratteristiche generali
- 4.1.2 Sesso pazienti
- 4.1.3 Età pazienti
- 4.1.4 Codici colore d'accesso e d'uscita
- 4.1.5 Causa d'accesso e diagnosi medica
- 4.1.6 Mezzo di arrivo
- 4.1.7 Cittadinanza pazienti
- 4.1.8 Mese dell'anno di arrivo dei pazienti
- 4.1.9 Tempi medi di attesa

### 4.2 Limiti dello studio

### 4.3 Revisione della letteratura

- 4.3.1 Presentazione degli studi selezionati
- 4.3.2 Tabella di analisi e sintesi dei risultati

## **5. CONCLUSIONI**

## **BIBLIOGRAFIA**

## **ALLEGATI**







## INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni del secolo scorso, in Italia si è verificato lo stesso fenomeno che da tempo caratterizzava anche gli altri paesi europei: il fenomeno del sovraffollamento (*‘overcrowding’*) dei Pronto Soccorso.

I PS italiani non erano preparati ad affrontare questa crescente ondata di pazienti e soprattutto non erano in grado di regolarne il flusso, in una situazione in cui l’attività ospedaliera è ostacolata dal numero di pazienti in attesa che è superiore alle risorse disponibili; in aggiunta a ciò, si può includere l’insorgenza di nuovi bisogni assistenziali, il progressivo invecchiamento della popolazione, l’aumento del numero di pazienti complessi e l’avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura.

Tutti questi fattori hanno spinto le istituzioni e gli operatori sanitari verso la ricerca di nuovi scenari, capaci di realizzare una presa in carico precoce del paziente fin dal suo arrivo in Pronto Soccorso con una ottimale riduzione dei tempi di attesa (Ministero della Salute, 2019).

Le cause di queste problematiche e del sovraffollamento sono determinate dall’enorme eterogeneità tra le tipologie di pazienti bisognosi di cura che entrano in Pronto Soccorso: oltre ai pazienti, adulti e pediatrici, anziani e neonati affetti da ‘patologie acute’ di origine traumatica o medica troviamo anche pazienti affetti da malattie croniche riacutizzate; ad essi aggiungiamo coloro con impegnativa urgente richiesta dal medico curante (anemia e necessità di trasfusione, sospette aritmie cardiache..) e coloro che anziché recarsi dal proprio medico ritengono che il medico di PS offra una visita più rapida (*‘Il Fast Track in pronto soccorso’*, 2018).

Nelle strutture di PS la maggioranza dei pazienti sono caratterizzati da condizioni cliniche e patologiche che permettono un’attribuzione di codici di priorità medio-bassa (i codici bianchi e verdi), con conseguente incremento dei tempi di attesa medi.

Si è così evidenziata la necessità di intervenire proprio sul trattamento di questi ultimi casi, i codici minori: si istituirono, così, e man mano ebbero progressivo sviluppo nei PS di molte realtà italiane e non, le sperimentazioni di triage avanzato, quali il “Fast-Track” ed il “*see and treat*”, che rappresentano nuove modalità di realizzazione di soluzioni operative

funzionali alla gestione delle emergenze per gli accessi non urgenti ('Il Fast Track in pronto soccorso', 2018).

Come sancisce il Bollettino Ufficiale Regionale della Regione Veneto (2015) definito 'Adozione del documento di indirizzo per le Unità Operative di Pronto Soccorso per il triage di accesso ed il triage infermieristico avanzato': "devono essere predisposti protocolli o procedure che prevedano l'invio diretto allo specialista, senza la visita preliminare da parte del medico di Pronto Soccorso, per quadri clinici di chiara competenza mono-specialistica", e ancora "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".

In questa tesi di laurea si analizzano gli accessi pediatrici (0-16 anni) del Pronto soccorso dell'Ospedale Civile "S. Maria Regina degli Angeli" di Adria (RO) dell'intero anno 2021 (dal 1° gennaio al 31 dicembre), concentrandosi sulla tipologia di pazienti ai quali è stato attribuito il Fast-Track pediatrico, qui ampiamente usato, secondo le linee guida Nazionali e Regionali.

Lo scopo della tesi è quello di indagare tali accessi, ponendo l'attenzione sulle caratteristiche definenti la presa in carico medica nel PS e la visita del pediatra in seguito al Fast-Track; inoltre, ci si sofferma su alcune variabili di tali pazienti (età, sesso, cittadinanza, causa d'ingresso, diagnosi medica, etc.) e si analizzano le differenze in base alla presa in carico (PIC).

La struttura della tesi è così caratterizzata:

Il primo capitolo affronta il contesto teorico di riferimento secondo quanto emerso dalla revisione di letteratura e dai testi scientifici: tratta inizialmente del triage (definizione e caratteristiche, riferimenti normativi, tipologie, finalità), dell'iter di pronto soccorso e dell'attribuzione dei codici di priorità; viene, inoltre, descritta la figura dell'infermiere triagista nei suoi ruoli, competenze e responsabilità; in conclusione, il quadro teorico

affronta il percorso assistenziale e l'efficienza del Fast-Track, inizialmente in linea generale, poi mirato al Fast-Track pediatrico in Italia e, nello specifico, nel pronto soccorso di Adria, oggetto d'indagine.

Nel secondo capitolo si descrive lo scopo principale della tesi;

Il terzo capitolo enuncia: il disegno dello studio, il campionamento, il contesto clinico oggetto d'indagine, in che modo si sono raccolti i dati e gli strumenti utilizzati per l'analisi.

Nel quarto capitolo si espongono e si discutono i risultati provenienti, in primo luogo, dallo studio e dall'analisi dei dati raccolti e in secondo luogo dalla ricerca di letteratura affrontata in merito alla parte teorica affrontata.



# CAPITOLO 1

## QUADRO TEORICO

### 1.1 TRIAGE:

#### 1.1.1 DEFINIZIONE, CENNI STORICI

Il triage, nel Vocabolario Treccani è definito come *“sistema utilizzato per selezionare i soggetti coinvolti in infortuni, gravi o leggeri che siano, secondo classi di emergenza crescenti, in base alla gravità delle lesioni riportate o del loro quadro clinico.”*

Il termine ‘triage’ deriva dal francese ‘*trier*’ che significa scegliere, selezionare, smistare.

Il triage nacque, infatti, proprio in Francia durante le guerre napoleoniche nei primi anni del 19° secolo: si sviluppò in seguito alla necessità di determinare una priorità di cura tra i soldati feriti nei campi di battaglia.

Il primo concetto di triage intra-ospedaliero, invece, venne introdotto negli Stati Uniti all’inizio degli anni ‘60 con definizione dei tempi d’attesa in base alle condizioni dei pazienti, come nel modello attuale, e non secondo l’ordine di arrivo.

Il triage arriva in Italia nei primi anni ‘90 prendendo come riferimento il triage americano (caratterizzato da un modello eterogeneo di sistemi di valutazione e codifica) e inglese (valutazione di triage rapida ma globale); i primi ospedali ad utilizzare tale modello in Italia furono quelli di Reggio Emilia, Bologna, Modena ed Udine.

Successivamente, la metodologia del triage è stata estesa anche alla medicina delle catastrofi e alle maxi-emergenze, in cui è necessario effettuare una rapida valutazione della situazione, stabilire le modalità di trattamento e di evacuazione al fine di usare le risorse disponibili nel modo più sicuro ed efficace (Ministero della Salute, Pronto Soccorso e DEA).

Il triage, quale primo momento d’accoglienza e di valutazione dei pazienti che giungono in PS, è quindi uno strumento organizzativo ed un servizio per acuti, di competenza prettamente infermieristica. Tale metodo è finalizzato ad acquisire informazioni necessarie e sufficienti all’identificazione delle priorità assistenziali, attraverso la valutazione della condizione

clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, o del rischio di danno d'organo e dello stato di sofferenza; è in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire quelle condizioni di criticità, valutandone i dati, i segni clinici, i fattori di rischio e le complicanze e/o effetti indesiderati di trattamenti in atto; si avvale, inoltre, dell'osservazione clinica, dell'impiego di scale/strumenti appropriate/i e d'idonei sistemi di monitoraggio.

È finalizzato, infine, a definire l'ordine di presa in carico medica ed infermieristica degli utenti e della risposta operativa, ossia le modalità d'accesso al trattamento tramite l'attribuzione di un codice colore, i tempi di attesa e le aree di destinazione nella struttura.

A livello ospedaliero, la funzione di triage è attivata nei Dipartimenti di Emergenza/Urgenza ed Accettazione e generalmente non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d'interventi in emergenza e urgenza (Ministero della Salute, 2019).

Per raggiungere un sistema di triage ottimale, le caratteristiche definenti si riassumono in:

- utilità: il metodo deve essere facilmente comprensibile e di facile applicazione da parte del personale dedicato
- validità: la valutazione del livello di gravità assegnato ad un paziente deve riflettere la sua reale condizione.
- affidabilità: l'applicazione del metodo deve essere uniforme e indipendente dalle caratteristiche del singolo operatore che esegue il triage;
- sicurezza: le decisioni di triage devono essere oggettive sui criteri clinici e devono ottimizzare i tempi d'intervento medico;
- equità: il sistema deve garantire a tutti l'accesso ai servizi di emergenza (Salute Lazio, 2019).

Come indicato dalle linee-guida nazionali (“Linee Guida per il sistema di emergenza e urgenza” n.1 del 17/05/1996) e con l’attuazione del decreto n.76/1992 nei dipartimenti di emergenza e di accettazione (DEA) deve essere presente il triage e “le aziende devono garantire le risorse per assicurare la funzione triage; tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente di servizio.” È ribadita l’obbligatorietà dell’attivazione del triage in tutte le strutture con numero di accessi > 25.000/anno.

Per quanto riguarda la struttura e la divisione degli spazi in Pronto Soccorso, la posizione nella quale l'infermiere triagista effettua il triage deve essere strategica rispetto agli ingressi del PS e l'area in questione deve essere immediatamente identificabile per tutti coloro che accedono al Pronto soccorso; inoltre, tale procedura deve essere effettuata in ambienti che garantiscono un adeguato rispetto della privacy con un ambiente dedicato all'accoglienza dei pazienti e accesso facilitato per le persone in condizioni di fragilità o non deambulanti; le sale di attesa devono essere adiacenti all'area di triage di modo da permettere all'infermiere di sorvegliare tutti gli utenti. La funzione di triage deve, infine, essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore.

Per rientrare tra gli standard aziendali ed organizzativi dei DEA, il triage deve, quindi, possedere una metodologia comune ed articolata in varie fasi ed, inoltre, deve rispettare questi tre requisiti: rapidità (il tempo accesso-codifica di triage deve essere breve); sensibilità elevata e specificità sufficiente (tutti i pazienti critici o ritenuti 'potenzialmente critici' devono essere prontamente identificati e trattati); logica organizzativa (adottare un'organizzazione che rispetta i tempi, gli standard organizzativi e gestionali e con un adeguato utilizzo delle risorse sia umane che materiali disponibili).

### **1.1.2 RIFERIMENTI NORMATIVI**

Tra i riferimenti normativi che caratterizzano il triage troviamo:

Il D.P.R. 27 marzo 1992 - "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza": il testo dispone che le Regioni devono organizzare l'attività di emergenza-urgenza su due livelli: il sistema territoriale e quello di risposta ospedaliera. Viene così istituito il 118 e sono creati i D.E.A., con un modello organizzativo dipartimentale finalizzato a migliorare l'efficienza operativa e di gestione delle risorse;

Il D.M. n. 739 del 1994 - "Profilo professionale dell'infermiere": afferma che l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività (il triage è un'identificazione precisa di un problema di salute);



L'Atto d'Intesa Stato-Regioni del maggio 1996 - "Atto d'intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992": prevede, per la prima volta in Italia, la funzione di triage nelle strutture d'emergenza e afferma che in ogni DEA deve essere prevista la funzione di triage;

L'Accordo Stato-Regioni del 25.10.01 - "Linee Guida su triage intra-ospedaliero - valutazione gravità all'ingresso- e chirurgia della mano e micro-chirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria": documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria in cui si analizzano in maniera specifica e approfondita gli aspetti organizzativi e strutturali del triage;

L'Accordo tra il Ministro della Salute e Regioni del 22 maggio 2003: linee-guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza;

La Raccomandazione del Ministero della Salute n. 15, del febbraio 2013: "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso" che recita "l'errata attribuzione del codice triage può determinare evento sentinella che richiede la messa in atto di misure di prevenzione e protezione. La raccomandazione vuole incoraggiare l'adozione di appropriate misure organizzative, formative e assistenziali per prevenire l'insorgenza di eventi avversi o minimizzare gli effetti conseguenti a una non corretta identificazione del grado di criticità e complessità dell'evento segnalato alla Centrale Operativa 118 e ad una non corretta attribuzione del codice triage da parte dell'equipe di soccorso 118 e/o in Pronto Soccorso";

Le Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intra-ospedaliero (Accordo Stato-Regioni del 1 Agosto 2019 – Rep. N. Atti 143/CSR): tale documento afferma che il triage, come tutta la sanità italiana, si ispiri ad un approccio globale alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica basata sulla raccolta dei dati soggettivi e oggettivi; si declinano inoltre in queste linee guida i presupposti del modello di triage globale ed, infine, si delineano le fasi che caratterizzano l'attività di triage (fase della valutazione immediata soggettiva e oggettiva, fase della decisione di triage e attribuzione del codice di priorità).

### 1.1.3 FINALITÀ E ATTIVITÀ DEL TRIAGE

Gli obiettivi e le attività del triage di Pronto Soccorso sono:

- Identificare i pazienti che necessitano di trattamenti tempestivi ed assicurarne immediata assistenza, applicando le procedure idonee e fronteggiando le criticità in attesa dell'intervento medico;
- Attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo;
- indirizzare alla visita medica i pazienti secondo tale codice di priorità e non in base al criterio dell'ordine di arrivo;
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita anche attraverso l'attivazione e l'inserimento in un percorso di valutazione e trattamento appropriato (es: patologie tempo-dipendenti, percorsi per soggetti fragili): smistare i pazienti non urgenti tramite specifici percorsi clinico-assistenziali per i codici minori, come il 'Fast-track' o il 'See and Treat';
- ridurre i tempi di attesa per la visita medica dei pazienti in sala d'attesa e lo stato d'ansia dei malati;
- valutare periodicamente le condizioni dei pazienti in attesa;
- migliorare la qualità delle prestazioni professionali del personale in Pronto Soccorso;
- Garantire l'adeguata e continua presa in carico delle persone in attesa e degli accompagnatori, fornendo assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili ai pazienti e ai loro familiari;
- Attuare i primi interventi assistenziali ad esempio medicazione, immobilizzazione ecc...
- Valutare e gestire il dolore anche farmacologicamente in autonomia seguendo protocolli predefiniti (Maurizio Chiaranda, 'Urgenze ed Emergenze').

#### 1.1.4 TIPOLOGIE DI TRIAGE

Nella realtà odierna esistono vari modelli e tipologie di triage con rispettivi obiettivi e risultati differenti. In Italia si sono realizzati sostanzialmente cinque modelli di triage (Ministero della Salute. Pronto Soccorso e DEA):

- Il triage non infermieristico: il paziente viene accolto da personale non infermieristico (es. operatori sociosanitari, volontari, ...) e si basa sulla raccolta delle generalità delle persone che si recano al Pronto Soccorso e del solo ascolto del problema riferito. La valutazione è minima ed è basata solo sull'osservazione, con documentazione minima o assente (sistema in disuso dopo l'applicazione dell'Atto di Intesa Stato Regioni pubblicato sulla G.U. n.114 del 17 maggio 1996);
- Lo Spot-check Triage (o 'Triage a controllo casuale'): è un sistema rapido di triage, caratterizzato dal fatto che l'infermiere svolge attività di triagista solo quando necessario e che, terminata la valutazione, l'infermiere torna ad operare nelle altre aree del Pronto Soccorso. In questa tipologia di triage, l'infermiere attua una sommaria valutazione e un rapido controllo della documentazione clinica e, infine, attribuisce il codice priorità al paziente;
- Il Triage di bancone: l'infermiere triagista, letteralmente dal "bancone" o "postazione di triage", tramite una breve intervista, effettua una raccolta dati diretta con la persona, senza procedere nella valutazione oggettiva di segni, sintomi e dello stato clinico del paziente; esso formula, poi, un'ipotesi sulla priorità assistenziale derivante dal problema riferito ed assegna il codice di priorità al malato. Questo sistema utilizza personale esperto, livelli di categorizzazione definiti, strumenti di registrazione, ma ha come unico strumento di valutazione l'intervista ed il reperto visivo di segni e sintomi;
- Il Triage a doppio step ('bifasico'): tipologia di triage attuata in strutture ad elevato flusso di pazienti, numero di personale e prestazioni; qui tutti i pazienti devono essere accolti da un infermiere entro due-tre minuti dal loro arrivo in Pronto Soccorso. Il sistema prevede, infatti, un sistema a doppio step con due infermieri che svolgono ruoli differenti: nella prima fase l'infermiere "esaminatore" accoglie il paziente, valuta velocemente l'ABCD, indaga sul problema di salute o sul motivo di accesso e decide se il paziente può attendere in sala d'attesa o necessita di trattamento

immediato; a questo punto l'infermiere "valutatore" gestisce ed, appunto, valuta i pazienti non-urgenti, completandone la raccolta dei dati oggettivi e soggettivi, assegnando, così, il livello di priorità ed iniziando i trattamenti necessari;

- Il Triage globale, il sistema ospedaliero più avanzato e preciso: l'infermiere triagista adeguatamente formato e dedicato al triage, oltre all'intervista diretta, aggiunge una raccolta di dati oggettivi attraverso un esame obiettivo e la rilevazione dei parametri vitali della persona; l'infermiere, inoltre, utilizza livelli di priorità codificati, se necessario mette in atto interventi di primo soccorso immediati, valuta la documentazione, le linee guida di riferimento e rivaluta periodicamente i pazienti in attesa (la rivalutazione dei pazienti è resa possibile dalla presenza costante dell'infermiere nella zona di triage ed è regolata da precise indicazioni).

### **1.1.5 CODICI DI PRIORITÀ**

Durante il processo di triage una fase fondamentale è l'assegnazione del codice di priorità, corrispondente all'esito della decisione infermieristica ed è basato sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione. Le priorità dell'accesso alle cure derivano dalle condizioni cliniche del paziente, dal rischio evolutivo della patologia e dalle risorse disponibili: devono essere considerati i segni/sintomi del paziente e tutti quei fattori che condizionano il livello di priorità e la qualità dell'assistenza da fornire per una corretta presa in carico, come il dolore, l'età, la disabilità, la fragilità, le particolarità organizzative e di contesto (Ministero della Salute, 2019).

Secondo quanto previsto dalla legislazione italiana (DM 15 maggio 1992), i livelli di priorità da attribuire al paziente in fase di valutazione sono caratterizzati da quattro codici colore (Ministero della Salute. Pronto Soccorso e DEA):

- Codice Rosso: molto critico, priorità massima, pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure;
- Codice Giallo: mediamente critico, priorità intermedia;
- Codice Verde: poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili;
- Codice Bianco: non critico, pazienti non urgenti.

Negli ultimi anni, però, in relazione con le linee guida internazionali è emersa progressivamente la necessità di differenziare ulteriormente il sistema di codifica attualmente in uso basato su quattro codici colore.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato il 1° agosto 2019 l'accordo sulle "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intra-ospedaliero" che sanciva l'aggiunta del codice colore "Arancione", tra il codice rosso e giallo, indicante uno stato di urgenza e/o emergenza medio-alto.

I codici di priorità attuali, così, passarono ad un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità e 5 il meno grave.

[TABELLA I]

Il nuovo codice numerico con i rispettivi codici colori risulta così caratterizzato: Rosso (Assenza o grave compromissione di funzioni vitali), Arancione (Potenziale pericolo di vita), Giallo (Problema acuto non critico), Verde (Problema acuto, obiettivabile, di scarsa rilevanza), Bianco (Problema non acuto, di minimo rilievo).

Per ognuno dei 5 codici, si indica anche il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento, che va dall'accesso immediato per l'emergenza, all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza.

TABELLA I. Definizione del modello di triage sul modello a cinque codici numerici, con i rispettivi codici colori, la loro denominazione e definizione e i tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento; Adattata dal sito del Ministero della Salute. <sup>1</sup>

CODICE	DEFINIZIONE	TEMPI D'ATTESA
<b>1. Rosso</b>	Emergenza: interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso Immediato

<sup>1</sup> Ministero della Salute, direzione generale della programmazione sanitaria, 1° agosto 2019. "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero"

<p><b>2. Arancione</b></p>	<p>Urgenza: rischio di compromissione delle funzioni vitali; condizione con rischio evolutivo o dolore severo</p>	<p>Accesso entro 15 minuti</p>
<p><b>3. Giallo</b></p>	<p>Urgenza Differibile: condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse</p>	<p>Accesso entro 60 minuti</p>
<p><b>4. Verde</b></p>	<p>Urgenza Minore: condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico-terapeutiche semplici mono-specialistiche</p>	<p>Accesso entro 120 minuti</p>
<p><b>5. Bianco</b></p>	<p>Non urgenza: problema non urgente o di minima rilevanza clinica</p>	<p>Accesso entro 240 minuti</p>

### 1.1.6 ITER DI TRIAGE E DI PRONTO SOCCORSO

Il processo di triage può essere paragonato all'applicazione del *problem solving*, ossia il metodo di risoluzione dei problemi di tipo scientifico, applicato anche al paziente che accede al pronto soccorso. Il *problem solving* è strutturato in tre momenti:

Nella prima fase, l'obiettivo è identificare e definire il problema che induce il paziente a rivolgersi al pronto soccorso; la seconda fase mira a identificare e applicare le eventuali procedure o percorsi in relazione al codice di priorità o allo specifico problema per il quale il paziente si è presentato in PS; infine, è presente la valutazione degli obiettivi raggiunti (Salute Lazio, 2019).

Dal punto di vista metodologico, l'iter di triage si articola in quattro fasi consequenziali:

- 1) Fase della Valutazione immediata (o 'Triage sulla porta'): deve essere garantita entro 5 minuti dall'arrivo in Pronto Soccorso; consiste nella prima rapida osservazione da parte dell'infermiere triagista dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato. In questa fase l'infermiere triagista si avvale degli indicatori di priorità, consentendogli di cogliere informazioni immediate sull'eventuale alterazione delle funzioni vitali: se compromesse, il paziente presenta 'codice rosso' e viene immediatamente trasportato in sala emergenza; tali indicatori di priorità sono: A, Airways - Pervietà delle vie aeree (respirazione rumorosa, stridore inspiratorio, etc.); B, Breathing - Respiro (assente, dispnea); C, Circulation - Circolo (cianosi, pallore con sudorazione); D, Disability - Deficit neurologici o alterazione dello stato di coscienza; E, Exposure (in caso di trauma: evidenza di ferite, emorragie massive, deformità).
- 2) Fase della Valutazione soggettiva e oggettiva:
  - a. valutazione soggettiva: viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata) e consente la raccolta dati sul motivo dell'accesso in Pronto Soccorso, finalizzata all'individuazione del problema principale, alla presenza dei sintomi associati, alla raccolta dati relativi alle patologie concomitanti o pregresse e di informazioni aggiuntive come allergie, farmaci assunti, etc;

- b. valutazione oggettiva: viene effettuata mediante esame obiettivo, che consiste nella rilevazione dei segni clinici, dei parametri vitali e analisi della documentazione clinica disponibile;
- 3) Fase della Decisione di Triage: consiste nell'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici mirati (Fast-Track) per ottimizzare i tempi di presa in carico e trattamento dei pazienti e contribuire alla diminuzione dei tempi di attesa globale;
- 4) Fase della Rivalutazione: si intende la conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa, tramite loro continuo monitoraggio clinico, rilevamento periodico dei parametri soggettivi e oggettivi ed eventuali variazioni di salute;

L'iter di Pronto Soccorso, invece, si caratterizza da: accoglienza del paziente e attribuzione codice di priorità; visita medica ed esecuzione di eventuali accertamenti diagnostici (strumentali e di laboratorio); definizione dell'esito da parte del medico di PS che ha preso in carico il paziente. [TABELLA II]

L'esito finale conseguente alla valutazione medica può essere:

- Ammissione in 'Osservazione Breve Intensiva' (O.B.I.): deve avvenire entro un tempo massimo di 8 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 44 ore dalla presa in carico al triage; al termine di questo periodo di osservazione il paziente può essere: trasferito in una unità di degenza ospedaliera, presso un'altra unità per acuti o post-acuti oppure dimesso a domicilio;
- Ricovero presso un'unità di degenza ospedaliera;
- Trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti;
- Invio al domicilio con conseguente valutazione presso il proprio medico di base.



TABELLA II. Iter di Pronto Soccorso, con rispettive postazioni, funzioni, esiti e tempi di presa in carico. Adattata dal sito del Ministero della Salute <sup>2</sup>

Funzione	Attività	Esito	Tempistica
<b>TRIAGE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assegnazione della priorità</li> <li>2. Assegnazione ad uno specifico percorso</li> <li>3. Rivalutazione nell'attesa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Invio diretto in sala d'emergenza</li> <li>2. Assegnazione ad un ambulatorio</li> <li>3. Avvio di un Fast Track</li> <li>4. Prestazione diretta (See and Treat)</li> </ol>	Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: <b>8 ore</b>
<b>PRONTO SOCCORSO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visita</li> <li>2. Accertamenti diagnostici</li> <li>3. Consulenze</li> <li>4. Terapie</li> <li>5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimissione</li> <li>2. Ricovero</li> <li>3. Invio in O.B.I.</li> </ol>	

<sup>2</sup> Ministero della Salute, direzione generale della programmazione sanitaria, 1° agosto 2019. “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”

<b>O.B.I.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visita</li> <li>2. Accertamenti diagnostici</li> <li>3. Consulenze</li> <li>4. Monitoraggio clinico e strumentale</li> <li>5. Terapie</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimissione</li> <li>2. Ricovero</li> <li>3. Invio in O.B.I.</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Minimo <b>6 ore</b> dall'ingresso in OBI</p> <p style="text-align: center;">Massimo <b>44 ore</b> dalla presa in carico al triage</p>
---------------	--	--	--

### 1.1.7 INFERMIERE TRIAGISTA

L'infermiere triagista è riconosciuto dalle "Linee guida per il sistema emergenza-urgenza" in applicazione al DPR 27 del marzo 1992 (accordo Stato-Regioni) e opera sempre secondo protocolli e linee guida identificate dal coordinatore di Unità Operativa ai sensi delle normative nazionali e regionali.

Le caratteristiche generali che deve possedere l'infermiere triagista, secondo le nuove linee di indirizzo sul Triage Intra-ospedaliero pubblicate dal Ministero della Salute (2019), sono:

- titolo di studio e abilitazione dell'esercizio della professione di infermiere;
- esperienza lavorativa in Pronto Soccorso di almeno sei mesi;
- aver eseguito un periodo di affiancamento al triage di durata non inferiore a 36 ore con un tutor esperto con esperienza pluriennale (almeno 2 anni) in grado di assegnargli l'idoneità sia temporanea che definitiva (ottenuta dopo tre-sei mesi di lavoro sul campo);
- titolo certificato di frequenza e abilitazione alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino (procedura BLS e PBLIS) e di un corso sulla Gestione Avanzata delle emergenze mediche, cardiologiche, traumatologiche e pediatriche.

Uno dei requisiti specifici che deve possedere l'infermiere triagista è la comunicazione: deve necessariamente essere adeguata, valida e condivisa; l'infermiere deve comunicare empaticamente con il paziente ed i suoi familiari tramite atteggiamenti positivi, costruttivi,

rassicuranti e professionali in modo da conquistare già dal primo momento la loro fiducia, così da garantirgli un percorso assistenziale ottimale; il paziente deve aver di fronte un professionista in grado di comprendere i suoi problemi, facendosene carico e cercando, per quanto possibile, di rispondere ai suoi bisogni, indipendentemente dal codice di priorità assegnato.

In tutto questo processo risulta fondamentale sia la comunicazione verbale che quella non verbale: è importante concentrarsi non solo sul modo di esprimersi “verbale”, ma soprattutto su tutta una serie di mimiche facciali e/o gestuali che rilevano ciò che realmente pensiamo rispetto a quello che diciamo verbalmente (Salute Lazio, 2019).

## 1.2 FAST-TRACK

L'infermiere triagista, durante il triage, ha la possibilità di attivare in autonomia il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) più appropriato per ogni paziente: nel caso in cui si trova di fronte ad un paziente a bassa intensità di cure può attivare in autonomia dei percorsi rapidi (Ministero della Salute, 2019):

- See and Treat: è un modello organizzativo di risposta assistenziale alle urgenze minori in cui il paziente viene preso in carico in una apposita area del Pronto Soccorso da un infermiere, in possesso di formazione specifica, che applica autonomamente le procedure necessarie fino al loro completamento; si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici definiti a livello regionale per il trattamento dei problemi clinici più comuni (ferite superficiali, traumi non gravi, ...), ma non può essere adottata nell'approccio a sintomatologie che necessitano di approfondimenti specialistici (es. dolori addominali, sintomi neurologici, problematiche cardiovascolari o respiratorie...);
- Fast-Track: è un modello organizzativo applicato alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (es. oculistica, otorinolaringoiatria, ginecologica/ostetrica, pediatrica, ...), per le quali l'infermiere triagista indirizza autonomamente il paziente interessato allo specialista competente; anche per questo percorso, l'attivazione è condotta attraverso specifiche linee guida e protocolli formalizzati, concordati tra le diverse unità e approvati dalla Direzione dell'ospedale.

Il Fast Track è un termine inglese che letteralmente indica "percorso rapido": esso ha lo scopo di ridurre i tempi d'attesa di una fascia d'utenza a bassa complessità assistenziale e che non necessita di visita del Medico di Pronto Soccorso; può essere applicato per alcune patologie in ambito pediatrico, ostetrico-ginecologico, dermatologico, oculistico, ORL, odontoiatrico, maxillo-facciale, e ortopedico.

L'attivazione del Fast-Track viene svolta dall'infermiere triagista qualificato, infermiere con una specifica formazione avanzata in triage, che lavora in maniera autonoma e si avvale della consulenza medica in caso di necessità.

L' idoneità per attivare il Fast-Track, per cui, si accerta valutando accuratamente i criteri di inclusione (sintomi e segni correlati al problema principale e parametri vitali da codice “urgenza minore – codice verde” e “non urgenza – codice bianco”).

L' infermiere triagista, nel caso in cui un paziente risulti essere idoneo al percorso fast track, invia il paziente presso lo specialista competente (oculista, ginecologo, pediatra, ecc.) compilando la scheda di triage e inserendo la modalità di visita medica in fast track o avviando direttamente il percorso specifico.

Lo specialista chiude la cartella di pronto soccorso qualora consideri concluso il percorso del paziente altrimenti, in presenza di aspetti clinici da approfondire, lo re-invia al pronto soccorso.

### **1.2.1 STORIA DEL FAST-TRACK**

Il Fast-Track nacque negli anni '90 negli Stati Uniti per rispondere, appunto, al fenomeno del sovraffollamento dei Pronto Soccorso e viene definito come il metodo di gestione degli accessi non urgenti, applicato in larga misura nell' ambiente ospedaliero internazionale negli ultimi 30 anni (Salute Lazio, 2019).

In Italia il concetto di Fast-Track è ispirato dalle influenze ospedaliere internazionali e dall' accordo della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”: tali decreti mirano ad istituire “all' interno di PS e DEA, percorsi separati per pazienti classificati dai Sistemi di TRIAGE con codice di gravità Rossi e Gialli da Verdi e Bianchi avviandoli anche a Team sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero”; sono queste le fondamenta all' istituzione del modello del Fast-Track anche negli ospedali italiani.

Nella regione Veneto l' istituzione e l' invio diretto in consulenza specialistica dei pazienti dal triage è sancito con il DGR n. 1888 del 23 dicembre 2015 e modificarti successivamente con il DGR 1035/2019.

## 1.2.2 EFFICACIA DEL FAST-TRACK

Dagli studi analizzati è possibile trarre le seguenti conclusioni:

- Devkaran et al. (2009), effettuano uno studio sperimentale quantitativo nel dipartimento di emergenza-urgenza del Sheikh Khalifa Medical City Hospital, che presta assistenza agli abitanti di Abu Dhabi (capitale degli Emirati Arabi) e delle aree limitrofe, nella cui area triage si registrano 70.000 accessi annui; tale studio ha permesso di stabilire che il Fast Track costituisce una risposta efficace al sovraffollamento e garantisce una migliore qualità nelle cure erogate ai pazienti oggetto d'indagine;
- Nell'articolo "Una revisione sistematica degli interventi relativi al triage per migliorare il flusso di pazienti nei reparti di emergenza", gli autori Sven Oredsson et al. (2011), hanno incluso 33 studi, tra cui oltre 800.000 pazienti in totale: l'introduzione di fast track per i pazienti con sintomi meno gravi si traduce in tempi di attesa e di permanenza più brevi e un minor numero di pazienti che se ne vanno senza essere visti;
- Dallo studio di Hwang CE et al. (2015), definito "Effetto del Fast-Track nel pronto soccorso sullo score di soddisfazione dei pazienti, detto Press-Ganey Score" è emerso che l'implementazione del Fast-Track nel PS ha più che raddoppiato le probabilità di miglioramenti significative negli score di soddisfazione dei pazienti e svolge un ruolo importante nel migliorare le prestazioni mediche ed infermieristiche ed i tempi di attesa.

Riassumendo, l'introduzione del fast-track si è dimostrata in grado di diminuire i tempi di attesa dei pazienti, ridurre il tempo complessivo di soggiorno nei reparti di emergenza dei pazienti pediatrici ed inoltre, migliorare la qualità delle cure e aumentare il grado di soddisfazione dei pazienti in Pronto Soccorso.

### 1.2.3 FAST-TRACK PEDIATRICO

Le modalità di organizzazione del percorso pediatrico in Pronto Soccorso, emanate dalla Società Italiana di Pediatria, sono rispettose dei principi sanciti dalla Carta dei Diritti del Bambino e dell'adolescente in Ospedale (2008) che richiama i contenuti della Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 1989 e si ispira alla Carta di EACH (European Association for Children in Hospital) del 1988. Tali documenti riconoscono che i minori hanno il diritto di avere accanto a sé, in ogni momento, i genitori o chi esercita la patria potestà; hanno il diritto di essere ricoverati in reparti idonei, di essere assistiti da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche proprie e della propria famiglia (Ministero della Salute, 2019).

All'ingresso del bambino nel PS, l'infermiere triagista qualificato procede con il triage alla valutazione soggettiva ed oggettiva per assegnare il codice di priorità alla visita medica, avvalendosi di specifiche griglie di valutazione di riferimento e di protocolli condivisi e validati. Per i pazienti pediatrici deve essere posta particolare attenzione alla rilevazione e al trattamento del dolore: a tale scopo, devono essere disponibili ed utilizzate, correttamente e costantemente, dall'infermiere addetto al triage le scale validate del dolore pediatrico, specifiche per fascia di età.

Nei pazienti pediatrici, a causa della variabilità del manifestarsi della condizione clinica, la fase di rivalutazione assume rilevanza fondamentale: il bambino, infatti, tanto più è piccolo, tanto maggiore sarà la difficoltà nella segnalazione dei cambiamenti, per cui è necessario prevedere la ripetizione della rilevazione di uno o più parametri vitali, nonché dell'esame fisico, per confermare o modificare il codice di priorità assegnato all'ingresso.

A questo punto, in presenza di codici di urgenza minori e con linee guida e procedure operative variabili da regione a regione e in ogni Azienda Sanitaria, è possibile attivare il Fast-Track sui pazienti pediatrici nel rispetto, appunto, di requisiti specifici, così da indirizzare direttamente il bambino nel reparto di Pediatria.

Nel paragrafo che segue sono tracciate le linee guida specifiche delle Strutture Operative dei Presidi Ospedalieri interessati dell'AULSS 5 Polesana (presso i nosocomi di Adria e Rovigo).

#### **1.2.4 FAST-TRACK PEDIATRICO NEL PS DI ADRIA**

In AULSS 5 è possibile organizzare il Fast Track pediatrico presso gli Ospedali di Adria e Rovigo, nei quali è presente una UOC di Pediatria in grado di accogliere il bambino per un triage avanzato dopo la valutazione interna oggettiva e soggettiva in Pronto Soccorso (linee guida aggiornate al 2022 nella Aulss 5 in Allegato 1) in fascia oraria 0-24.

È qui di seguito spiegato e successivamente illustrato l'iter di triage pediatrico e l'attivazione del Fast-Track. [Figura 1]

Il paziente in età pediatrica (< 15 anni esclusi) classificato con codice d'urgenza minore, corrispondente al codice colore verde o bianco, potrà essere inviato all'ambulatorio del Reparto di Pediatria, con la sola richiesta infermieristica, previa l'accettazione da parte dell'infermiere di triage; quest'ultimo, pertanto, compilerà un modulo di richiesta di consulenza pediatrica con esecuzione del percorso di Fast-Track e inserirà il nominativo della paziente nell'apposita lista dell'ambulatorio pediatrico. In tal modo il consulente pediatra potrà visionare, sulla schermata dell'applicativo PSNet del computer dell'ambulatorio urgenze nel reparto di pediatria, la lista dei pazienti inviati con richiesta di consulenza specialistica.

Il paziente inviato dal Pronto Soccorso verrà accolto nell'ambulatorio pediatrico dall'infermiere di turno che provvederà a ricevere la documentazione sanitaria disponibile e la richiesta di consulenza formulata al Pronto Soccorso; dopo tale orario, in fascia notturna, il pediatra non accetterà più pazienti direttamente in reparto e saranno tutti presi in carico dal medico di PS. Nel Fast-Track, l'infermiere pediatrico, direttamente nell'UO di Pediatria, effettuerà una rivalutazione del paziente e, se ritenuto necessario, formulerà una nuova classificazione del codice di triage.

Al momento della presa in carico il paziente verrà visitato dal medico pediatra in servizio.



Al termine della visita, mediante l'applicativo PSNet verrà compilata la scheda del paziente dove verranno inseriti i dati anamnestici ed obiettivi della visita, verrà segnalata l'eventuale terapia effettuata, se necessario verranno richiesti gli accertamenti ematochimici e strumentali del caso.

Completato l'iter clinico verrà compilato il campo diagnosi e verrà chiusa la cartella di Pronto Soccorso con il relativo provvedimento di dimissione.

In caso contrario il medico specialista potrà effettuare un periodo di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) creando l'apposita scheda di osservazione e gestendo la paziente nel reparto di Pediatria. Durante l'osservazione verranno registrate nell'applicativo PSNet le eventuali terapie somministrate e gli eventuali ulteriori accertamenti praticati.

Al termine dell'osservazione il paziente verrà dimesso oppure l'O.B.I. verrà convertita in ricovero ospedaliero con creazione automatica della nosologica di ricovero.

Alla chiusura del verbale il medico apporrà, mediante apposita procedura, la firma digitale ed il documento informatico sarà archiviato nell'apposito deposito. Il referto della visita viene chiuso attraverso la procedura informatica in uso (PSNet) e consegnata copia cartacea al paziente unitamente all'invito di pagamento del ticket nelle situazioni per le quali questo sia dovuto.

**Criteri di esclusione dal Fast-Track pediatrico:**

- I pazienti sono inviati dai Servizi di Pronto Soccorso generale, con esclusione dei codici rossi e arancioni, dei traumi maggiori e di particolari tipologie di codice giallo, situazioni nelle quali il bambino viene trattato presso i locali del Pronto Soccorso e la valutazione pediatrica viene effettuata tramite consulenza specialistica urgente in loco.
- Sono comunque esclusi dal protocollo Fast-Track i codici rosso e arancione che rimangono in Pronto Soccorso previa valutazione del Medico di Pronto Soccorso ed eventuale attivazione del medico Pediatra in PS. In caso di paziente stabile è possibile inviarlo in ambulatorio nel reparto di pediatria a nome del medico di PS, assistito nel tragitto da personale infermieristico. I codici gialli verranno inviati in Pediatria con le necessità di accompagnamento decise (sedia, ossigeno, monitoraggio, eventuale preavviso, etc) o verranno sottoposti a

valutazione specialistica pediatrica presso il PS. I codici rossi possono richiedere la presenza del Pediatra come consulente specialistico.

- Sono esclusi da Fast-Track anche i traumi con necessità di interventi chirurgici (suture, richiami antitetanica etc) o di competenza ortopedica, o poli-traumi: verranno prima visitati e gestiti dal Medico di PS in base alla complessità clinica e/o assistenziale e quindi successivamente verranno inviati in Pediatria per consulenza specialistica o ricovero se necessari.
- Per il Presidio di Adria sono esclusi dal protocollo Fast-Track anche dolore addominale, dolore intenso, ingestione sostanze e corpi estranei e dolore testicolare in quanto in tale Presidio Ospedaliero risulta assente il Pronto Soccorso Pediatrico e questi pazienti necessitano di ulteriori indagini di approfondimento direttamente nel Pronto Soccorso, per poi, in un secondo momento, essere gestiti dal medico pediatra, se necessario;
- Per quanto riguarda le ustioni, il trauma cranico, le ingestioni di sostanze e corpi estranei il Fast-Track verrà attivato in base al codice colore.
- Non vengono gestiti mediante Fast-Track bambini che si presentino al PS con impegnativa del curante per l'esecuzione di accertamenti ematochimici. In orario di apertura al pubblico del Laboratorio Analisi verranno inviati direttamente al Laboratorio.

Figura 1: diagramma di flusso - Fast Track Pediatrico  
ASSEGNAZIONE SCORE – CODICE COLORE

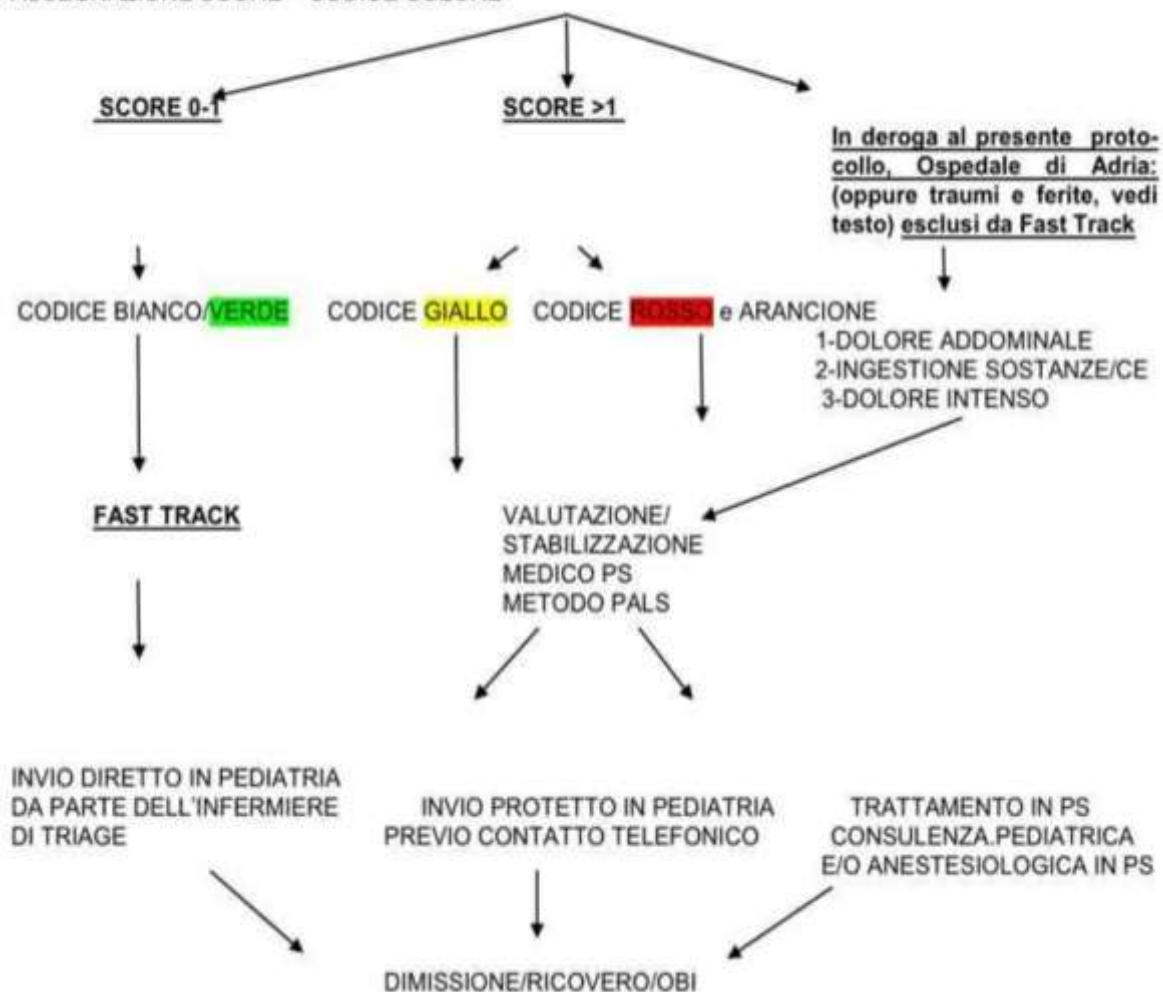


FIGURA 1: Dalle Linee Guida del Fast-Track Pediatrico in Aulss5 Polesana, qui l'Iter di Pronto Soccorso, applicazione del codice di priorità e, se ritenuto necessario, del Fast-Track pediatrico, in seguito all'attribuzione di un determinato SCORE.

Lo Score qui definito è il Pediatric Early Warning Score modificato (mPEWS), che indica l'attribuzione del Fast-Track se il punteggio è minore o uguale a 1, e Fast-Track non indicato se il codice è maggiore di 1 (codice colore giallo).

Pediatric Early Warning Score:

Valuta	Punteggio 0	Punteggio 1
COSCIENZA	È reattivo, accetta il gioco; dorme e respira tranquillo	Irritato ma consolabile
RESPIRO	Apparentemente normale; no retrazione; SO2 98-100%	Tachipnoico; SO2 94-97%

**CIRCOLO**

Cute normale; tempo di Refill capillare 1-2 sec

Pallido; Refill capillare maggiore o uguale a 3 sec



## **CAPITOLO 2**

### **SCOPO DELLO STUDIO**

Attraverso un'analisi sistematica di tutti gli accessi pediatrici (0-16 anni) dell'intero anno 2021 (da gennaio a dicembre) nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Civile "S. Maria Regina degli Angeli" di Adria (RO), il presente lavoro di tesi si pone come obiettivo l'individuazione e la caratterizzazione degli accessi per i quali è stato attivato il "Fast-Track" pediatrico in base alle variabili studiate di sesso, età, cittadinanza, mezzo di arrivo in PS, eventuali variazioni stagionali all'interno dell'anno, codice colore e diagnosi mediche (principali raggruppamenti).



## **CAPITOLO 3**

### **MATERIALI E METODI**

#### **3.1 DISEGNO DELLO STUDIO:**

Studio di tipo epidemiologico osservazionale condotto sull'analisi e sulla caratterizzazione degli accessi pediatrici nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Civile di Adria dell'intero anno 2021, in fascia d'età 0-16 anni.

#### **3.2 CAMPIONE E ATTIVITÀ DI RACCOLTA DATI:**

Lo studio è stato condotto sugli accessi pediatrici dal 1° gennaio 2021 al 31 dicembre 2021 nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Civile "S. Maria Regina degli Angeli" di Adria (RO).

Sono stati selezionati nel seguente campione tutti i pazienti pediatrici da 0 anni di vita a 16 anni compresi; sono emersi 936 pazienti pediatrici entrati nel Pronto Soccorso di Adria nell'intero 2021.

L'indagine mira, inoltre, all'individuazione e all'analisi di tali pazienti e alla caratterizzazione di alcune variabili ricavate ed emerse nell'analisi dei dati; tali variabili sono:

- Data di Nascita;
- Sesso;
- Cittadinanza;
- PIC (Presa In Carico: PIC Medica o Fast-Track);
- Codice Colore;
- Mezzo Arrivo (mezzo proprio, trasporto con ambulanza);
- Data/Ora Presentazione in PS;
- Data/Ora Inizio Prestazioni;
- Descrizione Diagnostica Medica Codificata (e raggruppamento ICD-9-CM)



### **3.3 ANALISI DEI DATI:**

- Analisi del problema e del contesto teorico tramite linee guida e articoli nel motore di ricerca Pub Med;
- Analisi e caratterizzazione degli accessi pediatrici nell'intero anno 2021 in fascia d'età 0-16 anni;
- Esposizione dei risultati tramite tabelle e rappresentazioni grafiche, avvalendosi di analisi bivariate e modelli di regressione logistica multipla.





## CAPITOLO 4

### RISULTATI E DISCUSSIONE

#### 4.1 VARIABILI INDAGATE ED EFFETTO DEL FAST-TRACK

I risultati della tesi vengono in seguito enunciati e discussi grazie ad una suddivisione in sotto-argomenti in base alle variabili oggetto d'indagine; l'elaborazione dei dati fa riferimento alle tabelle presenti in: Allegato 1, contenente tutte le variabili analizzate ed Allegato 2, l'analisi di regressione logistica dei dati.

##### 4.1.1 CARATTERISTICHE GENERALI

Dalla raccolta dati sono emersi 936 pazienti entrati in Pronto Soccorso nell'ospedale di Adria (RO) in fascia d'età 0-16 anni compresi dal 1° gennaio 2021 al 31 dicembre 2021; tra questi, a 583 (62%) pazienti è stato attribuito il Fast-Track e 353 (38%) sono stati presi in carico dal medico di PS (PIC medica). [Grafico 1]

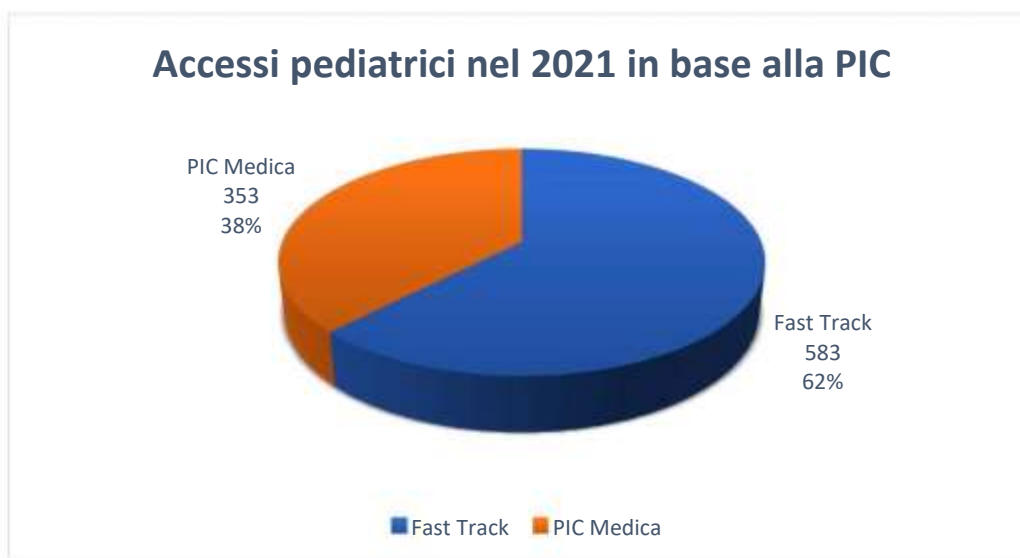


GRAFICO 1: Presa in carico dei pazienti pediatrici nel 2021

#### 4.1.2 SESSO

Sulla base della caratterizzazione dei 936 pazienti pediatrici entrati in Pronto Soccorso nell'anno 2021 sulla base del 'sesso', troviamo 400 pazienti di sesso femminile (42,7%) e 536 pazienti di sesso maschile (57,3%). [TABELLA III]

Tali pazienti, sulla base della variabile 'sesso', sono così ripartiti in base alla presa in carico (PIC):

TABELLA III. Ripartizione della presa in carico dei pazienti pediatrici sulla base del 'sesso'

	<b>Fast-Track</b>	<b>PIC Medica in PS</b>	<b>P (X<sup>2</sup>)</b>
<b>FEMMINE</b>	253 (63,3%)	147 (36,6%)	0,599
<b>MASCHI</b>	330 (61,3%)	206 (38,4%)	

Dall'analisi dei dati, possiamo affermare che non esiste una differenza statisticamente sostanziale nella variabile 'sesso' dei pazienti; in altre parole, la presa in carico di tali pazienti pediatrici non è legata al sesso dei pazienti.

#### 4.1.3 ETA'

La fascia d'età dei pazienti pediatrici oggetto d'indagine è dagli 0 anni ai 16 anni compresi. Dall'analisi dei dati raccolti è emerso che i pazienti minori di 6 anni entrati in Pronto Soccorso nel 2021 sono circa il 66% del totale dei pazienti pediatrici di quell'anno, con un picco di pazienti pediatrici minori dell'anno di vita (soprattutto dai 6 mesi ad 1 anno), come si può notare dal seguente grafico. [GRAFICO 2]

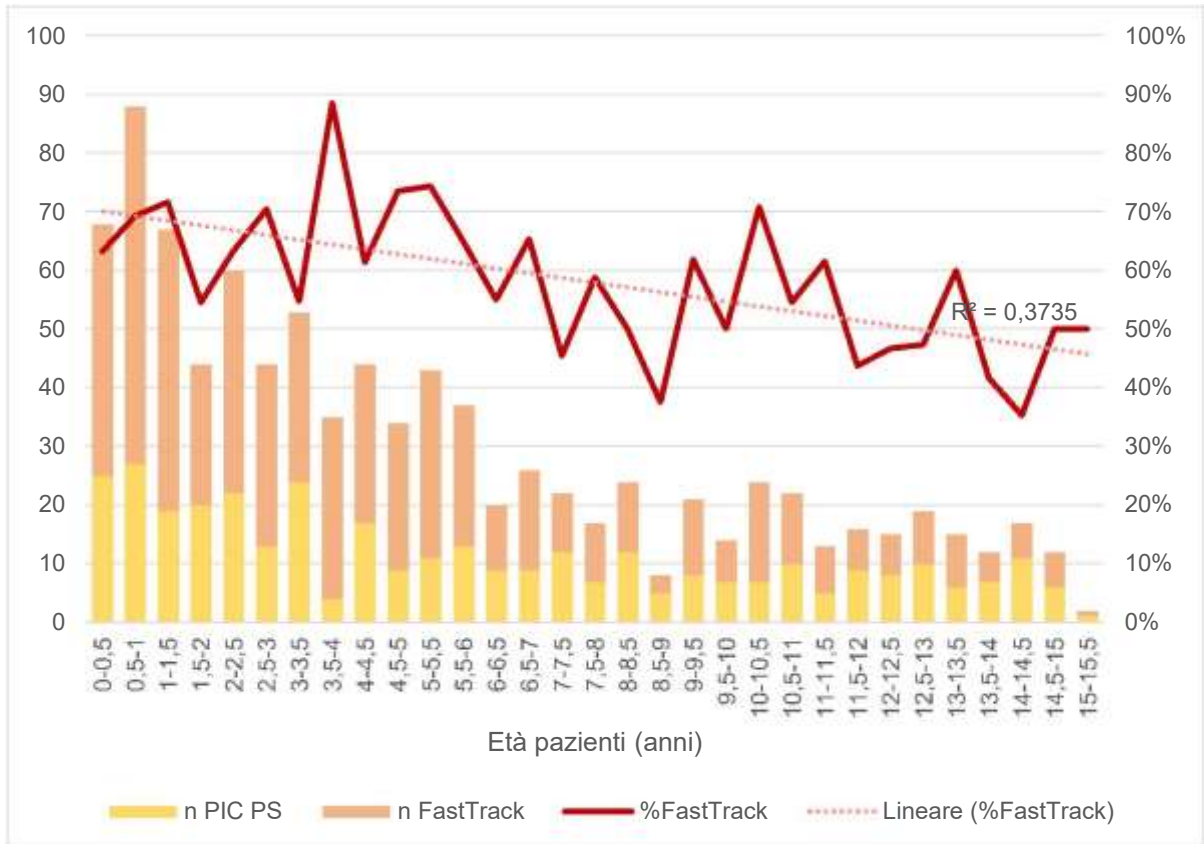


GRAFICO 2: Andamento dell'intero anno 2021 dei pazienti pediatrici sulla base della variabile 'età' in relazione alla presa in carico; l'età è suddivisa per semestre di vita (0/0,5 anni corrispondono ai primi 6 mesi di vita, 0,5/1 anno corrisponde al secondo semestre dai 6 mesi ad un anno, e così via).

Si analizza, inoltre, l'andamento di attribuzione del Fast-Track (rappresentato con la linea costante % Fast-Track) e l'andamento lineare che ne consegue (linea tratteggiata).

La presa in carico di tali pazienti subisce notevoli cambiamenti in base all'età dei pazienti: ai pazienti pediatrici minori di 6 anni è stato attribuito il Fast-Track praticamente in misura doppia rispetto alla presa in carico dal medico di PS (PIC PS); in altre parole, un 30% di pazienti minori di 6 anni è stato visitato dal medico di PS, rispetto ad un 60% al quale è stato attribuito il Fast-Track.

A differenza della variabile 'sesso', perciò, la variabile 'età' assume una differenza sostanzialmente significativa nella presa in carico in Pronto Soccorso nella fase di triage (come si può notare dalla linea costante tratteggiata nel seguente grafico – Lineare % Fast-Track, la percentuale di attribuzione del Fast-Track con l'aumentare dell'età scende dal 70% ad un 45%).

In conclusione, grazie all'analisi di regressione logistica si può affermare che i bambini minori di 6 anni d'età hanno una probabilità maggiore di più del doppio di finire in Fast-Track rispetto ai ragazzi di 14-16 anni; invece, per i pazienti pediatrici maggiori di 6 anni d'età questa differenza nella presa in carico non si verifica.

Nella pratica clinica, nel Pronto Soccorso di Adria si testimonia come i genitori decidano di portare i loro piccoli in PS anche per problematiche non urgenti (codici di priorità verdi o bianchi), cercando un parere medico ancor prima di recarsi dal proprio pediatra di famiglia o in mancanza di una sua risposta tempestiva: l'accessibilità del pediatra di famiglia, per cui, condiziona l'aumento di codici bassi di priorità.

#### **4.1.4 CODICE COLORE D'INGRESSO E D'USCITA**

Dalla raccolta dati, dei 936 pazienti pediatrici entrati in PS nell'intero anno 2021 in fascia d'età 0-16 anni, sono emersi tra i codici di urgenza maggiore: nessun paziente con codice rosso, solo un 2% di codici arancioni (19 pazienti) e circa un 7% di codici gialli (63 pazienti); la restante percentuale di pazienti pediatrici è così divisa tra i codici d'urgenza minore: 55% codice verde e un 36% con codice bianco. [Grafico 3].

Per quanto riguarda l'attribuzione del codice d'uscita fornito dal medico per il pagamento del ticket, sono emersi solo 9 pazienti con codice d'uscita giallo (1%), circa un 21% di pazienti con codice verde, mentre il restante 78% dei pazienti pediatrici (733 accessi) presenta codice d'uscita bianco. [Grafico 4]

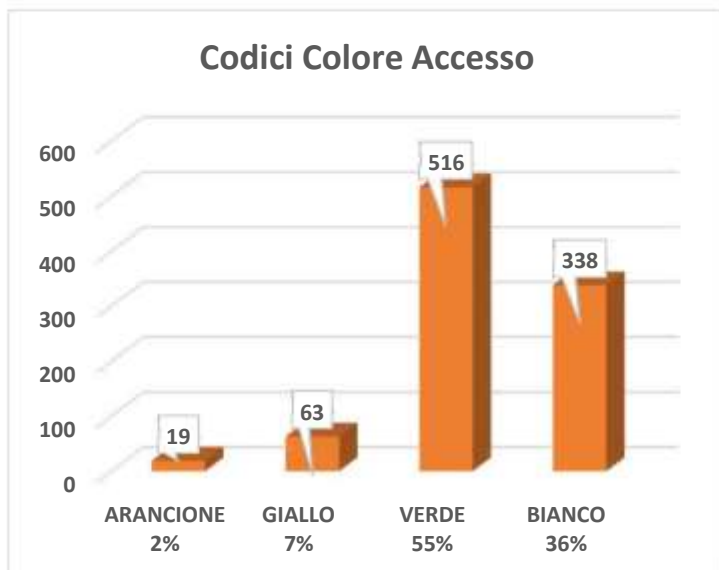


GRAFICO 3: Codici Colore Accesso

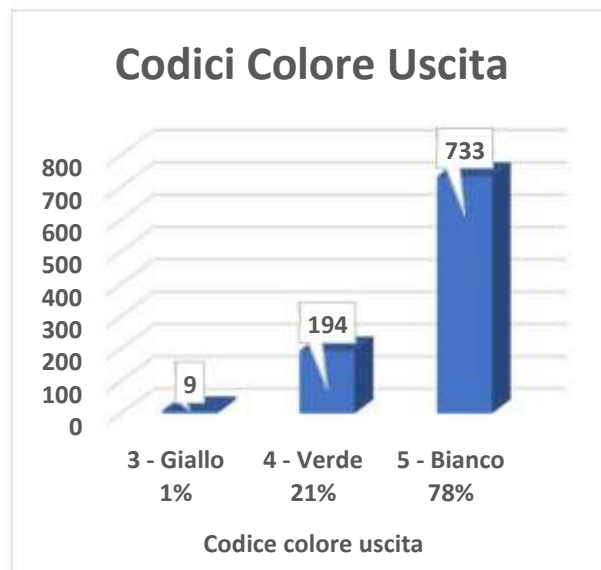


GRAFICO 4: Codici Colore Uscita

In merito ai codici d'accesso in base alla PIC, presa in carico, possiamo osservare che, come da linee guida, tutti i 19 pazienti con codice d'accesso arancione sono stati presi in carico dal medico di Pronto Soccorso e a nessuno di questi è stato attribuito il Fast-Track; lo stesso accade per i codici colore gialli, di cui solo a 2 (3,2%) pazienti è stato attribuito il Fast-Track. Per i restanti codici verde e bianco, inoltre, si nota una maggiore attribuzione del percorso assistenziale rapido, rispetto alla presa in carico medico (ad esempio, per il codice bianco, dei 338 pazienti pediatrici a 263 (77,8%) è stato attribuito il Fast-Track, mentre solo 75 (22,2%) pazienti sono stati presi in carico dal medico di PS). [Grafico 5]

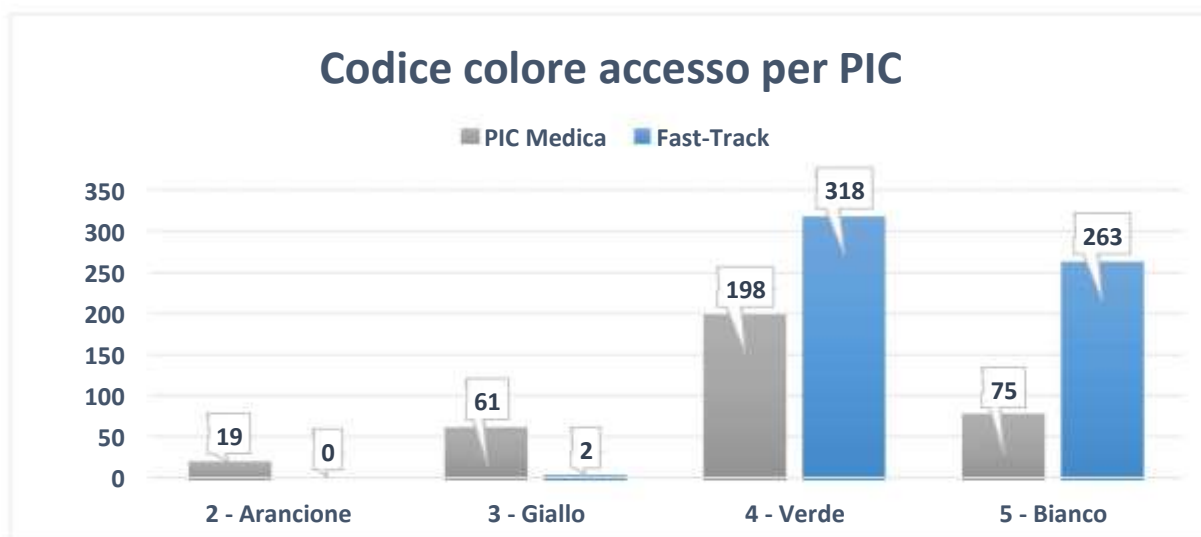




GRAFICO 5: Differenze tra i Codici Colore Accesso in base alla presa in carico

Dall'analisi logistica dei dati si evidenzia come i pazienti pediatrici entrati in PS nel 2021 e ai quali è stato attribuito il codice colore verde, hanno una probabilità minore del 40% (di 0,4 volte) di finire in Fast-Track rispetto ai pazienti con codice d'accesso bianco; in contrapposizione, i pazienti entrati con codice d'accesso bianco presentano un 60% in più di probabilità di finire in Fast-Track rispetto all'essere presi in carico dal medico di PS.

In conclusione, come si può notare dal grafico del codice d'uscita, prevalgono i codici d'uscita bianchi: di questi, ben 507 pazienti pediatrici su 936 totali ha usufruito del percorso assistenziale rapido del Fast-Track, rispetto ai 226 pazienti presi in carico in PS. [Grafico 6]

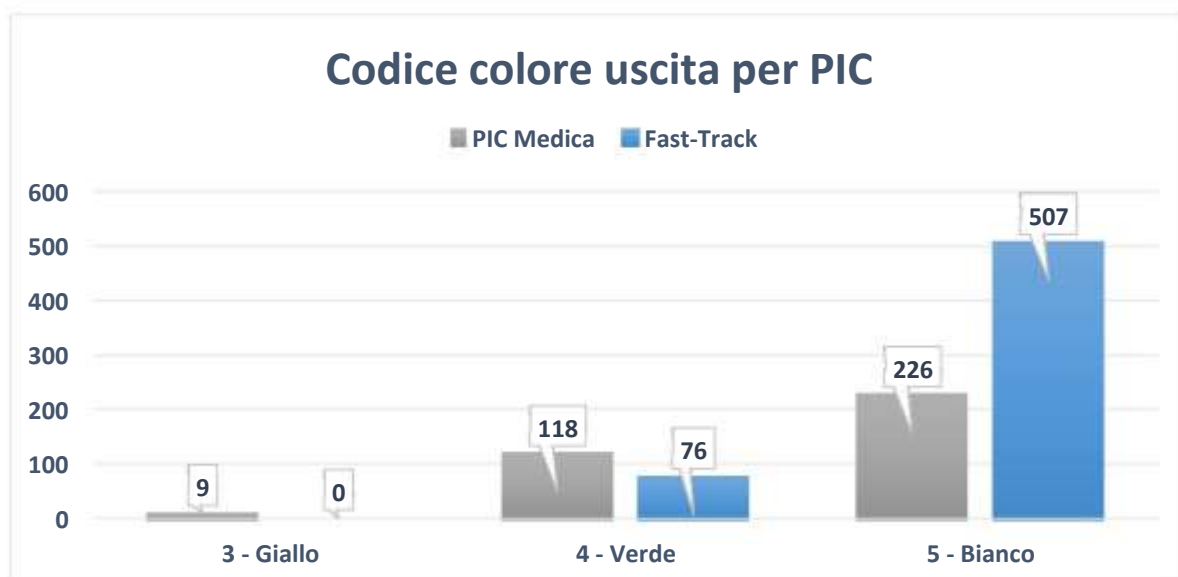


GRAFICO 6: Differenze tra i Codici Colore Uscita in base alla presa in carico

#### 4.1.5 CAUSA D'ACCESSO E DIAGNOSI MEDICA

Dall'analisi dei dati relativi ai 936 pazienti pediatrici entrati in Pronto Soccorso nell'anno 2021 sono emerse numerose diagnosi mediche codificate: prendendo come riferimento il 50% degli accessi, ci si sofferma ad analizzare le prime 14 diagnosi mediche ricavate.

Al primo posto tra gli accessi in PS e tra le cause di attribuzione del Fast-Track troviamo la diagnosi di ‘Dolore Addominale’, seguito da ‘Febbre’, ‘Tosse’, ‘Traumatismi’ e ‘Nausea e Vomito’, come mostrato in tabella IV.

TABELLA IV: Principali Diagnosi Mediche Codificate che rappresentano il 50% degli accessi in Pronto Soccorso

Diagnosi Medica	FastTrack		PIC PS		TOTALE	
	FT %	PIC %	PS	PIC %	TOTALE	TOT %
	n	%	n	%	n	%
DOLORE ADDOMINALE	52	8,9%	37	10,5%	89	19,4%
FEBBRE	43	7,4%	20	5,7%	63	13,0%
TOSSE	31	5,3%	4	1,1%	35	6,5%
TRAUMATISMO SUPERFICIALE DI ALTRE, MULTIPLE E NON SPECIFICATE SEDI	20	3,4%	22	6,2%	42	9,7%
NAUSEA E VOMITO	18	3,1%	7	2,0%	25	5,1%
INFEZIONI VIRALI NON SPECIFICATE	18	3,1%	5	1,4%	23	4,5%
TONSILLITE ACUTA	17	2,9%	4	1,1%	21	4,0%
ORTICARIA	16	2,7%	4	1,1%	20	3,9%
RINITE ACUTA	15	2,6%	3	0,8%	18	3,4%

FARINGITE ACUTA	14	2,4%	9	2,5%	23	5,0%
CONGIUNTIVITE ACUTA	14	2,4%	1	0,3%	15	2,7%
BRONCHITE E BRONCHIOLITE ACUTA	13	2,2%	5	1,4%	18	3,6%
PUNTURA D'INSETTO, NON VELENOSO, SENZA MENZIONE DI INFEZIONE	12	2,1%	1	0,3%	13	2,3%
DOLORE ACUTO DA TRAUMA	12	2,1%	0	0,0%	12	2,1%

Dall'analisi logistica dei dati è emerso che chi si presenta in PS con diagnosi di malattie infettive, malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato digerente, malattie del tessuto sottocutaneo e malattie osteo-muscolari presentano una probabilità rispettivamente di 4,4 (95%CI: 2,1-9,2), 6,6 (95%CI: 3,0-14,6), 3,3 (95%CI: 2,0-5,5), 7,5 (95%CI: 2,7-21,2), 3,9 (95%CI: 1,8-8,5) e 3,6 (95%CI: 1,3-10,2) volte maggiore di chi presenta traumi o avvelenamenti di finire in Fast-Track, rispetto all'essere preso in carico dal medico di PS.

Tali risultati si sono evidenziati anche in uno studio internazionale di Hampers, Binns, Krug e altri (1999), condotto nei PS americani in un arco di tempo di tre mesi e analizzando la causa d'accesso dei pazienti pediatrici dai 2 mesi ai 10 anni: si evidenzia che i pazienti che si presentavano in PS avevano generalmente febbre, nausea e vomito, diarrea o diminuzione dell'appetito, cause d'accesso rilevate anche nel nostro studio tra le prime cinque cause d'ingresso.

È importante analizzare come l'ordine di tali diagnosi non rispetta le linee guida dell'Ulss 5 Polesana in merito al Fast-Track, che sanciscono che “per il Presidio di Adria sono

esclusi dal protocollo Fast-Track anche dolore addominale, dolore intenso, ingestione sostanze e corpi estranei e dolore testicolare”.

Delle ipotesi a queste discrepanze possono derivare dal fatto che il medico di Pronto Soccorso attui una valutazione globale sulle condizioni cliniche dei pazienti pediatrici per patologie senza rischio evolutivo (come per il dolore addominale), necessitando comunque in secondo luogo di un parere dal pediatra e di una sua consulenza specifica; nella pratica clinica, per evitare che il bambino resti in sala d’attesa per essere preso in carica dal medico di PS e successivamente inviato allo specialista pediatra competente, si bypassa il passaggio intermedio di presa in carico medica in PS: se le condizioni cliniche del paziente pediatrico lo permettono, e d’accordo telefonicamente con il pediatra, si esegue il Fast-Track anche per tali casi d’esclusione dalle linee guida.

#### **4.1.6 MEZZO DI ARRIVO**

Per quanto riguarda la variabile ‘Mezzo di Arrivo’ è possibile raggruppare tutti i 936 pazienti in persone che si sono recate al Pronto Soccorso nell’anno 2021 in maniera autonoma tramite un proprio mezzo (899 pazienti – 96%) e pazienti arrivati in PS in ambulanza (37 pazienti – 4%).

Dall’analisi dei dati è emerso un legame tra il mezzo di arrivo e l’attivazione del Fast-Track con certezza legato alla condizione clinica del paziente: i pazienti arrivati tramite proprio mezzo hanno una probabilità statisticamente maggiore di essere soggetti a Fast-Track; mentre i pazienti arrivati in ambulanza sono quasi tutti soggetti alla presa in carico da parte del medico di PS in quanto è necessario un intervento più o meno tempestivo in base alle condizioni cliniche ed, inoltre, gli sarà attribuito un codice d’urgenza maggiore.

#### **4.1.7 CITTADINANZA PAZIENTI**

Tra gli accessi pediatrici nel Pronto Soccorso di Adria nell’anno 2021 troviamo pazienti di molte nazionalità, come accade per tutti i Pronto Soccorso italiani; sono state analizzate e qui di seguito suddivise in:

- Nazionalità italiana
- Cittadinanza da Paesi TEAM (Tessera Europa Assistenza Malattia): pazienti provenienti dall'Unione Europea, da Svizzera, Norvegia, Liechtenstein, Islanda e dal 2020 dal Regno Unito;
- Cittadinanza da Paesi Extra-UE: Albania, Bangladesh, Brasile, India, Marocco, Moldavia, etc. [GRAFICO 7]

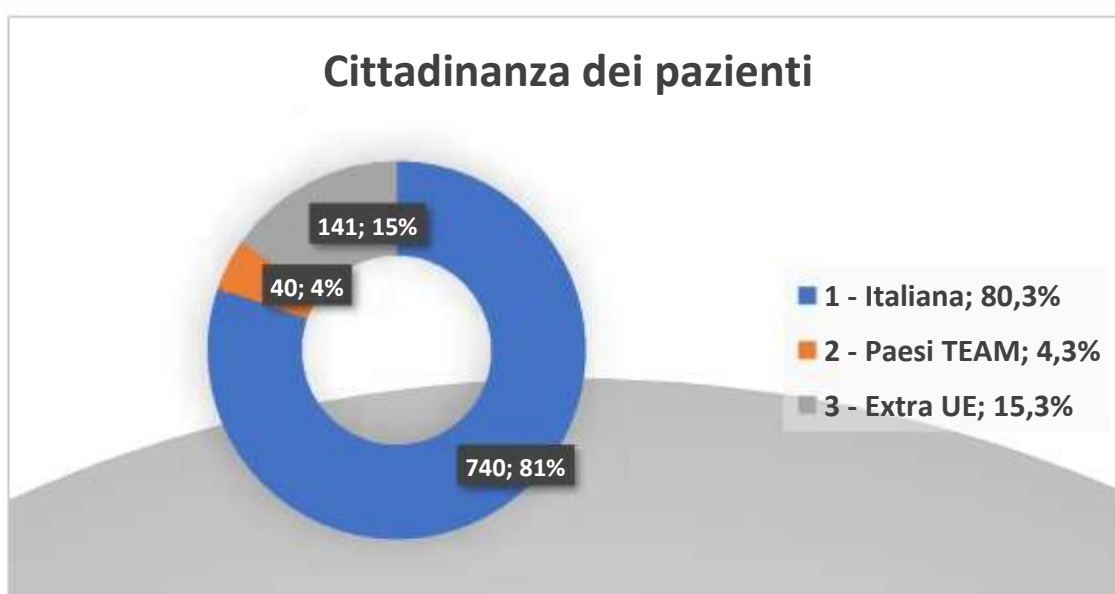


GRAFICO 7: Cittadinanza dei pazienti pediatrici in PS nel 2021

Dall'analisi statistica dei dati non è emersa nessuna differenza sostanziale sulla presa in carico dei pazienti pediatrici sulla base della loro cittadinanza: i pazienti TEAM o Extra-UE hanno una probabilità circa uguale rispetto ai pazienti di cittadinanza italiana di finire in Fast-Track rispetto alla presa in carico in PS (paesi TEAM: aOR=1,6 con 95%CI: 0,7-3,9; paesi Extra-UE: aOR=0,96 con 95%CI: 0,6-1,5).

Come emerge anche dalla letteratura internazionale, in uno studio di Hampers, Gutglass, Krung e altri (1999), condotto sui PS americani in un arco di tempo di tre mesi, i pazienti pediatrici sottoposti a Fast-Track o presi in carico dal medico di PS non presentavano differenze sostanziali per la variabile razza/cittadinanza, come accade per l'ospedale di Adria.

Questi dati, sia italiani che internazionali, possono essere spiegati con il probabile superamento della barriera linguistica in campo sanitario, con l'attribuzione anche per gli stranieri di un'ottima presa in carico in PS e negli ospedali italiani e il superamento di limiti e pregiudizi di etnie diverse.

#### 4.1.8 MESE DELL'ANNO DI ARRIVO DEI PAZIENTI

Un aspetto molto interessante su cui vale la pena soffermarci è l'andamento della presa in carico medica o in Fast-Track dei pazienti pediatrici entrati in Pronto Soccorso nel 2021 sulla base del mese d'ingresso.

Come si può evidenziare dal seguente grafico, l'andamento annuale di accessi in PS non è costante nei vari mesi dell'anno, ma è presente un picco nei mesi invernali di novembre e dicembre e nei mesi estivi: delle ipotesi a questo trend sono quasi sicuramente legate alla stagionalità delle principali malattie influenzali e alla possibile attrazione turistica nei mesi estivi. [GRAFICO 8]

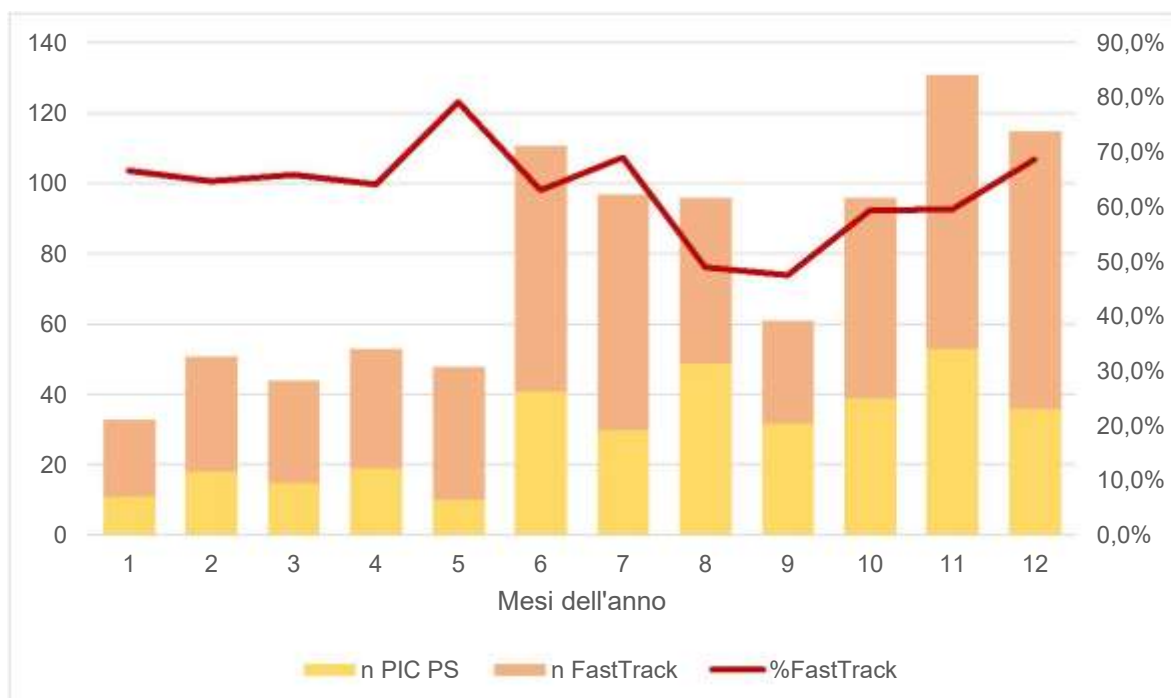


GRAFICO 8: Andamento annuale nei vari mesi dell'anno dei pazienti pediatrici entrati in Pronto Soccorso nel 2021 nell'ospedale di Adria in base alla PIC (PIC PS, presa in carico medica e Fast-Track)

Seppur con una certa omogeneità tra tutti i mesi dell'anno, nell'andamento degli accessi in PS nell'anno 2021 è importante notare che la stagionalità delle malattie gioca un ruolo rilevante nella presa in carico di tali pazienti pediatrici: è presente un particolare picco relativo nell'attivazione del Fast-Track nel mese di maggio del 2021 e una relativa diminuzione nei mesi di agosto e settembre. Tale reperto è parzialmente supportato dal risultato del modello della regressione logistica multipla: nei mesi di agosto e settembre si assiste ad una riduzione statisticamente significativa di circa il 65-70% della probabilità che venga attivato un Fast-Track (rispettivamente aOR=0,32 con 95%CI: 0,13-0,81; aOR=0,37 con 95%CI: 0,13-1,0).

#### **4.1.9 TEMPI MEDI DI ATTESA**

L'analisi statistica dei dati ottenuti ci ha permesso di identificare i tempi medi di attesa (dal momento dell'ingresso in PS alla presa in carico medica) dei pazienti pediatrici nell'anno 2021: per quanto riguarda la presa in carico medica in PS il tempo medio è di  $23,1 \pm 25,7$  minuti, mentre grazie all'attivazione del Fast-Track il tempo medio di attesa si riduce a  $6,8 \pm 9,9$  minuti.

L'analisi del tempo medio è stata condotta su tutti i 936 pazienti pediatrici entrati in PS nel 2021, indipendentemente dal codice di priorità attribuito o dalla loro condizione clinica. Tale variabile, però, non ci permette di dare una stima dell'efficacia del Fast-Track sui tempi medi di attesa in quanto i criteri di accesso al Fast-Track agiscono da confondenti e selezionano popolazioni diverse dall'origine.

## **4.2 LIMITI DELLO STUDIO**

Il presente studio ha alcuni limiti che occorre tenere in considerazione: in primo luogo si tratta di uno studio mono-centrico e potrebbe soffrire di notevoli limiti circa l'estensibilità di tali risultati a contesti differenti, con volumi differenti e diverse procedure operative, anche all'interno dello stesso territorio nazionale.

Lo studio non si prefigge di valutare l'efficacia del Fast-Track nella riduzione dei tempi di attesa dei pazienti pediatrici in PS a causa della natura del disegno dello studio stesso. Infatti, i criteri di accesso al Fast-Track, così come previsti dalla procedura operativa e applicati dall'infermiere triagista, inevitabilmente agiscono da confondenti e selezionano popolazioni diverse dall'origine.



## 4.3 REVISIONE DELLA LETTERATURA

### 4.3.1 PRESENTAZIONE DEGLI STUDI SELEZIONATI

BANCA DATI / FONTE	PAROLE CHIAVE	ARTICOLI TROVATI	ARTICOLI SELEZIONATI	DESCRIZIONE DEGLI ARTICOLI: Autore, Titolo, Rivista, Riferimenti
PUBMED	Fast-Track AND Emergency Room AND triage nurse	48	5	<p>A systematic review of triage-relate interventions to improve patient flow in emergency departments. Oredsson S, et al. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2011. PMID: 21771339</p> <p>Effect of an emergency department fast track on Press-Ganey patient satisfaction scores. Hwang CE, et al. West J Emerg Med. 2015. PMID: 2567100</p> <p>Outcomes of implementing rapid triage in the pediatric emergency department.</p>

				<p>Doyle SL, et al. J Emerg Nurs. 2012. PMID: 2222613</p> <p>The optimal organization of pediatric emergency services.</p> <p>Goldman RD, et al. Minerva Pediatr. 2009. PMID: 1979437</p> <p>A randomized controlled trial of the effect of service delivery information on patient satisfaction in an emergency department fast track.</p> <p>McCarthy ML, et al. Acad Emerg Med. 2011. PMID: 21762230</p>
--	--	--	--	---

#### 4.3.2 TABELLA DI ANALISI E SINTESI DEI RISULTATI

ARTICOLO	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	CAMPIONE	RISULTATI PRINCIPALI
1- A systematic review of related interventions to improve patient flow in emergency departments. Oredsson S, et al. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2011. PMID: 21771339	Revisione della letteratura	Esplorare scientificamente nella letteratura quali interventi di Triage migliorano il flusso di pazienti nei reparti d' emergenza	Inclusione di 33 studi, in totale oltre 800.000 pazienti; tra questi studi, 13 ne descrivevano il Fast- Track	Il Fast-track per i pazienti con malattie e lesioni non complicate è stato introdotto e valutato nel PS di molti paesi già negli anni '90. L'obiettivo del fast- track era quello di ridurre il numero totale di pazienti che rimanevano in sala d'attesa e quindi migliorare la soddisfazione dei pazienti e la loro sicurezza. Molti ospedali hanno sviluppato le proprie regole e criteri di inclusione per il fast- track (ex ferite superficiali, reazioni allergiche meno gravi, ustioni minori) e l'utilizzo di questi

				<p>soprattutto durante le ore di punta, non durante le notti. La percentuale di pazienti adatti al fast-track varia tra il 10% e il 30% del totale dei pazienti osservati nel PS.</p> <p>L'introduzione del Fast-Track per i pazienti con sintomi meno gravi si traduce in tempi di attesa più brevi, una durata della degenza più breve ed un minor numero di pazienti che se ne vanno senza essere visitati.</p>
<p>2- Effect of an emergency department fast-track Ganey patient satisfaction scores. Hwang CE, et al. West J</p>	<p>Studio epidemiologico analitico</p>	<p>Analizzare se l'introduzione del Fast-Track influisce positivamente o no sull'indice di soddisfazione dei pazienti (Press-Ganey</p>	<p>Un ED accademico con 52.000 visite annuali ha avuto 140 intervistati pre-fast track e 85 fast-track.</p>	<p>Questo è il primo studio che ha dimostrato un miglioramento statisticamente significativo della soddisfazione del paziente grazie al Fast Track.</p>

<p>Emergency Med. 2015. PMID: 25671005</p>		<p>score) nei reparti d'emergenza</p>		<p>Lo sviluppo di un ED Fast-Track ha permesso di migliorare il valore delle cure fornite ai pazienti, con conseguente servizio più rapido, una maggiore capacità e una migliore soddisfazione dei pazienti.</p>
<p>3- Outcomes of implementing rapid triage in the pediatric emergency department. Doyle SL, et al. J Emerg Nurs. 2012. PMID: 2222613</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Valutare i risultati dell'implementazione del Fast-Track pediatrico sui tempi di attesa nel triage dei Pronto Soccorso</p>	<p>Misurare i dati della sala d'attesa nei triage dei PS per 1 mese prima e dopo l'intervento, monitorando l'ora d'ingresso e di fine triage</p>	<p>Dopo l'introduzione del Fast-Track, i pazienti hanno manifestato una significativa diminuzione dei tempi di arrivo in triage, con la maggior parte dei pazienti (88,3%) che è stata 'triateata' in meno di 10 minuti dopo l'intervento. A seguito dell'attuazione delle linee guida per il fast-track, i pazienti</p>

				<p>avevano il 14% in più di probabilità di essere ‘triateati’ in fast-track rispetto ai pazienti pre-intervento. Inoltre, i pazienti con l'acuità più bassa avevano quasi il 50% in più di probabilità di essere ‘triateati’ in corsia preferenziale rispetto ai pazienti pre-intervento.</p> <p>L'implementazione del triage rapido e delle linee guida fast-track può influenzare i risultati relativi alla sicurezza e all'erogazione delle cure in un PS pediatrico.</p>
4- The optimal organization of pediatric emergency services.	Revisione della letteratura	Ricercare le cause di ottimizzazione nella gestione dei servizi di		Negli ultimi vent'anni si è osservato un miglioramento nel trattamento del bambino nei reparti

<p>Goldman RD, et al. Minerva Pediatri. 2009. PMID: 19794378</p>		<p>emergenza pediatrica</p>	<p>d'emergenza. Nei paesi sviluppati i bambini ricevono ottime cure nella fase pre-ospedaliera e nei dipartimenti di emergenza. Studi attuali dimostrano che un'efficiente comunicazione, la collaborazione con le varie aree ospedaliere e il miglioramento nella gestione dei turni sono essenziali per il miglioramento delle condizioni dei bambini in PS. La selezione sistematica dei pazienti, l'utilizzo di corsie preferenziali all'interno del dipartimento di emergenza (il Fast-track), un'efficiente registrazione dei pazienti e nuovi protocolli di lavoro per gli infermieri sono metodi efficaci</p>
--	--	---------------------------------	---

				per la gestione del sovraffollamento nei triage dei PS.
5- randomized controlled trial of the effect of service- delivery information on patient satisfaction in an emergency department fast-track. McCarthy ML, et al. Acad Emerg Med. 2011. PMID: 21762230	A Trial clinico, studio randomizzato	L'obiettivo è quello di determinare l'effetto sulla soddisfazione del paziente nel fornire diversi tempi di completamento del servizio nei reparti d'emergenza	Sono stati selezionati i pazienti sottoposti a Fast-track (corsia preferenziale) nei giorni feriali tra il 26 ottobre 2009 e il 30 dicembre 2009, dalle 9:00 alle 17:00.	Dallo studio randomizzato emerge che importanti predittori della soddisfazione del paziente in attesa di essere visto in una sala d'attesa di un pronto soccorso, erano: il tempo di attesa, gli infermieri che li hanno trattati e l'età del paziente. Gli ospedali che apprezzano la soddisfazione del paziente dovrebbero dedicare risorse per risolvere i problemi sottostanti che causano insoddisfazione del paziente. I risultati di questo studio suggeriscono



				che la tempestività è uno dei fattori più importanti della soddisfazione del paziente con le cure non urgenti.
--	--	--	--	--



## CONCLUSIONI

L'infermiere è la figura di riferimento nella conduzione del triage all'interno dei Pronto Soccorso in Italia. Attraverso una formazione specifica, basata sulla metodologia del 'problem-solving' e attraverso l'esperienza quotidiana in area critica, l'infermiere apprende il corretto processo metodologico decisionale sia per il triage telefonico nelle centrali operative del 118 sia per il triage ospedaliero.

Il Servizio Sanitario Nazionale riconosce, perciò, all'infermiere la capacità decisionale di collocare il paziente giusto, nel tempo giusto, nel posto giusto e secondo il livello giusto di assistenza di cui necessita; è compito dell'infermiere triagista attivare, inoltre, nel rispetto di protocolli e linee guida, il giusto percorso clinico-assistenziale mirato ai codici minori, come il Fast-Track.

Dall'analisi della letteratura effettuata, è emerso che il percorso assistenziale del Fast-Track è riuscito a diminuire i tempi di attesa e innalzare il grado di soddisfazione dei pazienti pediatrici e dei loro genitori; il nostro studio condotto all'interno dell'ospedale di Adria ha evidenziato che il Fast-Track viene prevalentemente utilizzato dai pazienti più piccoli (minori di 6 anni) e in misura maggiore nei mesi autunnali-invernali, con un picco di riduzione significativo nei mesi di agosto e settembre.

Inoltre, non è stata notata nessuna differenza statisticamente significativa nell'attivazione del Fast-Track da parte dei pazienti stranieri, nonostante la plausibile differenza di accesso alle cure primarie: questo dato, supportato anche dalla letteratura internazionale, può rivelare il probabile superamento della barriera linguistica in campo sanitario, con l'attribuzione anche per gli stranieri di un'ottima presa in carico in PS e in ospedale.

Data l'importanza e l'utilità del Fast-Track, sono auspicabili ulteriori indagini per meglio comprendere la variabilità temporale all'interno dell'intero anno e soprattutto anche nelle varie fasce d'età.





## BIBLIOGRAFIA

Accordo Conferenza Stato-Regioni 01-08-2019. Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso.

Accordo Stato-Regioni 24-11-2016. Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016 – 2019.

Canova GS. Pronto soccorso, cosa cambia con le nuove linee di indirizzo nazionali sul triage [Internet]. 2019. Available from: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/pronto-soccorso-cosa-cambia-con-nuove-linee-indirizzo-triage.html>

Dettaglio Deliberazione della Giunta Regionale - Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto [Internet]. Available from: <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=314229>

Devkaran S., Parsons H., Van Dyke M., Drennan J., Rajah J. (2009) The impact of Fast Track area on quality and effectiveness out-comes: A Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emergency Medicine*, 9 (11): 1-9.

Doyle SL, Kingsnorth J, Guzzetta CE, Jahnke SA, McKenna JC, Brown K. Outcomes of implementing rapid triage in the pediatric emergency department. *J Emerg Nurs*. 2012 Jan;38(1):30–5.

Fultz J, Sturt P A. *Nursing nell'emergenza-urgenza Assistenza Infermieristica in Pinna M B, Ronzani C eds. Terza edizione. Milano: Elsevier Masson Srl; 2007.*

Goldman RD, Kissoon N, Wallis LA. The optimal organization of pediatric emergency services. *Minerva Pediatr*. 2009 Oct;61(5):523–30.

Hampers LC, Cha S, Gutglass DJ, Binns HJ, Krug SE. Fast track and the pediatric emergency department: resource utilization and patients outcomes. *Acad Emerg Med*. 1999 Nov;6(11):1153–9.

Hwang CE, Lipman GS, Kane M. Effect of an emergency department fast track on Press-Ganey patient satisfaction scores. *West J Emerg Med.* 2015 Jan;16(1):34–8.

Il Fast Track in pronto soccorso: realtà a confronto [Internet]. 2018. Available from: <https://letteredallafacolta.univpm.it/il-fast-track-in-pronto-soccorso-realta-a-confronto/>

Marcia Crosse. *Hospital Emergency Departments: Crowding Continues to Occur, and Some Patients Wait Longer Than Recommended Time Frames.* Washington: DIANE publishing; 2010.

McCarthy ML, Ding R, Zeger SL, Agada NO, Bessman SC, Chiang W, et al. A randomized controlled trial of the effect of service delivery information on patient satisfaction in an emergency department fast track. *Acad Emerg Med.* 2011 Jul;18(7):674–85.

Ministero della Salute. Direzione generale della programmazione sanitaria, 1° agosto 2019. “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”

Ministero della Salute. Pronto Soccorso e DEA [Internet]. Available from: <https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto&tab=1>

Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011 Jul 19; 19:43.

Salute Lazio. *Manuale Regionale Triage Intra-Ospedaliero Modello Lazio a Cinque Codici,* agosto 2019.

Triage in Vocabolario - Treccani [Internet]. Available from: <https://www.treccani.it/vocabolario/triage>

Urgenze ed Emergenze – Istituzioni del Prof. Maurizio Chiaranda







## **ALLEGATI**

- 1. Tabella di sintesi dei dati contenente le variabili oggetto d'indagine**
- 2. Tabella di analisi di regressione logistica per l'interpretazione dei dati**
- 3. Linee guida 2022 del “Fast-Track Pediatrico Da Pronto Soccorso In Aulss5 Polesana”**

**ALLEGATO 1: Tabella di sintesi dei dati**

		Totale		PIC PS		Fast Track				
		n=936		n=353 37,7%		n=583 62,3%				
		n	%	n	%	n	%	p (χ <sup>2</sup> )		
<b>Sesso</b>	F	400	42,7%	147	36,8%	253	63,3%	0,599		
	M	536	57,3%	206	38,4%	330	61,6%			
<b>Età (anni)</b>	≤ 2,00	267	28,5%	91	34,1%	176	65,9%	0,005		
	2,01 - 4,00	192	20,5%	63	32,8%	129	67,2%			
	4,01 - 6,00	158	16,9%	50	31,6%	108	68,4%			
	6,01 - 8,00	85	9,1%	37	43,5%	48	56,5%			
	8,01 - 10,00	67	7,2%	32	47,8%	35	52,2%			
	10,01 - 12,00	75	8,0%	31	41,3%	44	58,7%			
	12,01 - 14,00	61	6,5%	31	50,8%	30	49,2%			
	14,01 - 16,00	31	3,3%	18	58,1%	13	41,9%			
	<b>Nazionalità</b>	1 - Italiana	740	80,3%	283	38,2%	457		61,8%	0,772
		2 - Paesi TEAM	40	4,3%	14	35,0%	26		65,0%	
3 - Extra UE		141	15,3%	50	35,5%	91	64,5%			
<b>Mezzo di arrivo</b>	1 - Ambulanza	37	4,0%	28	75,7%	9	24,3%	<0,001		
	2 - Proprio mezzo	899	96,0%	325	36,2%	574	63,8%			
<b>Mese dell'anno</b>	1	33	3,5%	11	33,3%	22	66,7%	0,012		
	2	51	5,4%	18	35,3%	33	64,7%			
	3	44	4,7%	15	34,1%	29	65,9%			
	4	53	5,7%	19	35,8%	34	64,2%			
	5	48	5,1%	10	20,8%	38	79,2%			
	6	111	11,9%	41	36,9%	70	63,1%			
	7	97	10,4%	30	30,9%	67	69,1%			
	8	96	10,3%	49	51,0%	47	49,0%			
	9	61	6,5%	32	52,5%	29	47,5%			
	10	96	10,3%	39	40,6%	57	59,4%			
	11	131	14,0%	53	40,5%	78	59,5%			
	12	115	12,3%	36	31,3%	79	68,7%			
<b>Codice colore accesso</b>	2 - Arancione	19	2,0%	19	100,0%	0	0,0%	<0,001		

	3 - Giallo	63	6,7%	61	96,8%	2	3,2%	
	4 - Verde	516	55,1%	198	38,4%	318	61,6%	
	5 - Bianco	338	36,1%	75	22,2%	263	77,8%	
<b>Codice colore uscita</b>	3 - Giallo	9	1,0%	9	100,0%	0	0,0%	0,001
	4 - Verde	194	20,7%	118	60,8%	76	39,2%	
	5 - Bianco	733	78,3%	226	30,8%	507	69,2%	
<b>Raggruppamento ICD-9-CM</b>	1 – MALATTIE INFETTIVE E PARASITARIE (001-139)	56	6,0%	14	25,0%	42	75,0%	<0,001
	2 – MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI (240-279)	5	0,5%	0	0,0%	5	100,0%	
	3 – MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI (280-289)	1	0,1%	1	100,0%	0	0,0%	
	4 – DISTURBI MENTALI (290-319)	6	0,6%	4	66,7%	2	33,3%	
	5 – MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI	65	7,0%	11	16,9%	54	83,1%	

SENSI (320-389)							
6 – MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390-459)	24	2,6%	14	58,3%	10	41,7%	
7 – MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO (460-519)	164	17,6%	50	30,5%	114	69,5%	
8 – MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE (520-579)	33	3,5%	6	18,2%	27	81,8%	
9 – MALATTIE DEL SISTEMA GENITO URINARIO (580-629)	16	1,7%	8	50,0%	8	50,0%	
10 – MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (680-709)	53	5,7%	12	22,6%	41	77,4%	
11 – MALATTIE DEL SISTEMA OSTEO MUSCO-	24	2,6%	7	29,2%	17	70,8%	

LARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO (710-739)							
12 - SINTOMI SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780-799)	261	28,0%	98	37,5%	163	62,5%	
13 - TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI (800-999)	224	24,0%	128	57,1%	96	42,9%	

## ALLEGATO 2: Analisi di regressione logistica dei dati


	aOR	95%CI		P(X <sup>2</sup> )
<b>Sesso (M vs F)</b>	0,937	0,679	1,294	0,692
<b>Età (rif. 14-16 anni)</b>				0,022
≤ 2,00	<b>2,450</b>	0,934	6,425	0,069
2,01 - 4,00	2,295	0,869	6,059	0,094
4,01 - 6,00	2,285	0,844	6,183	0,104
6,01 - 8,00	1,066	0,381	2,984	0,903
8,01 - 10,00	1,035	0,351	3,048	0,951
10,01 - 12,00	1,678	0,585	4,812	0,336
12,01 - 14,00	1,187	0,395	3,573	0,760
<b>Cittadinanza (rif. Italiana)</b>				0,575
Paesi TEAM	1,589	0,651	3,876	0,309
Extra UE	0,959	0,604	1,523	0,859
<b>Mezzo di arrivo (Ambulanza vs mezzi propri)</b>	<b>0,250</b>	0,097	0,644	0,004
<b>Mese dell'anno (rif. 1)</b>				0,000
2	1,388	0,470	4,101	0,553
3	1,276	0,412	3,953	0,672
4	0,737	0,268	2,028	0,555
5	1,828	0,599	5,576	0,289
6	0,813	0,320	2,064	0,663
7	1,224	0,470	3,192	0,679
8	<b>0,318</b>	0,125	0,807	0,016
9	<b>0,368</b>	0,134	1,009	0,052
10	0,586	0,232	1,479	0,258
11	0,599	0,242	1,486	0,269
12	1,143	0,443	2,945	0,782
<b>Codice colore accesso (rif. Bianco)</b>				0,000
Verde	<b>0,388</b>	0,272	0,553	0,000
<b>Raggruppamento ICD-9-CM (rif. 17 - TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI)</b>				0,000

<b>NTI (800-999)</b>				
<b>1 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARI E (001-139)</b>	<b>4,400</b>	2,085	9,286	0,000
<b>2 - MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIO- NALI, METABOLI- CHE E DISTURBI IMMUNITARI (240-279)</b>	-			-
<b>3 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIE- TICI (280-289)</b>	1,157	0,000		1,000
<b>4 - DISTURBI MENTALI (290-319)</b>	5,686	0,359	90,139	0,218
<b>5 - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI (320- 389)</b>	<b>6,590</b>	2,969	14,628	0,000
<b>6 - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATO- RIO (390-459)</b>	1,066	0,388	2,926	0,902
<b>7 - MALATTIE DELL'APPA- RATO RESPIRATO- RIO (460-519)</b>	<b>3,275</b>	1,959	5,475	0,000
<b>8 - MALATTIE DELL'APPA- RATO DIGERENTE (520-579)</b>	<b>7,496</b>	2,652	21,189	0,000
<b>9 - MALATTIE DEL SISTEMA GENITO- URINARIO (580-629)</b>	2,916	0,748	11,364	0,123



<b>10 - MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTO- CUTANEO (680-709)</b>	<b>3,876</b>	1,776	8,463	0,001
<b>11 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEO- MUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO (710-739)</b>	<b>3,630</b>	1,289	10,225	0,015
<b>12 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780-799)</b>	<b>2,842</b>	1,834	4,404	0,000

**ALLEGATO 3: Linee guida 2022 del “Fast-Track Pediatrico Da Pronto Soccorso In Aulss5 Polesana”**

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

#### STATO DELLE REVISIONI

Rev. n°	Descrizione della modifica	Data approvazione
00	Nuova procedura	30 /11/2017
01	Attività pediatria	26/08/2021
02	Nuovo Triage bifasico/gestione covid 19	11/01/2022

#### GRUPPO DI LAVORO

Referente	Unità Operativa	Firma / procedura informatizzata
Dott.ssa Adele Maccari	DMO Rovigo	
Dott. Angelo Degaetano	DMO Adria	
Componenti	Unità Operativa	Firma / procedura informatizzata
Dott. Andrea Mussari	Direttore UOC Pediatria Adria-Rovigo	
Dott.ssa Nicoletta Santipolo	Dirigente Medico UOC Pronto Soccorso Adria	
Elisa Braggion	ROA Area Urgenza ed Emergenza	
Tiziana Bellesia	RAO UOC Pediatria Adria-Rovigo	
Sabina Sacchetto	Coordinatore UOC Pronto Soccorso Adria	
Maria Cristina Gheza	Coordinatore UOC Pronto Soccorso Rovigo	
Michele Busatto	Infermiere UOC Pronto Soccorso Adria	
Federico Trevisan	Infermiere UOC Pronto Soccorso Rovigo	

#### APPROVATO DA


Nome cognome	Funzione	Firma / procedura informatizzata
Dott.ssa Carla Destro	Direttore della Funzione Ospedaliera	
Dott. Simone Rugolotto	Direttore Dipartimento Materno Infantile e UOC Pediatria Rovigo e Adria	
Dott. Giovanni Lucianò	Direttore Dipartimento Urgenza ed Emergenza e Direttore UOC Pronto Soccorso Adria	
Dott.ssa Maria Adelina Ricciardelli	Direttore UOC Pronto Soccorso Rovigo e Trecenta	

#### LISTA DI DISTRIBUZIONE

**Tutti i Responsabili e Coordinatori delle Unità Operative Complesse della struttura Ospedaliera indicati nella lista di distribuzione.**

#### ARCHIVIAZIONE

UOC Pronto Soccorso Adria e Rovigo

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	<b>PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE</b>	

## 1. OGGETTO

Le strutture di Pronto Soccorso condividono su tutto il territorio Nazionale problematiche dovute al sovraffollamento e alla non appropriatezza della maggior parte degli accessi, caratterizzati in larga misura da bassa complessità clinica. Infatti, i codici bianchi e verdi rappresentano la stragrande maggioranza dell'utenza che accede al Pronto Soccorso, con conseguente incremento dei tempi di attesa medi. Per ridurre i tempi di attesa degli accessi di stretta competenza specialistica è opportuna l'implementazione di nuovi modelli organizzativi, fra cui il Fast Track che ha lo scopo di indirizzare l'utente nel percorso clinico-assistenziale-specialistico mirato a ridurre i tempi di permanenza in una fascia d'utenza codificata come priva di rischi vitali, a bassa complessità assistenziale e che non necessita di visita del Medico di Pronto Soccorso. Il Fast Track può essere applicato per alcune patologie in ambito pediatrico, ostetrico-ginecologico, dermatologico, oculistico, ORL, odontoiatrico, maxillofaciale, e ortopedico.

Il Fast Track è un termine inglese che letteralmente indica: "PERCORSO RAPIDO".

Precedenti disposizioni legislative regionali (vedi bibliografia) hanno suggerito, regolamentato e sostenuto modelli organizzativi di tipo Fast Track per una gestione efficiente di particolari problematiche inquadrabili come codici Bianchi e Verdi al triage eseguito in Pronto Soccorso, seguendo protocolli prestabiliti (vedi allegato 1).

In AULSS 5 è possibile organizzare il Fast Track pediatrico presso gli Ospedali di Adria e Rovigo, nei quali è presente una UOC di Pediatria in grado di accogliere il bambino per un triage avanzato dopo il triage interno in Pronto Soccorso.

Si provvede a revisione del protocollo in essere a motivo:

- recente visita ispettiva ministeriale;
- riorganizzazione strutturale del DMI di Adria in un'unica ala con applicazione schede regionali che autorizzano 2 posti letto in pediatria e 6 posti letto in ostetricia-ginecologia;
- applicazione regole per accesso all'ospedale in condizioni di pandemia SARSCoV2;
- previsione applicazione triage bifasico pediatrico;

## 2. OBIETTIVI


L'obiettivo del protocollo è quello di stabilire le sedi, gli strumenti e il personale adibito alla funzione del triage, triage pediatrico, dell'accettazione dei pazienti per l'assegnazione del codice colore di priorità e dei percorsi da utilizzare

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è applicata a livello Aziendale presso i nosocomi di Adria e Rovigo. Non è possibile la sua applicazione presso l'Ospedale di Trecenta che non ha una UOC di Pediatria. Attiene alla responsabilità dei sanitari delle Strutture Operative dei Presidi Ospedalieri interessati dell'AULSS 5 Polesana. Ha la finalità di fornire indicazioni circa le modalità da adottare per agevolare il Fast Track verso la visita specialistica pediatrica per i bambini in età inferiore ai 15 anni esclusi, che accedono al Pronto Soccorso per specifiche problematiche minori, inquadrati come codici bianchi e verdi (vedi paragrafi successivi).

## 4. RIFERIMENTI DOCUMENTALI

Riferimento (tipologia, numero e data)	Titolo
	Testo di riferimento "TRIAGE: regolamentazione degli accessi ai sistemi di emergenza sanitaria" di Franco Tosato;
DGR 1888 Allegato A 23/12/2015	Indirizzi tecnico-operativi per il Triage di Pronto Soccorso
DGR 1035 2019	Approvazione delle disposizioni operative per l'efficientamento del modello organizzativo di Pronto Soccorso ed individuazione delle azioni per il governo di Pronto Soccorso
	Istruzioni operative privacy
PSRO-IO-OSP-04	Utilizzo di PSNet in ambiente Medico e Infermieristico
	Documentazione Corso Istruttori Triage (CREU);
PSRO-IO-OSP-07	Corretta identificazione del paziente in Pronto Soccorso

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

Riferimento (tipologia, numero e data)	Titolo
	Protocollo Fast-Track Ginecologico;
	Protocollo Fast-Track Pediatrico;
	Protocollo TII;
PSRO-PR-OSP-31	Fast track Ortopedico e gestione della traumatologia minore
PSRO-PR-OSP-41	Gestione del Dolore in Pronto Soccorso
PSRO-PR-OSP-02	Triage Avanzato
PSRO-MO-OSP-31.4	Percorso Paziente PS
PSRO-MO-OSP-31.5BIS	Percorso Triage Esterno
PSRO-IO-OSP-35	Procedura accesso anziano fragile in PS
	Procedura violenza sessuale
	Violenza di Genere
PSRO-MO-OSP-43	Autocertificazione Dati Anagrafici

## 5. DEFINIZIONE E SIGLE

**Fast Track:** percorso breve, atto alla gestione rapida dei pazienti con problematiche inerenti a percorsi codificati in determinate aree specialistiche in base ai criteri di inclusione ed esclusione previsti:

- oculistica;
- otorinolaringoiatra;
- ginecologica;
- dermatologica;
- maxillofacciale;
- ortopedica;
- pediatrica

**DMI:** dipartimento materno infantile

**FC:** frequenza cardiaca

**FR:** frequenza respiratoria

**PA:** pressione arteriosa

**FV:** funzioni vitali

**PIC:** presa in carico

**OBI:** osservazione breve intensiva

**PS:** Pronto Soccorso

**SO<sub>2</sub>:** saturazione di Ossigeno


**TA:** triage d'accesso

**UOC:** Unità Operativa Complessa

**VM:** valutazione medica

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	Attività	ruoli	ruoli	ruoli
1	Corretta Identificazione dell'utente	Infermiere PS R	OSS PS CL	Medico PS CL
2	Raccolta: dati/anagrafica/raccolta anamnestica breve. Eventuale documentazione medica, di informazioni da parte di familiari e/o soccorritori,	Infermiere PS R	OSS PS CL	Medico PS I
3	Esecuzione Pre-triage e Test rapido 3° generazione LumiraDX	Infermiere PS R	OSS PS R	Medico PS I
4	Esecuzione Triage	Infermiere PS R	OSS PS I	Medico PS CL
5	Esecuzione Triage Avanzato	Infermiere PS	OSS PS	Medico PS

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

		R	I	CL
6	Applicazione dei percorsi di fast Track/TII	Infermiere PS R	OSS PS I	Medico PS CL
7	Identificazione Pazienti cod. Rosa/Paziente fragile	Infermiere PS R	OSS PS I	Medico PS CL
8	Rivalutazione utenti in attesa/priorità di visita	Infermiere PS R	OSS PS I	Medico PS CL
9	Valutazione e rivalutazione triage pediatrico	Infermiere PED R	OSS PED I	Medico PED CL
10	Visita pediatrica, compilazione PSNet, dimissione	Infermiere PED CL	OSS PED I	Medico PED R

Nella matrice vanno elencate le attività così come individuate nel paragrafo 5 (Descrizione delle attività). Per ogni attività vanno individuate le responsabilità di processo.

#### LEGENDA

- R = Responsabile *è colui che esegue l'attività*  
 C = Controlla *è colui che svolge il ruolo di supervisione dell'azione*  
 CL = Collabora *è la persona che aiuta e collabora con il responsabile per l'esecuzione dell'attività*  
 I = Informato *è colui che deve essere informato al momento dell'esecuzione dell'attività*

## 7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

### 7.1 IL TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO

**L'applicazione della metodologia operativa per il Triage di Accettazione in Pronto Soccorso è stata tratta dalla relativa Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 1888 del 23 Dicembre 2015.**

Il Triage è uno strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati ad un servizio per acuti, con l'obiettivo di definire la priorità con cui il paziente accederà alla visita medica.


Il Triage è una funzione prettamente infermieristica e rappresenta una procedura finalizzata a stabilire delle priorità di visita per determinare quale paziente è più a rischio e necessita di un intervento diagnostico/terapeutico emergente.

Il punto e la modalità di prima accoglienza e valutazione di chi accede al Pronto Soccorso è il TRIAGE (*Intesa Stato-Regioni 17/05/1996*). Il TRIAGE è finalizzato ad acquisire informazioni necessarie e sufficienti a prestabilire le priorità assistenziali, dunque le modalità e i tempi di attesa, le aree di destinazione nella struttura nonché ad avviare i percorsi di presa in carico (*Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, Febbraio 2013*). Il Triage è il punto di approccio nodale tra la struttura deputata all'emergenza e l'utenza.

Come indicato dalle linee-guida nazionali, "le aziende devono garantire le risorse per assicurare la funzione Triage" (strutture, dotazioni, tecnologia, risorse umane, formazione). E' ribadita l'obbligatorietà dell'attivazione del triage in tutte le strutture con numero di accessi > 25.000/anno. Si suggerisce che il Triage attivo h24 sia requisito indispensabile per l'accreditamento istituzionale.

Per soddisfare la *mission* istituzionale dei dipartimenti di emergenza accettazione (DEA) la metodologia gestionale del TRIAGE deve essere comune e deve rispettare tre requisiti:

1. Rapidità: il tempo accesso-codifica di triage deve essere breve;
2. Sensibilità elevata e specificità sufficiente: tutti i pazienti potenzialmente critici debbono essere identificati;
3. Logica Organizzativa: va perseguita una organizzazione che con un adeguato utilizzo delle risorse produca il rispetto di tempi e standard gestionali.

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	<b>PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE</b>	

## 7.2 SEDE DI APPLICAZIONE ROVIGO

- **TRIAGE ESTERNO:** attivo dalle 8:00 alle 20:00, 7 gg su 7. Al triage esterno accedono tutti i pazienti deambulanti che possono accedere tramite scalinata o tramite la rampa per i disabili. La struttura permette di mantenere i pazienti distanziati con l'utilizzo di paraventi, di un ambulatorio per l'esecuzione del tampone rapido di 3° generazione LumiraDX e dei box per i pazienti sospetti in attesa della risposta dello stesso.
- **TRIAGE INTERNO:** attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Sono presenti due postazioni di accettazione di cui una è sempre garantita con un infermiere formato dove viene applicato un Triage da bancone. Il Triage interno in PS di Rovigo è posizionato all'ingresso del reparto. Accedono al triage interno tutti gli utenti che accedono in PS tramite la camera calda o quando il Triage Esterno è chiuso, ovvero dalle ore 20:00 alle ore 8:00. In tale fascia oraria l'accesso degli utenti autosufficienti avviene tramite la rampa pedonale e l'identificazione con video citofono alla porta automatica attivabile solo dal personale di P.S. Le persone che accedono al Pronto Soccorso attraverso la camera calda con mezzi SUEM 118/Amb. Private/mezzi propri, vengono accolti da un OSS per la compilazione della scheda di Pre-Triage (gli utenti che accedono con mezzi di soccorso hanno la modulistica eseguita dall'infermiere del mezzo) e l'esecuzione di un tampone di 3° generazione LumiraDX nell'area di attesa fuori dal Triage Interno.

## ADRIA

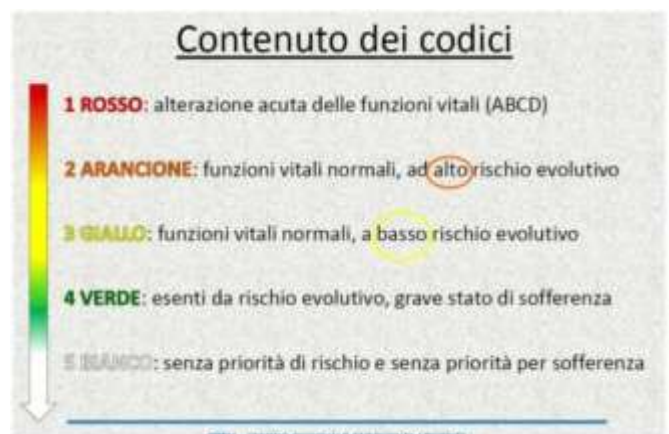
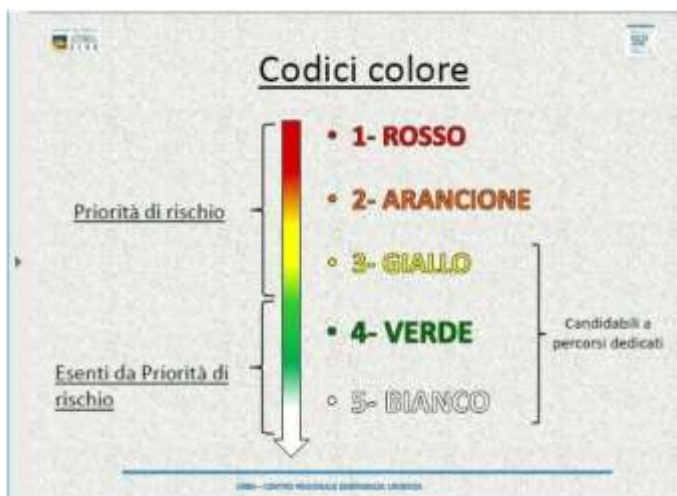
- **PRE-TRIAGE:** attivo dalle 8:00 alle 20:00, 7 gg su 7. Al Pre- triage esterno accedono tutti i pazienti deambulanti. La struttura permette di mantenere i pazienti distanziati con l'utilizzo di box per l'esecuzione del tampone rapido di 3° generazione e la compilazione della scheda di Pre-Triage.
- **TRIAGE INTERNO:** attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 con una postazione, sempre garantita, e un infermiere formato dove viene applicato un Triage da bancone. Accedono al triage interno tutti gli utenti che accedono in PS tramite la camera calda o quando il Pre-Triage è chiuso, ovvero dalle ore 20:00 alle ore 8:00. Le persone che accedono al Pronto Soccorso attraverso la camera calda con mezzi SUEM 118/Amb. Private/mezzi propri. Viene eseguito un tampone di 3° generazione LumiraDX e la compilazione della scheda di Pre-Triage.


## 7.4 TRIAGE BIFASICO DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO GENERALE

Il triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del Pronto Soccorso ed in grado di valutare i segni e i sintomi del paziente per identificare condizioni potenzialmente pericolose per la vita e determinare un codice di gravità per ciascun paziente al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica.

L'infermiere opera secondo protocollo predefinito riconosciuto e approvato dal responsabile del servizio di Pronto Soccorso.

Il metodo di valutazione nella fase di accesso è analogo a quello utilizzato per i pazienti adulti. È differente per alcuni aspetti legati alle diverse fasi di età, e prevede l'integrazione della valutazione ispettivo-anamnestica con la misura di alcuni dati oggettivi.



	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

**PROBLEMI DI ABCD**

**PROBLEMI CARDINE**

- DISPNEA
- SINCOPE
- CARDIOPALMO

**TRAUMA**

- **PROBLEMI DI ABCD**
- **TRAUMA MAGGIORE**
- TRAUMA MINORE
- ALTRO GIALLO

**PROBLEMI MAGGIORI**

- DOLORE TORACICO/DORSALE
- **FEBBRE**
- DOLORE ADDOMINALE
- CEFALEA
- DISTURBI NEUROLOGICI
- DISTURBI PSICHICI
- INTOSSICAZIONE
- ALLERGIA
- EMORRAGIE NON TRAUMATICHE
- DOLORE ACUTO A UN ARTO
- GRAVIDANZA
- **VOMITO/DIARREA**
- ALTRO GIALLO

La valutazione ispettiva deve essere attenta, e per la corretta attribuzione del codice, è raccomandata una integrazione obiettiva e strumentale:

- **per età ≤ 12 mesi**
- **nel trauma maggiore**
- **nei casi dubbi**

**VALUTAZIONE ISPETTIVA GENERALE “sulla porta”: PAT (Pediatric Assessment Triangle)**


VALUTAZIONE RAPIDA: PAT, TRIANGOLO DI VALUTAZIONE PEDIATRICA

- Valutazione dell’aspetto generale
- Valutazione del lavoro respiratorio
- Valutazione del circolo



<p><b>A - ASPETTO (APPEARANCE)*</b></p> <p>*TICLS: tone, interactiveness, consolability, look/gaze, speech/cry</p>	<p>Valuta lo stato fisiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l’interazione</li> <li>• il tono muscolare</li> <li>• la risposta verbale</li> </ul>	<p>Sveglio, guarda? Reagisce? Interattivo? Consolabile?</p>	<p><b>CODICE 1 - ROSSO</b></p>
--	---	---	--------------------------------



	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

<b>B - LAVORO RESPIRATORIO (BREATHING)</b>	Valuta la respirazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>il lavoro respiratorio (retrazioni)</li> <li>la posizione mantenuta (tripode, annusamento)</li> <li>i rumori respiratori udibili (grugnito, stridore, sibilo)</li> </ul>	Rumori respiratori? Alitamento pinne nasali? Retrazioni inspiratorie?	<b>CODICE 1 - ROSSO</b>
<b>C - CIRCOLO (CIRCULATION)</b>	Valuta: <ul style="list-style-type: none"> <li>il colore della cute (cianotica e/o marmorata o pallida e sudata fredda)</li> <li>la presenza di sanguinamenti (nel trauma)</li> </ul>	Cute cianotica? Cute marmorata? Cute pallida e sudata fredda? Sanguinamenti visibili?	<b>CODICE 1 - ROSSO</b>

**TRIAGE INTEGRATO (=eventuale integrazione con parametri vitali)**

- ABCD
- PROBLEMA RIFERITO

<b>AIRWAY &amp; BREATHING</b>	Aspetti indicativi di fatica respiratoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenza di rumori respiratori</li> <li>Stridore inspiratorio (può essere segno di ostruzione delle prime vie aeree; laringiti complicate)</li> <li>Rientramenti inspiratori soprasternali, supraclavari ed intercostali</li> <li>Alitamento delle pinne nasali</li> </ul> <u>Se età ≤ 12 mesi, trauma maggiore, e nei casi dubbi:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>SpO2 %</li> <li>Frequenza respiratoria (FR)</li> </ul>	SpO2 <94%		<b>CODICE 1 - ROSSO</b>
		FR <10 o >60 a/m		<b>CODICE 2 - ARANCIONE</b>
		ETA'	FR a/m	
		< 1 anno	> 50	
		1-5 anni	> 40	
		6-12 anni	> 30	
		>12 anni	> 20	
		<i>Frequenza respiratoria</i> può essere sostituita da un'accurata valutazione di B, da parte di un operatore esperto.		

<b>CIRCULATION</b>	Cute * <ul style="list-style-type: none"> <li>Cianosi e/o marmoratura</li> <li>Pallore con sudorazione fredda</li> </ul> <u>Se età ≤ 12 mesi, trauma maggiore, e nei casi dubbi:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Frequenza Cardiaca (FC)</li> <li>Test riperfusione capillare</li> <li>Delta termico (arti/tronco)</li> <li>Pressione Arteriosa (PA) * (tardivi)</li> </ul>	CIRCULATION: Frequenza Cardiaca		<b>CODICE 1 - ROSSO</b>		
		ETA'	FC** b/m			
		≤ 2anni	<80 o > 180			
				>2 anni	<60 o > 160	<b>CODICE 2 - ARANCIONE</b>
				ETA'	FC b/m	
				< 1 anno	>170	
		2 anni	> 160			
		6 anni	>130			
		>12 anni	>100			


**Frequenza cardiaca** la tachicardia è il primo e spesso unico segno di shock, aspecifico; deve indurre un alto indice di sospetto, *in particolare quando è fissa*

**Delta termico arti/tronco** si rileva confrontando la temperatura cutanea a livello delle ginocchia con quella a livello del tronco

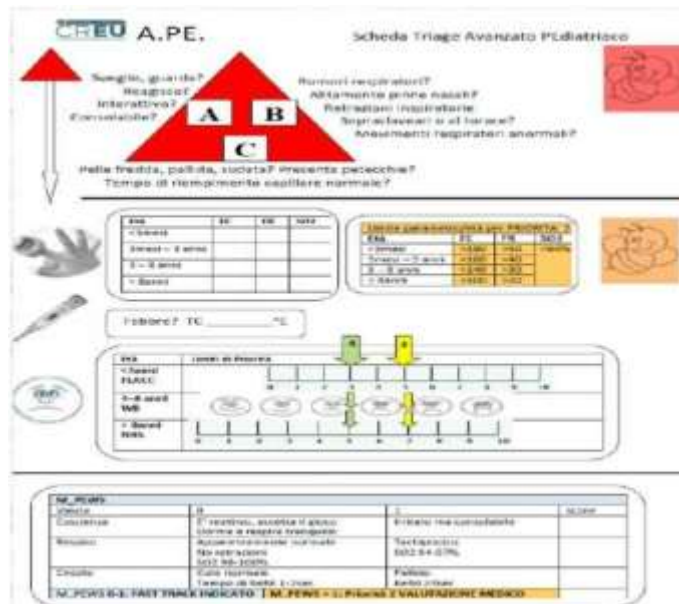
**Il test di riperfusione capillare** comprimere con il dito pollice la pianta del piede o la cute soprasternale, rilasciare dopo pochi secondi: patologico se la ripresa del colore avviene in un tempo > 2"

**Pressione arteriosa** Spesso nei pazienti in età pediatrica non fornisce informazioni essenziali per la stratificazione

CIRCULATION: Pressione Arteriosa Sistolica		
ETA'	PAS mmHg	<b>CODICE 1 - ROSSO</b>
0 > 12 mesi	<70	
1 aa > 10 aa	< 70 (+ aa x 2)	
> 10 aa	< 90	

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b> <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	


<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> Pianto inconsolabile	Il <i>pianto</i> è <i>inconsolabile</i> se persiste anche con manovre distraenti in base all'età: <ul style="list-style-type: none"> <li>età &lt; 12 mesi: tintinnio di un mazzo di chiavi</li> <li>età 12-24 mesi: gioco luminoso</li> </ul>	<b>CODICE 1 - ROSSO</b>
	<input type="checkbox"/> VPU di ACVPU	A: vigile, con riposte appropriate C: confusione di nuova insorgenza V: aspecificamente reattivo a stimoli verbali P: aspecificamente reattivo a stimoli dolorosi U: non responsivo ad alcun stimolo	



Esempio di scheda A.P.E. (dgr.1888/15)

### TRIAGE PEDIATRICO E PROBLEMI MAGGIORI: ASPETTI PARTICOLARI

<b>FEBBRE</b> Riferito o misurato aumento della temperatura corporea	<input type="checkbox"/> Alterazioni in atto delle FV	<b>CODICE 1 - ROSSO</b>
	<input type="checkbox"/> sintomi cardine	<b>CODICE 2 - ARANCIONE</b>
	<b>Discriminatori</b>	<b>CODICE 2 - ARANCIONE</b>
	<input type="checkbox"/> immunodeficienze congenite	
	<input type="checkbox"/> immunodeficienze acquisite (malattie oncologiche, AIDS, terapia corticosteroidea)	
	<input type="checkbox"/> Cefalea intensa	
	<input type="checkbox"/> petecchie/porpora	
<input type="checkbox"/> Disfonia/tosse abbaiante	<b>CODICE 3 - GIALLO</b>	
<input type="checkbox"/> storia di convulsioni associate a febbre		
<b>Età</b>		
<input type="checkbox"/> 0-3 mesi	<b>CODICE 3 - GIALLO</b>	
<input type="checkbox"/> 3-36 mesi, T > 39°		

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

<b>VOMITO/DIARREA</b> Riferite scariche di feci liquide e/o riferiti episodi di vomito	<input type="checkbox"/> Alterazioni in atto delle FV	<b>CODICE 1 - ROSSO</b>
	<input type="checkbox"/> Sintomi cardine <input type="checkbox"/> <i>Segni di disidratazione</i> (mucose secche; cute secca e ipoelastica; infossamento oculare; oligo-anuria)	<b>CODICE 2 - ARANCIONE</b>
	<input type="checkbox"/> in lattante (età ≤ 12 mesi) <input type="checkbox"/> diarrea profusa (3 episodi/ora) <input type="checkbox"/> vomito profuso (3 episodi/ora)	<b>CODICE 3 - GIALLO</b>

<b>TRAUMA</b> Trauma dinamicamente non insi- gnificante	<input type="checkbox"/> Alterazioni in atto delle FV Alterazione di:	<b>CODICE 1 - ROSSO</b>
	<input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> SpO2 (e FR) <input type="checkbox"/> Delta termico <input type="checkbox"/> Test riperfusione Capillare	
	<input type="checkbox"/> Sintomi cardine <input type="checkbox"/> Ustione estesa (2° e 3° grado) <ul style="list-style-type: none"> <li>• se età ≤ 10 anni: 10%</li> <li>• volto o mani/piedi o pieghe, regione ge- nitale</li> </ul>	<b>CODICE 2 - ARANCIONE</b>
<input type="checkbox"/> Età ≤ 3 aa <input type="checkbox"/> Caduta da altezza (H): <ul style="list-style-type: none"> <li>• H &gt; 2 x h del bambino</li> </ul> <input type="checkbox"/> Bambino abusato	<b>CODICE 3 - GIALLO</b>	

I pazienti pediatrici vanno valutati secondo la stessa metodologia di gestione dei pazienti adulti. È necessario verificare se si tratta di un trauma maggiore, a rischio.

Si deve mantenere un elevato indice di sospetto:

- una valutazione attenta dei sintomi anche sfumati
- un'ispezione attenta
- un'integrazione obiettiva e strumentale


#### TRIAGE DEL LATTANTE età ≤ 12 mesi

Il lattante deve essere valutato attentamente, e per questo deve essere spogliato.

È opportuna la valutazione pediatrica per qualsiasi problema medico o traumatologico prima della dimissione.

<b>TRIAGE NEL LATTANTE (≤ 12 MESI)</b>	<input type="checkbox"/> FC > 180 bpm <input type="checkbox"/> FR > 60 a/min <input type="checkbox"/> SpO2 < 94% <input type="checkbox"/> Delta termico alterato <input type="checkbox"/> Test riperfusione Capillare > 2"	<b>CODICE 1 - ROSSO</b>
	<input type="checkbox"/> FR tra 50 e 60 <input type="checkbox"/> FC tra 170 e 180	<b>CODICE 2 - ARANCIONE</b>
	<input type="checkbox"/> Diarrea/vomito <input type="checkbox"/> Febbre, se 0-3 mesi <input type="checkbox"/> Febbre > 39 C°, se 3-12 mesi <input type="checkbox"/> Trauma con FV normali <i>pessima impressione generale</i>	<b>CODICE 3 - GIALLO</b>

<b>STATO DI SOFFERENZA</b>	Si identificano i pazienti per i quali non è opportuna un'attesa prolungata per l'elevato stato di sofferenza o per una situazione di disagio	<b>CODICE 4 - VERDE</b>
----------------------------	---	-------------------------

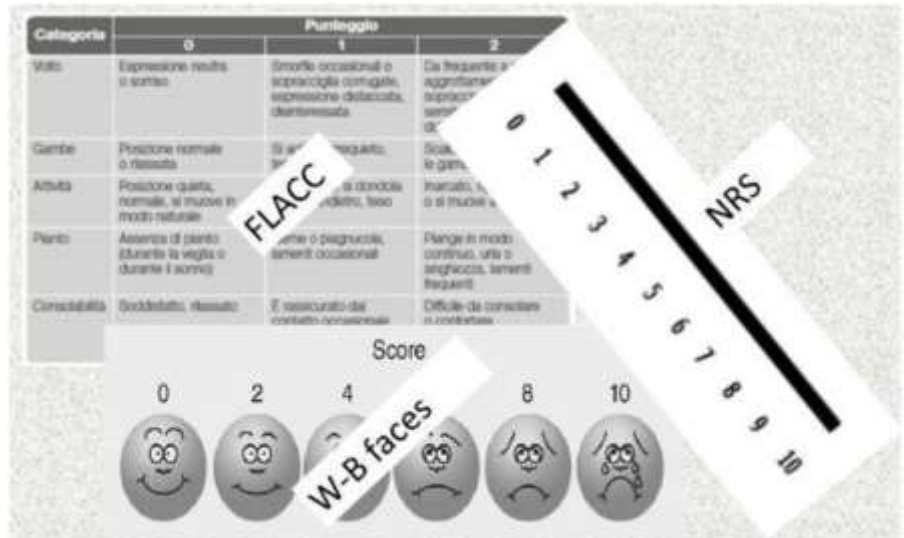
	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE		

### STATO DI SOFFERENZA: SCALE

Il dolore viene valutato in relazione alla reattività del bambino è quindi opportuno utilizzare una scala specifica per la fascia di età:

- età <3 anni: FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
- età 3-8 anni: Wong-Baker Faces
- età 8-10 anni: NRS (Numerical Rating Scale)

È opportuno dotarsi di procedura di trattamento del dolore



Per i pazienti pediatrici è necessario un percorso assistenziale per favorire

- l'accesso e la valutazione ambulatoriale
- la condivisione coi familiari
- la gestione del vissuto per ridurre il disagio psicologico
- la gestione della sofferenza

Si deve favorire:

- la comunicazione
- la riduzione dello stress. Va fornita una informazione completa e serena su tutte le fasi anche per favorire la *compliance* del bambino e dei familiari.
- Ascoltare
- Rispondere

### IL CONSENSO


- Età < 7-8 anni non è in grado di esprimere consenso
- Età 8- 12 anni potrebbe in qualche misura essere coinvolto anche se prevale la decisione dei genitori.
- Età > 12 anni il ragazzo dovrebbe essere coinvolto, soprattutto per la comprensione del consenso richiesto.

L'accesso dell'utente pediatrico viene registrato nel sistema informatico attualmente in uso dall'infermiere della UOC di Pronto Soccorso. Con il DGR 1035 del 2019, viene applicato il Triage bifasico a 5 codici. Nella UOC di Pediatria l'APPLICAZIONE del TRIAGE BIFASICO PEDIATRICO, appena il personale infermieristico pediatrico avrà effettuato l'adeguata formazione, i codici che definiscono la procedura di presa in carico e l'approccio alle condizioni di febbre, vomito e diarrea saranno uniformi con il triage del Pronto Soccorso.

### 7.5 METODOLOGIA OPERATIVA/ATTIVITÀ

Accesso del paziente pediatrico presso il Pronto Soccorso.

1. L'infermiere di Triage rileva le problematiche del paziente;
2. Inserimento dei dati anagrafici tramite lettura della tessera sanitaria (vedi Linee Guida Corretta Identificazione del Paziente) nel sistema informatico;
3. L'OSS/l'infermiere somministra a un accompagnatore e al paziente (basandosi sulle risposte dell'accompagnatore) la scheda Pre-triage;
4. L'OSS/l'infermiere esegue un tampone rapido di 3° generazione a un accompagnatore che porterà il paziente nella UOC di Pediatria. Qualora il paziente NON sia candidabile a un percorso di Fast Track presso la UOC di Pediatria, l'OSS/L'infermiere eseguirà il tampone di 3° generazione anche al paziente Pediatrico;
5. Corretta identificazione della scheda di triage tramite la metodologia infermieristica *step by step* (presenza di un supporto informatico per la corretta attribuzione del codice di priorità e supporto del Medical Control);

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

6. Corretta modalità di accesso in P.S. (trasporto e modalità di invio);
7. Produzione della scheda di accettazione che comprende dati anagrafici, codice di priorità progressivo, data e ora di accettazione e del braccialetto identificativo;
8. Applicazione del Fast Track o dei percorsi dedicati secondo protocollo in uso;
9. Eventuale creazione di una etichetta di Test Antigenico Rapido da CUPWeb (si accede tramite l'anagrafica di PSNet).

## 8 PERCORSI E ATTIVAZIONE PROTOCOLLO FAST TRACK

Il paziente in età pediatrica (< 15 anni esclusi) classificato come codice colore verde o bianco potrà essere inviato all'ambulatorio del Reparto di Pediatria, con la sola richiesta infermieristica, previa l'accettazione da parte dell'infermiere di Triage circa la necessità di accompagnamento del piccolo paziente e dell'eventuale utilizzo di presidi di trasporto (sedia).


L'infermiere addetto al Triage, pertanto, compilerà un modulo di richiesta di consulenza pediatrica con apposta la dizione, al posto del medico inviante, Triage Infermieristico Interno (T.I.I.) e inserirà il nominativo della paziente nell'apposita lista dell'ambulatorio pediatrico. In tal modo il consulente pediatra potrà visionare, sulla schermata dell'applicativo PSNet del computer dell'ambulatorio urgenze nel reparto di pediatria, la lista dei pazienti inviati con richiesta di consulenza specialistica.

All'arrivo in pediatria al paziente verrà effettuato Triage avanzato con rilevazione parametri vitali e visita medica. Sono comunque **esclusi dal protocollo Fast Track i codici ROSSO E ARANCIONE** che rimangono in Pronto Soccorso previa valutazione del Medico di Pronto Soccorso ed eventuale attivazione del medico Pediatra in PS. In caso di paziente stabile è possibile inviarlo in ambulatorio a nome del medico di PS. I codici gialli verranno inviati in Pediatria con le necessità di accompagnamento decise (sedia, ossigeno, monitoraggio, eventuale preavviso, etc) o verranno sottoposti a valutazione specialistica pediatrica presso il PS. I codici rossi possono richiedere la presenza del Pediatra come consulente specialistico. Sono esclusi da Fast Track anche i traumi con necessità di interventi chirurgici (suture, richiami antitetanica etc) o di competenza ortopedica, o politraumi: verranno prima visitati e gestiti dal Medico di PS e quindi successivamente verranno inviati in Pediatria per consulenza specialistica o ricovero se necessari.

Per quanto riguarda le ustioni, il trauma cranico, le ingestioni di sostanze e corpi estranei il Fast Track verrà attivato in base al codice colore.

Per il Presidio di Adria (in deroga al presente protocollo) sono esclusi dal protocollo fast track anche: dolore addominale, dolore intenso, ingestione sostanze e corpi estranei, dolore testicolare.


PAZIENTE NO COVID				
CODICE	MODALITA' ARRIVO	PERCORSO	TEAM DI VISITA	ATTIVAZIONE SPECIALISTA
<b>COD 1 ROSSO</b>	SUEM 118	Valutazione area di urgenza PS	Medico di PS, Medico Pediatra, Infermiere Pediatria, ev. Rianimatore	SUEM 118
	AUTONOMO			Medico di PS
<b>COD 2 ARANCIO</b>	SUEM 118 (POLITRAUMA)	Valutazione area di urgenza PS, Eventuale Valutazione Pediatrica	Medico di PS, Eventuale Medico Pediatra	Medico di PS
	AUTONOMO	Valutazione area di urgenza PS, candidabile a Fast Track		
<b>COD 3 GIALLO</b>	SUEM 118/AUTONOMO	Fast Track, Ev. Valutazione Medical Control	Eventuale Medico di PS	N.V.
<b>COD 4 VERDE COD 5 BIANCO</b>	SUEM/AUTONOMO	Fast Track/Ambulatorio Specialistico	T.I.I.	N.V.
<b>COD 5 BIANCO</b>	SUEM/AUTONOMO (TRAUMA)	Amb. Specialistico (Ortopedico), Medico di PS	Medico di PS, T.I.I.	N.V.

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b> <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO</b> <b>SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

PAZIENTE COVID				
CODICE	MODALITA' ARRIVO	PERCORSO	TEAM DI VISITA	ATTIVAZIONE SPECIALISTA
<b>COD 1 ROSSO</b>	SUEM 118	Valutazione area di urgenza PS Area Alto Rischio	Medico di PS, Medico Pediatra, Infermiere Pediatria, ev. Rianimatore	SUEM 118
	AUTONOMO			Medico di PS
<b>COD 2 ARANCIO</b>	SUEM 118 (POLITRAUMA)	Valutazione area di urgenza PS Area Alto Rischio, Eventuale Valutazione Pediatrica in Area Isolamento della UOC Pediatria	Medico di PS, Eventuale Medico Pediatra	Medico di PS
	AUTONOMO	Valutazione area di urgenza PS Area Alto Rischio, candidabile a Fast Track se paziente stabile (Medical Control) e visita in Area Isolamento UOC Pediatria		
<b>COD 3 GIALLO</b>	SUEM 118/AUTONOMO	Fast Track Area Isolamento UOC Pediatria, Ev. Medical Control	Eventuale Medico di PS	Infermiere Triage, Medico PS
<b>COD 4 VERDE</b> <b>COD 5 BIANCO</b>	SUEM/AUTONOMO	Fast Track/Ambulatorio Specialistico, Area Altro rischio PS	T.I.I., Medico di PS	Infermiere Triage, Medico PS

### 8.1 PERCORSI

FASCIA ORARIA	COVID		PERCORSO	NOTE
8:00/20:00	Negativo	Fast Track	Percorso esterno con ingresso entrata principale	Gestione in pediatria del Caso, Dimissione dall'uscita principale
20:00/8:00	Negativo	Fast Track/Consulenza	Percorso interno da PS a Torre M2, ascensore no Covid o secondo procedura interna.	Gestione in pediatria del Caso, Dimissione dall'uscita principale
h.24	Sospetto	Fast Track/Consulenza	Percorso interno da PS a Torre M2, ascensore Covid, accompagnato da un operatore o secondo procedura interna.	Telefonata dal Triage, Gestione in pediatria del Caso, Dimissione dall'uscita principale
h.24	Positivo	Fast Track/Consulenza	Percorso interno da PS a Torre M2, ascensore Covid, accompagnato da un operatore, attivazione servizio pulizie per risanamento percorso o secondo procedura interna.	Telefonata dal Triage, Gestione in pediatria del Caso, Dimissione dall'uscita principale come da procedura interna.

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE		

## 9 TRIAGE PEDIATRICO ATTUALMENTE IN USO

La procedura di Triage viene eseguita da un infermiere adeguatamente addestrato secondo le indicazioni della DGR della Regione Veneto n. 1888 del 23 dicembre 2015 e successivamente da DGR 1035/2019.

Come riporta la DGRV numero 1888, il Triage in età pediatrica è influenzato dalle differenze anatomico-fisiologiche, dalla presentazione clinica dei problemi di salute, dal diverso atteggiamento psicologico soprattutto nelle fasce di età inferiori; tuttavia, l'algoritmo valutativo del Triage nei principali sistemi internazionali è universale. La definizione dei discriminatori dei motivi di accesso è stata integrata per intercettare alcune specificità di presentazione pediatrica. Per tenere conto delle differenze si raccomanda l'esecuzione di un Triage Avanzato Pediatrico (vedi allegato 1), specificamente nelle prime fasce di età ( $\leq 12$ mm, 1-10aa):

- Integrando le informazioni con una più attenta raccolta dei dati obiettivi
- Valutando la sofferenza con modalità differenti rispetto all'adulto
- Specificando meglio le informazioni raccolte in fase di Triage di Accesso (TA)

L'infermiere di Triage valuta il paziente, eseguendo una valutazione ispettiva di ABC: coscienza, respiro, circolo, e raccoglie il motivo principale dell'accesso al Pronto Soccorso e misura la SO<sub>2</sub> (come da allegato 1)

Il Triage dei pazienti pediatrici, effettuato in un Pronto Soccorso generale, è analogo a quello utilizzato per i pazienti adulti, sia nella fase d'accesso che nella successiva valutazione/stabilizzazione dei problemi a rischio. Se ne discosta solo per alcuni aspetti che dipendono dalla relativa difficoltà nella raccolta dei dati e talora nella traduzione degli stessi in informazioni cliniche, specie per i più piccoli (vedi allegato 1).

I codici che definiscono la Priorità di Presa in cura, secondo la procedura, ATTUALMENTE in uso, sono:

### 1. EMERGENZA (colore **ROSSO**):

assenza o compromissione ispettiva o misurata delle funzioni vitali. **Immediato pericolo di vita**. In pazienti con compromissione di almeno una funzione vitale (respiratoria, cardiocircolatoria, neurologica) o con alterazione critica di uno o più parametri vitali quali FC, FR, PA, SO<sub>2</sub>. Il soccorso da parte del personale medico ed infermieristico deve essere immediato

### 2. URGENZA per RISCHIO (colore **GIALLO**):

assenza di compromissione delle funzioni vitali, condizione con rischio evolutivo di compromissione precoce. **E' una situazione d'urgenza con sintomi gravi per il quale persiste il rischio di compromissione delle funzioni vitali**. In questo caso il tempo d'attesa dovrebbe essere ridotto al minimo (per convenzione non superiore ai 30 minuti). È prevista una rivalutazione ogni 5-15 minuti.

### 3. CONDIZIONE DI SOFFERENZA (colore **VERDE**):

assenza di compromissione delle funzioni vitali, assenza di rischio evolutivo di compromissione precoce; sofferenza oggettiva psichica o fisica della persona o di un suo organo. Viene attribuito ai pazienti stabili con funzioni e parametri vitali normali ma con sintomatologia ad insorgenza acuta che necessita di inquadramento diagnostico. Vengono avviati a visita medica dopo i codici rossi e gialli, in ogni caso il tempo d'attesa non dovrebbe superare i 60 minuti e la rivalutazione dovrebbe essere effettuata ogni 30 minuti.


### 4. PROBLEMA MINORE (colore **BIANCO**):

assenza di compromissione delle funzioni vitali, assenza di rischio evolutivo di compromissione, assenza di sofferenza oggettiva psichica o fisica della persona o di un suo organo. Problema urgente minore e problema non urgente differibile. Identifica il paziente stabile con funzioni e parametri normali e con sintomatologia non rilevante, ad insorgenza non acuta che potrebbe essere valutato in percorsi alternativi a quelli del PS. Il paziente viene comunque assistito, ma dopo la valutazione degli altri codici. Poiché è estremamente improbabile un deterioramento delle condizioni del bambino, non è prevista la rivalutazione se non su richiesta del paziente stesso o dei famigliari.

L'assegnazione del codice colore deve avvenire nel rispetto dei criteri stabiliti dal presente documento.

Gli aspetti fondamentali per cui il Triage pediatrico si discosta dal Triage dell'adulto sono:

- **diversa espressione clinica di alcune situazioni patologiche**, soprattutto le più critiche, in relazione alle differenti fasce di età. È questo l'aspetto che comporta le modifiche principali rispetto il triage dell'adulto; esse si possono riassumere in:

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	<b>PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE</b>	

- un'integrazione sia obiettiva che strumentale nella raccolta dati del 1° step, relativo alle funzioni vitali, in tutti i casi dubbi e comunque sempre nei bimbi di età ≤ 3 mesi e nel politrauma;
- una diversa modalità di valutazione dello stato di sofferenza nelle suddette situazioni, ossia in tutti i casi dubbi, nei bimbi di età ≤ 3 mesi e nel politrauma.
- **esistenza di situazioni cliniche a rischio nell'età pediatrica** con necessità di:
  - introdurre nuove schede di valutazione;
  - integrare alcune schede normalmente utilizzate nell'adulto.

Rispetto ai problemi principali individuati per gli adulti, le peculiarità delle patologie pediatriche richiedono:

- l'introduzione di due nuovi problemi maggiori (Febbre – Vomito e Diarrea) per i pazienti di età ≤ 3 anni;
- l'integrazione dei criteri d'accesso e/o delle istruzioni operative di alcune schede già presentate per l'adulto: Trauma Maggiore e Problemi Specifici Minori.

### Febbre

Per i pazienti di età ≤ 3 anni con riferito aumento della temperatura corporea, sospettata o rilevata dagli accompagnatori. In caso di assente od incerta quantificazione, la temperatura corporea sarà immediatamente misurata dall'operatore di Triage.

La presenza di febbre in età pediatrica può essere espressione di patologie importanti rapidamente ingravescenti, la cui presenza va specificamente sospettata in caso di:

- immunodeficienza congenita od acquisita (in corso di AIDS, malattie oncologiche, terapia steroidea ad alte dosi)
- petecchie e/o porpora diffusa (sepsi meningococcica)
- cefalea intensa (meningite)
- disfonia (1° sintomo in laringiti che possono avere decorso grave in età ≤ 3 anni)

Essa, inoltre, espone al rischio di crisi convulsive, in relazione all'entità della temperatura, all'età ed alla predisposizione individuale del paziente.

In caso di febbre andrà attribuito il **codice colore giallo** nelle seguenti condizioni:

- immunodeficienze congenite o acquisite;
- cefalea, petecchie/porpora, fontanella bombata (primo anno di vita);
- anamnesi positiva per episodi convulsivi associati a febbre;
- segni di disidratazione;
- cellulite periorbitaria (arrossamento ed edema intorno all'occhio).

Sulla base dell'età e della temperatura corporea, a prescindere dai problemi associati, il codice colore andrà assegnato come riportato in tabella:

Mesi	0 - 1	1 - 3	3 - 12	12 - 36
> 40°	giallo	giallo	giallo	verde
> 37,5°	giallo	giallo	verde	bianco
> 37	giallo	verde	bianco	bianco


### Vomito e diarrea

Per i pazienti di età ≤ 3 anni la presenza di vomito e/o diarrea può produrre gravi stati di disidratazione mettendo a rischio la vita del paziente.

In questi casi va attentamente rilevata un'eventuale alterazione delle funzioni vitali; specificamente la presenza di tachicardia, di pianto inconsolabile, di irritabilità e/o sonnolenza possono essere indicativi di shock in atto; peraltro, a prescindere dall'evidenza di questi segni, ogni diarrea in lattante (età ≤ 3 mesi), la diarrea profusa (≥3 scariche/ora), il vomito profuso (≥3 episodi/ora), e/o il rilevamento di segni di disidratazione vanno pure considerati predittivi di shock e configurano un'emergenza medica.

In caso di vomito o diarrea andrà attribuito il **codice colore giallo** nelle seguenti condizioni:



	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	<b>PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE</b>	

1. vomito e/o diarrea in lattante (età ≤ 3 mesi);
2. vomito profuso (≥ 3 episodi/ora);
3. diarrea profusa (≥ 3 scariche/ora);
4. segni di disidratazione (es. tempo di riempimento capillare maggiore di 2 secondi, tachicardia, diuresi ridotta, cute e mucose secche)

### 9.1 COMPETENZE DEL REPARTO DI PEDIATRIA

Il paziente inviato dal Pronto Soccorso verrà accolto nell'ambulatorio pediatrico dall'infermiera di turno che provvederà a ricevere la documentazione sanitaria disponibile e la richiesta di consulenza formulata al Pronto Soccorso. Effettuerà una rivalutazione del paziente e, se ritenuto necessario, formulerà una nuova classificazione del codice di Triage secondo allegato 1.

In particolare: **L'Ambulatorio Pediatrico di Pronto Soccorso** accoglie tutti i bambini dal momento della nascita al giorno precedente il compimento del 15° anno. I pazienti sono inviati dai Servizi di Pronto Soccorso generale, con esclusione dei codici rossi, dei traumi maggiori e di particolari tipologie di codice giallo, situazioni nelle quali il bambino viene trattato presso i locali del Pronto Soccorso e la valutazione pediatrica viene effettuata tramite consulenza specialistica urgente in loco.

Il triage pediatrico è un sistema di valutazione rapida del paziente che accede in ambulatorio di PS la cui centralità è costituita dall'attribuzione di un codice di gravità e priorità attraverso l'applicazione di protocolli standardizzati e condivisi che permettono di garantire ad ogni bambino un appropriato orientamento diagnostico-terapeutico e, nei casi di emergenza, il recupero e la stabilizzazione delle funzioni vitali. L'infermiere accoglie il bambino e stabilisce con i genitori e, se possibile, con il bambino, una comunicazione idonea. La funzione del triage è quella di garantire l'attività di accoglienza in tempi molto brevi fornendo una prima assistenza sanitaria, evitando eventi critici e lunghe attese a bambini in situazioni di potenziale rischio, operando attraverso un processo decisionale ed una redistribuzione del tempo e delle risorse a favore di chi è più "grave".

È **responsabilità dell'infermiere di triage** stabilire il grado di priorità sulla base degli elementi clinici rilevati attraverso l'applicazione di un processo metodologico dinamico/decisionale finalizzato a stabilire la priorità assistenziale.

Dal punto di vista operativo, l'infermiere di triage ritira il foglio di accettazione del P.S. generale ed inizia il processo di accertamento che si articola in quattro fasi principali (vedi allegato 1):

- A) la valutazione "sulla porta"
- B) la raccolta dati
- C) la decisione di triage
- D) la rivalutazione

#### A) La valutazione "sulla porta"


Attraverso la valutazione rapida del paziente o "*first look*", vengono esaminate velocemente le condizioni generali e le funzioni vitali del bambino, allo scopo di individuare tempestivamente eventuali segni di criticità che configurino una condizione di potenziale emergenza, con conseguente necessità di allertamento immediato del personale medico ed infermieristico. Per il riscontro di uno o più segni di criticità si esaminano le funzioni vitali con l'applicazione rapida della regola ABCD:

- **A vie aeree**
- **B funzione respiratoria**
- **C funzione cardiocircolatoria**
- **D funzione neurologica**

Se al "*first look*" non vengono rilevati segni od eventi critici, si prosegue con la successiva fase di raccolta dati.

#### B) La raccolta dati

L'infermiere verifica la negatività dei tamponi rapidi per SARS CoV 2 eseguiti in PS al paziente e genitore che lo accompagna procede alla raccolta dati registrando l'orario e un numero progressivo di accesso, i dati anagrafici e la rilevazione della sintomatologia manifestata dal bambino, documenta gli elementi clinici e **registra i parametri vitali**, i farmaci già somministrati prima dell'arrivo all'ambulatorio e gli eventuali interventi diagnostico assistenziali eseguiti a domicilio. La scheda di triage rappresenta un documento con valenza medico legale in cui si riporta la valutazione e la rilevazione dei parametri eseguita dall'infermiere triagista che deve essere sottoscritta e registrata successivamente nella procedura di accesso informatizzato PS Net.

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

Una nota particolare merita la valutazione del **dolore** del bambino, motivo frequente di accesso al servizio; l'insorgenza e la persistenza del sintomo doloroso è registrata nella sua forma e localizzazione utilizzando l'apposita Scala numerica di valutazione del dolore oppure, in alternativa, la Scala di Bieri, a seconda dell'età del bambino e delle sue capacità comunicative (vedi allegato1).

### C) L'attribuzione del codice triage

In questa fase si determina quale priorità ha il bambino esaminato nei confronti di coloro che sono in attesa. L'assegnazione del codice è lo strumento per comunicare la decisione assunta ai familiari ed al pediatra di turno presso l'Ambulatorio di Pronto Soccorso. La Struttura Operativa dispone di schede di triage sia plastificate che informatizzate, facilmente consultabili a video, estratte dal Manuale del Triage Pediatrico in uso (*Tiziana Zangardi - Liviana Da Dalt: Il triage pediatrico, Editore Piccin 2008*)

Viene poi consegnato ai familiari il foglio informativo dei codici di triage dove viene specificato quello a loro assegnato, con il numero progressivo di accesso per la chiamata alla successiva visita.

**I codici colore assegnati sono: ROSSO, GIALLO, VERDE, BIANCO, il codice ARANCIONE, non è ancora entrato nell'uso corrente del triage pediatrico (vedi pagina 4), ma è in corso attività formativa finalizzata al suo prossimo inserimento**

### D) La rivalutazione

Dopo la fase di valutazione il bimbo viene fatto accomodare in attesa per il tempo che precede la visita medica; comunque è necessario che sia periodicamente rivalutato in base al codice assegnato.

La rivalutazione diventa parte integrante e fondamentale del triage, soprattutto quando si allungano i tempi d'attesa per un aumento degli accessi, è un processo dinamico che si conclude solo nel momento della presa in carico del bambino da parte del medico con la visita stessa.

Al momento della presa in carico il paziente verrà visitato dal medico pediatra in servizio.

Al termine della visita, mediante l'applicativo PSNet verrà compilata la scheda del paziente dove verranno inseriti i dati anamnestici ed obiettivi della visita, verrà segnalata l'eventuale terapia effettuata, se necessario verranno richiesti gli accertamenti ematochimici e strumentali del caso.


Completato l'iter clinico verrà compilato il campo diagnosi e verrà chiusa la cartella di Pronto Soccorso con il relativo provvedimento di dimissione.

In caso contrario il medico specialista potrà effettuare un periodo di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) creando l'apposita scheda di osservazione e gestendo la paziente nel reparto di Pediatria. Durante l'osservazione verranno registrate nell'applicativo PSNet le eventuali terapie somministrate e gli eventuali ulteriori accertamenti praticati.

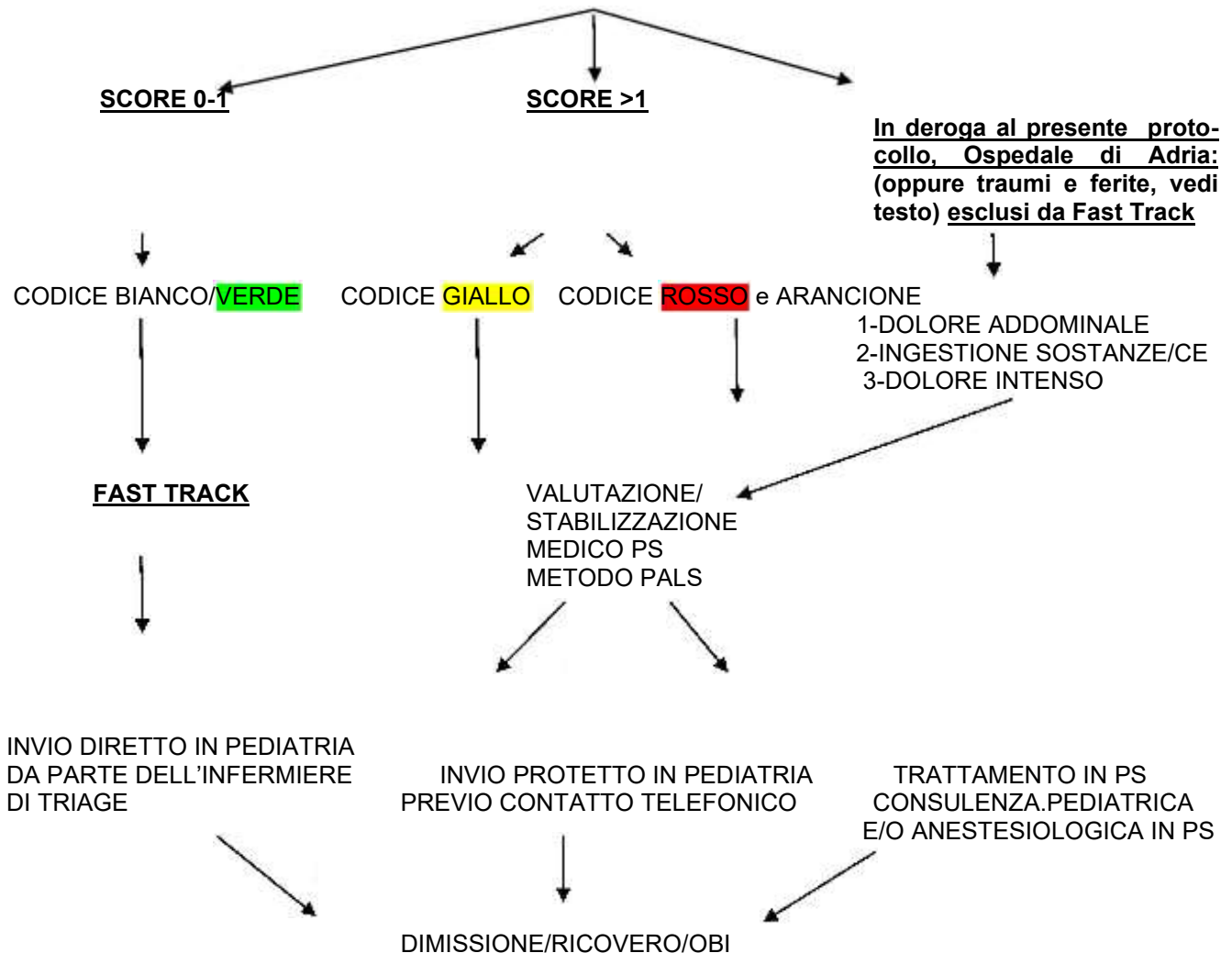
Al termine dell'osservazione il paziente verrà dimesso oppure l'O.B.I. verrà convertita in ricovero ospedaliero con creazione automatica della nosologica di ricovero.

Alla **chiusura del verbale** il medico apporrà, mediante apposita procedura, la firma digitale ed il documento informatico sarà archiviato nell'apposito repository. Il referto della visita viene chiuso attraverso la procedura informatica in uso (PSNet) e consegnata copia cartacea al paziente unitamente all'invito di pagamento nelle situazioni per le quali questo sia dovuto. Nel caso i genitori non abbiano la possibilità di pagamento immediato verranno invitati a saldare il dovuto entro 48 ore. Gli utenti non registrati in anagrafe sanitaria, che non esibiscono documenti sanitari validi o che non fanno parte della Comunità Europea, dovranno pagare le prestazioni mediche e strumentali. Agli utenti indigenti sarà applicata la normativa vigente. Gli utenti che abbandonano il pronto soccorso dopo la visita ma prima della chiusura dell'accesso sono tenuti a pagare le prestazioni erogate. Verranno stampate due copie del verbale una delle quali sarà consegnata alla paziente, assieme ad una copia degli accertamenti effettuati, e l'altra, con la seconda copia degli accertamenti effettuati, sarà conservata nel reparto di Pediatria ed inviata con cadenza mensile all'archivio generale per l'archiviazione definitiva.

Eventuali prescrizioni e/o informazioni inerenti all'applicazione e/o la riscossione del ticket sono di competenza del medico specialista pediatra, secondo i criteri previsti dal Dgr n.1513 del 12 agosto 2014 ed enunciati nella sezione apposita del presente protocollo operativo (paragrafo 4).

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b> <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

**Figura 1: diagramma di flusso - Fast Track Pediatrico**  
 ASSEGNAZIONE SCORE – CODICE COLORE



#### 4.3 Situazioni particolari


Non vengono gestiti mediante Fast Track bambini che si presentino al PS con impegnativa del curante per l'esecuzione di accertamenti ematochimici. In orario di apertura al pubblico del Laboratorio Analisi verranno inviati direttamente al Laboratorio.

## 10 PERSONALE E FORMAZIONE

Una formazione adeguata e continua riduce sensibilmente i rischi di errata attribuzione del codice di priorità, +aumenta i livelli di appropriatezza dell'intervento, nonché la qualità e la sicurezza della prestazione erogata. La formazione sulla metodologia del triage, sia di tipo clinico che relazionale, e l'addestramento continuo del personale, pertanto, debbono rappresentare un impegno primario e costante dell'Azienda Sanitaria.

Nello specifico è necessario prevedere una specifica programmazione dell'addestramento di tutto il personale infermieristico alla metodologia di Triage, in particolare in vista della futura applicazione del codice Arancione anche al triage pediatrico. Tale addestramento deve essere rivolto non solo agli aspetti di tipo specificatamente tecnico-professionale, ma anche a quelli psico-emozionali, al fine di preparare gli operatori alla gestione ed al controllo dello stress lavorativo e relazionale.

Tale approccio metodologico dovrebbe garantire un'efficace comunicazione con gli utenti ed accompagnatori, con particolare attenzione alle situazioni di conflittualità/aggressività, alla multiculturalità ed alla fragilità specifi-

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

ca di alcune categorie di utenti (es. bambini, anziani, pazienti psichiatrici, soggetti in situazioni di emarginazione sociale).

Nel caso di operatori triage neoassunti o assegnati ex novo al Pronto Soccorso, oltre alla formazione prevista dalla normativa vigente, è previsto un opportuno periodo di affiancamento da parte di personale esperto della Struttura Operativa

L'infermiere di Triage presso i PS e le UOC di Pediatria devono essere adeguatamente formati ed addestrati all'applicazione dei protocolli di Triage di Accesso e di Triage Avanzato Pediatrico, secondo le indicazioni della DRGV 1888/2015.

Il Centro di Formazione per le Emergenze Pediatriche **RESPIRO** (Rianimazione E Soccorso Pediatrico Istruttori Rovigo) presso la UOC di Pediatria di Rovigo dispone di istruttori certificati nell'insegnamento della procedura di Triage Pediatrico Avanzato secondo le predette indicazioni regionali. Nelle more di corsi specifici regionali di Triage Pediatrico attualmente non disponibili, il citato centro organizza annualmente corsi di Triage Pediatrico Avanzato per l'addestramento e la formazione di infermieri e medici dell'AULSS 5 Polesana, riconosciuti dalla Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza Pediatrica. È necessario che le singole UOC provvedano come da DGRV 1888/2015 anche a periodi di affiancamento e tutoraggio per gli operatori sanitari individuati.

Dopo il corso di Triage Bifasico (Abilitazione) è previsto un periodo di affiancamento e tutoraggio di almeno 15 gg con un Istruttore di Triage abilitato dopo il corso specifico del CREU. È l'istruttore di Triage che definisce l'idoneità dell'infermiere affiancato.

Gli Istruttore del P.S. di Rovigo sono: Martinello Federica, Gaiazzi Francesca, Trevisan Federico, Franceschetti Matteo, Castellan Jessica.

Gli Istruttori del P.S. di Adria sono: Busatto Michele e Tenani Moreno (attualmente in servizio presso la Med. Preventiva). L'istruttore di Trecenta è Nardon Pierfrancesco.

La funzione di Triage Avanzato è applicata dall'infermiere triagista che ha eseguito il corso di Triage Bifasico ed ha completato l'affiancamento con l'istruttore di Triage.

## 11 PAGAMENTO DEL TICKET

Come da DGRV N° 74 del 4/2/2014 presso le UOC di Pediatria di Rovigo ed Adria verrà chiuso quando indicato l'accesso di PS con l'emissione del relativo verbale e foglio pagamento eventuale ticket.

Le prestazioni di Pronto Soccorso sono soggette al pagamento del ticket sanitario ad eccezione di specifiche condizioni individuate in successive delibere della Giunta Regionale del Veneto.

il ticket di Pronto Soccorso rappresenta una compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria.


La DGR della Regione Veneto n.1513/2014 stabilisce che tutti i codici (verdi e bianchi) di accettazione al Pronto Soccorso devono essere dimessi con codice colore bianco e pertanto assoggettati al pagamento del ticket, ad eccezione di 10 tipologie di pazienti previste all'interno della DGR.

Le eccezioni sono rappresentate dalle seguenti 10 tipologie di utenti che verranno dimessi con codice colore verde:

1. Proposta di ricovero in ospedale;
2. Osservazione Breve Intensiva (> 4 ore);
3. Traumi con frattura, lussazione, (ferita con sutura o colla) distorsione con apparecchio di contenzione;
4. Ustioni di I grado > al 18% o ustioni di maggiore gravità;
5. Presenza di corpo estraneo che richieda estrazione strumentale;
6. Intossicazione acuta, limitatamente ai casi rientranti nelle ipotesi 1 o 2 del presente elenco;
7. Condizioni di rischio legate allo stato di gravidanza;
8. Invio in Pronto Soccorso da parte del Medico di Medicina Generale o di Continuità Assistenziale con esplicita richiesta di ricovero ospedaliero;
9. Vittime di reati del Codice Penale (artt. 571, 572,583-bis, 609-bis, 612-bis)
10. Complicanza di intervento chirurgico entro 30 giorni, se non è possibile l'accesso diretto al reparto.

Tutti i pazienti, con qualsiasi codice di accesso, che autonomamente lasciano il Pronto Soccorso prima della chiusura dell'accesso o che lasciano l'Ospedale senza rientrare in Pronto Soccorso dopo una prestazione specialistica verranno assoggettati al pagamento del Ticket.

Tutti gli accessi classificati come "CODICE BIANCO" alla dimissione sono assoggettati al pagamento della quota fissa per l'accesso e dei ticket sulle prestazioni erogate, con le seguenti esclusioni:

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	<b>PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE</b>	

- Minori di anni 14, limitatamente alla quota fissa di Pronto Soccorso;
- Accessi e prestazioni erogate a pazienti con diritto all'esenzione (Allegato A decreto 161 del 28/06/2011 e sue eventuali successive modificazioni), l'esenzione per patologia solo se per riacutizzazione e/o aggravamento della patologia;
- Accessi per infortunio su lavoro (INAIL);
- Accessi su formale richiesta dell'Autorità Giudiziaria o degli organi di Pubblica Sicurezza;
- Accessi nelle 24 ore successive ad un precedente accesso, purché determinati dalla richiesta del medico di PS, limitatamente alla quota di PS;
- Accessi per stato febbrile superiore 38°C entro 21 giorni dall'arrivo da paesi tropicali (codice di esenzione 5G1).

La certificazione di esenzione ticket per gli aventi diritto va esibita. Si inviteranno i genitori a rivolgersi all'ufficio URP entro le 48 ore successive per esibire la certificazione di esenzione ticket qualora ne fossero sprovvisti.

## 12 DISTRIBUZIONE

Il presente documento è stato elaborato da un gruppo di lavoro formato da professionisti del Pronto Soccorso di Rovigo ed Adria, delle UOC Pediatria di Rovigo e di Adria e della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero di Rovigo.

L'applicazione dell'istruzione di lavoro attiene alla responsabilità di tutto il personale sanitario afferente alle strutture ospedaliere dell'Azienda ULSS 5 Polesana.

La responsabilità della distribuzione del documento e della supervisione rispetto all'applicazione dell'istruzione di lavoro è dei Direttori di Unità Operativa Complessa e dei Coordinatori Infermieristici dei reparti coinvolti, ognuno per le proprie competenze, delle strutture ospedaliere dell'Azienda ULSS 5 Polesana.

La revisione del documento avverrà ogni tre anni.

## 13 ARCHIVIAZIONE E ACCESSIBILITA'


Il presente documento deve essere conservato: presso l'UOC di Pronto Soccorso e le UOC interessate, nei rispettivi ambulatori a disposizione dei medici e infermieri per consultazione ed archiviato nello studio e nel PC del Direttore di UOC in supporto informatico. Il documento deve essere reso disponibile durante le visite di controllo effettuate dalla Direzione Medica, dall'Unità per la Qualità, durante le visite per l'accreditamento o certificazione di qualità. La procedura operativa è disponibile sul sito Intranet Aziendale nell'area "Sistema Qualità". Una copia del presente protocollo sarà archiviata nella Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e copie del protocollo saranno distribuite e rese disponibili al personale in servizio in tutte le Unità Operative coinvolte.

## 14 PARAMETRI DI CONTROLLO

L'adozione degli interventi descritti nel presente protocollo deve avvenire in maniera sistematica da parte di tutto il personale sanitario delle UOC di Pronto Soccorso e delle UOC di Pediatria nel rispetto delle specifiche competenze professionali. I Direttori delle UOC coinvolte controlleranno periodicamente che il proprio personale medico e infermieristico si attenga alle disposizioni contenute nel protocollo, attraverso meccanismi di verifica e l'utilizzo dei seguenti indicatori:

L'azione di monitoraggio verrà effettuata dalla data di emissione del presente protocollo per i 6 mesi successivi; quindi, verranno eseguite periodiche azioni di monitoraggio con cadenza semestrale.

- Riduzione delle attese in Pronto Soccorso per le patologie minori
- Numero eventi avversi collegati al processo
- Valutazione di eventuali errori di codifica al Triage

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

## 15 ALLEGATI

### ALLEGATO 1

– Metodologia per il Triage Pediatrico Avanzato come da DGR n. 1888/2015

#### Triage Pediatrico

E' utile pensare alla valutazione pediatrica in modo standardizzato. La procedura si basa sull'algoritmo universale di valutazione pediatrica del PALS (Pediatric Advanced Life Support) che prevede in sequenza:

**1. ABC: valutazione rapida del bambino (first look, "sulla porta"):** è ispettiva, necessario scoprire il capo, parte superiore del torace

- A: e sveglia, guarda, reagisce, e interattivo, e consolabile?
- B: ha rumori respiratori, alitamento delle pinne nasali, retrazioni inspiratorie sopraclaveari o al torace, movimenti respiratori anormali?
- C: la pelle e fredda, pallida, sudata? Presenta petecchie? Il tempo di riempimento capillare e normale?

Presenza di criteri di instabilità Fisiologica (vedi parametri vitali da monitoraggio): **EMERGENZA** (codifica **ROSSO**)

Assenza: procedi con i punti successivi

*NOTA: anche se questo step ABC corrisponde alla valutazione ispettiva del triage d'accesso, soprattutto nelle prime fasce di età, deve essere ripetuto nel Triage Avanzato attraverso una più approfondita valutazione toccando e dedicando alcune decine di secondi per osservare dettagliatamente ogni componente delle tre dimensioni.*

#### 2. Parametri Vitali al Triage Avanzato

- la misurazione della frequenza respiratoria (FR) può essere sostituita da un'accurata valutazione di B nella fase precedente;
- è opportuna la misurazione della frequenza cardiaca (FC) e della saturazione (SO<sub>2</sub>) in tutti i bambini che presentino motivi maggiori in fase di accesso, è suggerita nei casi in cui vi sia dubbio;
- la misurazione della pressione arteriosa (PA) non aggiunge significative informazioni per la riserva fisiologica del bambino che presenta scompenso pressorio solo nelle fasi più avanzate con segni generalmente evidenti all'ispezione.

#### 3. Febbre

- va valutata con particolare attenzione in particolare in relazione ai segni di circolo (C del primo step)

#### 4. Dolore

va valutato in relazione alla reattività del bambino (A del primo step); e quindi opportuno utilizzare una scala specifica per la fascia di età:


- NRS (Numerical Rating Scale) per i bambini di età 8-10 anni
- Wong-Baker per bambini di età 3-8aa
- FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) per i bambini di età <3aa

Le scale validate del dolore pediatrico devono essere disponibili ed utilizzate correttamente e costantemente dall'infermiere addetto al triage.

*NOTA: E' opportuno che ogni unità operativa si doti di una procedura di analgo-sedazione pediatrica localmente contestualizzata.*

Riferimento bibliografico: *Il dolore nel bambino, Ministero della Salute*  
([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1256\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1256_allegato.pdf))

**5. Esantemi:** la presenza di esantemi prevede obbligatoriamente l'esecuzione degli step 1 e 2.

	<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>  <b>FAST TRACK PEDIATRICO DA PRONTO SOCCORSO IN AULSS5 POLESANA</b>	<b>PSRO-PO-AZ-45</b>  Rev. 02 Data 11/01/2022
	PROCEDUTA OPERATIVA AZIENDALE	

**Primo Anno di vita (0 – 12 mesi):**

Il bambino molto piccolo, neonato e di età inferiore all'anno, è difficile da valutare; spesso le percezioni dell'operatore sanitario sono distorte e la valutazione seppur accurata è difficoltosa. In particolare per questa fascia di età è necessario prestare molta attenzione a quello che affermano i genitori e non ritenere che siano "solo preoccupati". Più che in qualsiasi altra età, il bambino va spogliato per essere valutato e fondamentale è la valutazione del primo step.

Per qualsiasi problema medico e traumatologico per cui il lattante (0 - 12mesi) giunga in Pronto Soccorso è opportuna la valutazione del pediatra prima della dimissione.

**Score:**

Vi sono vari score utilizzati nei sistemi di Triage Pediatrico. Può essere utile uno score per identificare i casi a basso rischio e bassa sofferenza da inviare al percorso breve.

Di seguito sono suggeriti lo score *Pediatric Early Warning Score* modificato ed i limiti parametrici.

Modified Paediatric Early Warning Score - M_Pews			
Valuta	0	1	punteggio
Coscienza	E' reattivo, accetta il gioco Dorme e respira tranquillo (1)	Irritato ma consolabile	
Respiro	Apparentemente normale No retrazioni SO <sub>2</sub> 98-100%	Tachipnoico SO <sub>2</sub> 94-97%	
Circolo	Cute normale Tempo di Refill 1-2sec	Pallido Refill ≥3sec	
<b>TOTALE</b>	<b>FAST TRACK INDICATO se ≤1 - NON INDICATO (codifica GIALLO) se &gt;1</b>		

(1): se il bimbo dorme va valutato per un periodo di tempo più lungo.

Limite parametro/età per codice GIALLO			
Età	FC	FR	SO <sub>2</sub>
<3mesi	>180	>50	<94%
3mesi – 3 anni	>160	>40	
3 – 8 anni	>140	>30	
> 8anni	>100	>20	

**Esito del Triage APE**

**Nessun riscontro** di alterazioni fisio-patologiche al termine del percorso 1-2-3-4-5:

- invio allo specialista.

Evidenza di **qualsiasi alterazione** durante il percorso:

- immediata o rapida Valutazione Medica di PS prima della valutazione specialistica.

Il percorso completo viene di seguito presentato nella "Scheda APE"