

INDICE

<i>INTRODUZIONE</i>	1
<i>1 INTRODUZIONE ALLO STUDIO</i>	4
1.1 Il sovraffollamento e i problemi del Pronto Soccorso	4
1.2 Pronto Soccorso: come si accede, il Triage e i Codice Colore	7
1.2.1 Come si accede	7
1.2.2 Il Triage	7
1.2.3 I codici colore	8
1.3 Definizione di emergenza e urgenza	9
1.4 Definizione di accesso non urgente	9
1.5 Il Fast Track in letteratura	10
1.6 Il fast track in Italia	12
1.7 Rilevanza della professione infermieristica	13
<i>3 MATERIALI E METODI</i>	15
3.1. Disegno di studio	15
3.2 Criteri di inclusione	15
3.3 Criteri di esclusione	15
3.4 Procedura di studio	16
3.5 Autorizzazione e Considerazioni etiche	16
3.6 Limiti	16
<i>4 SETTING</i>	17
5.1 Totale accessi	20
5.2 ANALISI FAST TRACK NELLO S.O. “MADONNA DEL SOCCORSO”	24
5.3 ANALISI FAST TRACK NELLO S.O. “C.&G. MAZZONI”	29
<i>6 DISCUSSIONE</i>	34
<i>7 CONCLUSIONI</i>	35
<i>Bibliografia</i>	36
ALLEGATI	38

ABSTRACT

Introduzione

Con il termine triage si intende "il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento". (Intesa stato Regioni, 1996) All'interno delle U.O. di pronto soccorso è possibile utilizzare diversi modelli organizzativi rivolti a migliorare l'assistenza, uno di questi è sicuramente il Fast Track. Il Fast Track è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. Anche per questo percorso l'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e di protocolli validati localmente che, in presenza di un quadro di patologia minore con chiara pertinenza mono-specialistica, consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente. (Ministero della Salute, 2019) Con questo Modello organizzativo si può vedere un chiaro miglioramento dal punto di vista assistenziale e di tempo di attesa.

Scopo

Verificare l'efficacia dell'introduzione dei vari percorsi aggiunti nel primo quadrimestre del 2024 con il confronto sul totale degli accessi eseguiti nello stesso periodo del 2023, visionando il reale impatto dei fast track sul totale degli accessi.

Dimostrare che l'utilizzo dei fast track permette una riduzione del sovraffollamento all'interno delle unità operative con un sufficiente numero di pazienti arruolati nel percorso sul totale di accessi e sui codici di priorità minore (codice verde).

Obiettivo generale dello studio: raggruppare i dati in base a età e genere, raccogliere dati inerenti alla gestione infermieristica dei pazienti arruolabili nel percorso fast-track nell'U.O.C. Pronto Soccorso dei due Stabilimenti Ospedalieri dell'Ast di Ascoli Piceno

Obiettivo specifico dello studio:

Rilevare le differenze di applicazione dei percorsi fast track nei due Stabilimenti Ospedalieri "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno

Materiali e Metodi

Lo studio osservazionale longitudinale viene condotto attraverso l'analisi dei dati estratti dalle cartelle cliniche dell'Unità Operativa Pronto Soccorso

Criteri di inclusione

- Pazienti che si sottopongono a Triage Ospedale "Mazzoni"
- Pazienti che si sottopongono a Triage Ospedale "Madonna del Soccorso"
- Pazienti che accedono al percorso Fast Track Ospedale "Mazzoni"
- Pazienti che accedono al percorso Fast Track Ospedale "Madonna del soccorso"

Criteri di esclusione

- Pazienti che non usufruiscono dell'Unità Operativa "Pronto Soccorso"

Procedura di studio e Analisi dei dati

Raccolta ed analisi dei dati presenti nell'archivio informatico del S.I.A ed elaborazione delle variabili pertinenti allo studio, tramite utilizzo di foglio di calcolo Excel gestito dal software Microsoft 365®.

Autorizzazione e Considerazioni etiche

La raccolta dati verrà realizzata in aderenza alla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (decreto Ministero della Sanità 14 luglio 1997), nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Regolamento Europeo UE n. 679/2016; D. Lgs. n. 196/2003, così come adeguato dal D. Lgs. n. 101/2018). I dati raccolti dalla presente indagine, saranno trattati nel rispetto della riservatezza dei dati personali e gli utenti arruolati nella survey non saranno esposti a nessun rischio.

Timing

L'analisi dei dati verrà effettuata nel periodo compreso tra il mese di aprile 2024 e settembre 2024.

Limiti

La ricerca viene valutata esclusivamente nell'unico quadrimestre disponibile in quanto l'introduzione del modello organizzativo all'interno del U.O. è recente. Per questo si

dispone di un numero di dati limitati sufficiente esclusivamente a delineare un andamento dell'efficacia del suddetto modello e non per un intero anno.

Risultati e Conclusioni

Lo studio osservazionale, attraverso l'analisi dei dati, oltre a correlare i precedenti studi, mostrerà il numero di pazienti arruolati nel percorso Fast Track con le relative differenze tra le diverse branche specialistiche. Il presente studio mostrerà anche il cambiamento e una migliore assistenza e utilizzo delle risorse all'interno del U.O. del pronto soccorso dell'Ast di Ascoli Piceno nel confronto con l'anno precedente.

INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso rappresenta tra le strutture più critiche all'interno del Sistema Sanitario, essendo il primo punto di contatto per i pazienti che necessitano di cure immediate. Per accedere all'Unità Operativa del Pronto Soccorso occorre ricevere un codice di priorità attraverso il Triage, che rappresenta "il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento". (Intesa stato Regioni, 1996)

I pazienti, a cui il personale addetto all'attività di triage ha attribuito un codice di priorità di accesso sottostimato rispetto alla condizione clinica e al rischio evolutivo, possono andare incontro a morte o subire un danno severo a causa del mancato o ritardato intervento medico, ovvero dell'invio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato. (Ministero della Salute, 2013)

Negli ultimi decenni il fenomeno del sovraffollamento dei Pronto Soccorsi ha rappresentato un problema crescente a livello globale, contribuendo a una sequenza di eventi che ha determinato un significativo aumento del rischio clinico, che talvolta può causare la diminuzione della qualità dell'assistenza sanitaria offerta ed un'errata attribuzione del codice di priorità, a fronte dell'elevato carico di lavoro e della difficile gestione di un ampio numero di pazienti da parte di pochi operatori sanitari. Le circostanze precedentemente indicate hanno spinto un gran numero di professionisti sanitari ad abbandonare le Unità Operative di Pronto Soccorso italiane come conseguenza dello stress costante al quale sono sottoposti.

Per affrontare queste problematiche i Dipartimenti Ospedalieri hanno adottato una serie strategie per migliorare il flusso di pazienti e di conseguenza diminuire l'impegno lavorativo. Tra queste sono inclusi i percorsi Fast Track.

Il Fast Track è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. (Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, 2023) Anche per questo percorso l'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e di protocolli validati localmente che, in presenza di un quadro di patologia minore con chiara pertinenza mono-specialistica, consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente che si sono

dimostrati particolarmente efficaci in altri Stati, come ad esempio nel sistema sanitario anglosassone o americano. (Ministero della Salute, 2012)

I Fast Track, o percorsi veloci, utilizzano protocolli progettati per accelerare la gestione dei pazienti in condizioni non critiche, indirizzandoli verso percorsi di cura più rapidi e specifici, e per ridurre i tempi di attesa per i pazienti meno gravi con lo scopo di liberare personale sanitario e risorse necessari per la gestione dei casi più urgenti e complessi.

Nell'Ast della provincia di Ascoli Piceno sono stati creati percorsi Fast-Track a indirizzo Ortopedico, Otorino, Oculistico, Ginecologico/Ostetrico, Geriatrico e Pediatrico, attuati nell'Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "Mazzoni" di Ascoli Piceno. Lo scopo di tali protocolli consiste nell'inviare direttamente i pazienti all'iter diagnostico specialistico senza che debba essere svolta la visita ambulatoriale da parte del medico di Pronto Soccorso, diminuendo il numero di pazienti da gestire e abbattendo i tempi d'attesa di queste Unità Operative.

Nonostante i benefici documentati, l'applicazione dei Fast Track non è priva di sfide in quanto la progettazione e l'introduzione di tali percorsi richiedono un'accurata pianificazione e una stretta collaborazione tra i vari attori del Sistema Sanitario. È essenziale garantire che il personale medico e infermieristico ricevano una formazione adeguata e che siano stabiliti criteri chiari per l'identificazione dei pazienti idonei all'arruolamento nei percorsi Fast Track. (Servizio Sanitario Toscana, 2017) Inoltre, è necessario monitorare continuamente l'efficacia dei percorsi implementati, apportando eventuali modifiche basate sui dati raccolti e sulle evidenze empiriche.

Il presente studio sperimentale si propone di esaminare la variazione negli accessi presso l'Unità Operativa Comprensiva Pronto Soccorso dell'Ast dopo l'introduzione dei percorsi Fast Track: verrà valutata l'efficacia dei nuovi percorsi specialistici introdotti nel primo quadrimestre del 2024, confrontando i dati sugli accessi con quelli relativi allo stesso periodo del 2023 dove non erano presenti i suddetti. L'obiettivo primario sarà quello di valutare se l'inserimento dei Fast Track specialistici ha determinato una riduzione dei pazienti che necessitano di assistenza minore all'interno dei Pronto Soccorsi e di conseguenza un miglioramento della gestione del sovraccarico di queste Unità Operative con un incremento della qualità delle cure fornite.

Attraverso un'analisi dettagliata dei dati raccolti e il confronto con quelli dell'anno precedente verrà fornita una panoramica completa sull'impatto dei percorsi Fast Track nel

contesto specifico dell'Unità Operative di Pronto Soccorso dell'Ast Ascoli Piceno, i risultati ottenuti potranno descrivere indicazioni preziose sui percorsi più utilizzati e su quelli che invece necessitano di significativi miglioramenti.

1 INTRODUZIONE ALLO STUDIO

1.1 Il sovraffollamento e i problemi del Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso è un reparto operativo dell'ospedale e rappresenta il primo punto di accesso per chi ha bisogno di assistenza immediata. Le prestazioni vengono erogate in base all'urgenza e alla gravità delle condizioni di ogni paziente e non rispetto all'ordine di arrivo. Nelle Unità Operative di Primo Soccorso vengono fornite le prime cure e gestite le emergenze mediche critiche e, qualora fosse necessario, si può procedere con un breve periodo di osservazione o con il ricovero nel reparto specialistico adeguato.

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso rappresenta un problema largamente diffuso e determina un impatto negativo significativo che si ripercuote sull'intero Sistema Sanitario, e la cui recente pandemia da COVID-19 ha contribuito ad accentuarne le criticità.

Il Ministero della Salute definisce il sovraffollamento come “la situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili logistiche, strumentali e professionali” (Ministero della Salute, 2019). L'iperafflusso dovuto al numero di pazienti in attesa di visita o di trasferimento o in fase di diagnosi e trattamento è maggiore della disponibilità di risorse sanitarie e di personale specializzato che presta servizio nelle Strutture Ospedaliere di Primo Soccorso. (Australasian College for Emergency, 2019) In definitiva, si sviluppa uno squilibrio tra la crescente richiesta di cure sanitarie, spesso improprie, e la mancanza di un adeguato asset sanitario che complica e ritarda la gestione dei pazienti.

Per comprendere meglio questo fenomeno è opportuno esaminare i determinanti alla base del suo sviluppo, che possono essere riassunti secondo il modello *input-throughput-output*. Questo dipende principalmente da tre fattori: il volume dei pazienti in arrivo (input), i tempi di gestione e di trattamento (throughput) e il volume dei pazienti che lasciano il Pronto Soccorso (output). (Savioli, 2022)

- I fattori in ingresso, *input*, rappresentano quelli che determinano un aumento degli accessi al Pronto Soccorso e comprendono il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento dei pazienti complessi, l'accesso improprio di pazienti meritevoli di trattamento ambulatoriale per patologie croniche o inadeguate prestazioni dell'assistenza sanitaria.

- I fattori di produttività intrinseci ai Dipartimenti Emergenza, *throughput*, sono quelli che influenzano il tempo che intercorre tra il triage e la fine dell'iter in Pronto Soccorso. Sono rappresentati dal tempo di attesa della visita, dalla necessità di visite specialistiche, di indagini diagnostiche e strumentali, dal trattamento e dalla dimissione o dall'eventuale trasferimento o ricovero in un reparto specialistico. I tempi di degenza prolungati sono correlati anche alla disponibilità del personale ospedaliero e all'efficienza delle strutture sanitarie. È essenziale che la richiesta di assistenza e la capacità delle risorse sanitarie siano bilanciate per garantire un flusso regolare dei pazienti all'interno del Pronto Soccorso.
- I fattori in uscita, *output*, sono dati dalla capacità di gestione dei pazienti da ricoverare nei reparti specialistici o da trasferire presso altre strutture. Quando, per mancanza di disponibilità, i pazienti non riescono ad accedere a un posto letto in tempi adeguati, si può verificare il fenomeno dell'*exit block* che determina uno stallo dei pazienti in Pronto Soccorso con conseguente impatto negativo non solo sui quadri clinici a basso rischio ma anche in quelli che necessitano di interventi immediati, che potrebbero decidere di lasciare la struttura sanitaria senza sottoporsi a una visita medica, con potenziale esito sfavorevole. La mancanza di posti letto liberi che porta a trattenere i pazienti all'interno del reparto di Pronto Soccorso dà luogo al *boarding* che dipende direttamente dal fenomeno sopra descritto.

Di seguito, una tabella che illustra nel dettaglio i vari fattori che contribuiscono al sovraffollamento.

Fattori	Cause
Input <i>dovuto al volume di pazienti in arrivo e in attesa di essere visitati</i>	Presentazioni con esigenze di cura più urgenti e complesse • Emergenze
	Aumento delle presentazioni da parte degli anziani
	Elevato volume di presentazioni a bassa acuità (LAP)
Capacità di elaborazione <i>dovuta al tempo di elaborazione e/o trattamento dei pazienti</i>	Accesso alle cure primarie • I poveri e gli individui senza assicurazione che non hanno accesso alle cure primarie
	Accesso limitato ai servizi diagnostici nella comunità • Malfunzionamento dei servizi sanitari nella comunità
	Uso improprio dei servizi di emergenza • Visite non necessarie • Pazienti "frequent flyer" • Visite non urgenti
	• La maggior parte degli accessi al pronto soccorso è il risultato di un processo di auto-invio
	Il numero di accompagnatori che accompagnano un paziente
Produzione <i>dovuta al volume di pazienti che lasciano il pronto soccorso</i>	Carenza di personale infermieristico al pronto soccorso Bassi livelli di personale e risorse
	Presenza di personale medico junior in PS
	Ritardi nella ricezione dei risultati dei test e decisioni tardive sulle disposizioni
	Numero di esami (analisi del sangue e analisi delle urine) da effettuare per paziente
	Tempo di consultazione troppo lungo
Altri	Grado di gravità del paziente
	Disponibilità di posti letto (sia in PS che in ospedale)
	Imbarco
	Blocco di uscita
	Mancanza di posti letto disponibili negli ospedali
	Pianificazione inefficiente delle dimissioni dei pazienti
	Un aumento delle chiusure di un numero significativo di pronto soccorso
	Periodo dell'anno • Stagione influenzale • Malattia stagionale
	Fine settimana, periodi di vacanza
	COVID 19

Tabella 1. Le principali cause dell'overcrowling ossia del sovraffollamento dei Pronto Soccorsi. (Martina Sartini, 2022)

Tra le cause di un eccessivo accesso ai Pronto Soccorsi vanno considerate anche:

- la difficoltà di accesso alle strutture di cura primaria,
- i tempi di attesa troppo lunghi per prestazioni specialistiche ambulatoriali ed esami diagnostici,
- i crescenti bisogni di salute legati all'invecchiamento della popolazione,
- la speranza di ottenere una diagnosi in tempi brevi e a basso costo,
- la non urgenza di gran parte dei pazienti che accedono alle strutture di primo soccorso,
- la concezione da parte dei cittadini di un modello di salute centrato sull'ospedale invece che sulle strutture del territorio.

1.2 Pronto Soccorso: come si accede, il Triage e i Codice Colore

1.2.1 Come si accede

Alle strutture di Primo Soccorso si può accedere in due differenti modi: attraverso il territorio tramite il servizio di emergenza-urgenza mediante il numero unico europeo 112 (Comunità Economica Europea 91/396, 1991) oppure attraverso l'ingresso nel triage ospedaliero tramite accesso volontario con mezzi propri.

1.2.2 Il Triage

All'arrivo al Pronto Soccorso, il cittadino riceve una valutazione immediata del livello di urgenza da parte di infermieri specificatamente qualificati e tramite l'attribuzione del codice colore viene stabilita la priorità di accesso alle cure, in base alla gravità del caso e indipendentemente dall'ordine di arrivo in ospedale. Tale metodica è denominata "Triage" ed è finalizzata ad abbattere i tempi di attesa dei casi urgenti che necessitano di un intervento tempestivo al fine di aumentare le loro chances di sopravvivenza. (Age.na.s., 2016)

In conformità con i criteri definiti dal Ministero della Sanità, in molte realtà italiane il protocollo di assegnazione del codice di gravità adottato è rappresentato dai codici colore in quanto pratici, immediati, visivamente efficaci e ben comprensibili. (Ministero della Salute, 2019).

Nella valutazione di Triage, oltre ai sintomi e al possibile rischio evolutivo del quadro clinico, vengono considerati ulteriori fattori che condizionano il livello di priorità e l'assistenza adeguata da fornire per una corretta presa in carico del paziente, quali il dolore, l'età, le eventuali disabilità, le condizioni organizzative del presidio. Per tali motivi è opportuno che la gestione della lista di attesa sia affidata all'infermiere incaricato del Triage.

Il processo del triage si divide in quattro fasi.

1. *Fase della valutazione immediata o valutazione sulla porta*: consiste nel "quick look" al paziente, ovvero un'osservazione rapida e globale delle condizioni del paziente per individuare quei soggetti che necessitano di intervento immediato. L'infermiere si avvale inoltre della *valutazione ABCDE* (*A*: *airways* - vie aeree, *B*: *breathing* - funzione respiratoria, *C*: *circulation* - funzione circolatoria, *D*: *disability* – disfunzioni neurologiche, *E*: *exposure* – esposizione del corpo).

2. *Fase della valutazione oggettiva e soggettiva:* l'infermiere raccoglie le informazioni essenziali mediante l'intervista, la valutazione dei parametri vitali, l'utilizzo di scale di valutazione; si può avvalere ulteriormente dell'anamnesi riferita dal familiare.
3. *Fase della decisione di triage:* l'infermiere triagista assegna un codice di priorità in base ai dati raccolti, al possibile rischio evolutivo e alle caratteristiche proprie del paziente.
4. *Fase della rivalutazione:* consiste nella modifica o nella conferma del codice assegnato sulla base di una rivalutazione eseguita dopo un periodo di tempo stabilito dalle Linee Guida.

(Ministero della Salute, 2019)

1.2.3 I codici colore

Nel modello proposto si adotta un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori che vanno da 1 a 5, dove 1 indica il massimo livello di gravità e 5 il grado minore. Le Regioni possono associare al codice numerico anche il codice colore, secondo quanto riportato nella *Tabella 2*.

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

Tabella 2. Modalità di valutazione del paziente in Triage. (Ministero della Salute, 2019)

1.3 Definizione di emergenza e urgenza

Per definire l'emergenza (come per la gravità), è indispensabile introdurre il concetto di *esito* che, in ambito sanitario, si riferisce alle modificazioni delle condizioni di salute di un paziente come conseguenza di un intervento sanitario, come un trattamento o un'operazione chirurgica.

Quando l'esito compromette i parametri vitali pregiudicando la sopravvivenza del paziente, se sono necessari interventi immediati per garantirla si contestualizza una condizione di *emergenza*; quando, invece, occorre un intervento pronto ma non immediato, e quindi dilazionabile nel tempo, si tratta di un'*urgenza*. La distinzione delle due condizioni, dunque, risiede nella rapidità in cui bisogna intervenire.

Per riconoscere in modo appropriato una condizione di emergenza-urgenza è essenziale avere un indizio di diagnosi o, almeno, una o più ipotesi diagnostiche attendibili. Anche per i non addetti ai lavori, è possibile fare una distinzione sommaria fra situazioni urgenti e non urgenti: tra i criteri da tenere in considerazione figurano la sofferenza del paziente e la presenza di lesioni evidenti (perdita di coscienza, amputazioni, grandi emorragie, ...); tuttavia, un'urgenza (così come una situazione di gravità) possono non manifestarsi con queste caratteristiche.

Tra i segni indicativi di emergenza-urgenza, si annoverano:

- perdita di coscienza,
- evidenti emorragie,
- impossibilità di respirare,
- lesioni evidenti di organi vitali e nobili (es. occhi),
- impossibilità di urinare con vescica piena,
- crisi convulsiva,
- forte dolore al torace accompagnato da sudorazione e/o perdita di coscienza,
- dolore molto intenso (soprattutto se non scompare immediatamente),
- folgorazione, qualora il soggetto non si riprenda prontamente,
- soffocamento per inalazione di un corpo estraneo.

1.4 Definizione di accesso non urgente

Il Pronto Soccorso ospedaliero è la struttura che garantisce esclusivamente il trattamento delle emergenze-urgenze, ovvero di quelle condizioni patologiche, spontanee o

traumatiche, che necessitano di immediati interventi diagnostici e terapeutici. (Ministero Della Salute, 2022)

Gli accessi non urgenti in Pronto Soccorso, anche detti *accessi impropri*, possono essere definiti come quegli accessi che avrebbero dovuto aver luogo, in modalità più appropriata, in strutture di cure primarie invece che nei centri di emergenza. In genere si tratta di pazienti che presentano sintomi acuti o cronici non allarmanti (nessuna criticità in atto né instabilità di funzioni vitali che possa condizionare la prognosi a breve termine), oppure di pazienti che non lamentano sintomi attivi ma che necessitano di visite mediche pur non avvertendo nessuna urgenza, o, ancora, di pazienti che si rivolgono a un'area di emergenza per l'attività prescrittiva o certificativa. (Federazione Italiana ordine dei medici, 2018)

1.5 Il Fast Track in letteratura

Il *Fast Track* è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono-specialistica (oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quali nella fase di Triage è stato attribuito un codice di priorità basso. Anche per questo percorso l'attivazione parte dal Triage ed è condotta sulla base di specifiche Linee Guida e di protocolli validati a livello locale che, in presenza di un quadro patologico non grave di chiara pertinenza mono-specialistica, consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente.

In realtà è più corretto parlare di *Fast Track Area (FTA)* in quanto i modelli organizzativi americani, canadesi e anglosassoni, sono stati sviluppati prevedendo una piastra ambulatoriale direttamente dipendente dall'Emergency Department (ED) in cui vengono smistati gli accessi considerati non urgenti e di inequivocabile competenza specialistica in fase di triage. (Zimmerman, 2006)

Il Fast Track nasce negli Stati Uniti e in Canada negli anni '90 come strategia organizzativa per cercare di contrastare il fenomeno di *overcrowling* negli *Emergency Department* che in quegli anni stava creando serie problematiche al sistema sanitario nordamericano.

Secondo lo studio canadese del Canadian Triage of Acuity Scale (CTAS), la maggioranza degli accessi al Triage corrispondevano a quadri non urgenti identificati mediante i codici 4 e 5 che prevedono una priorità di accesso rispettivamente di 60 e 120 minuti, corrispettivi dei codici verde e bianco secondo il sistema di triage italiano. (Yoon, 2003)

Questo scenario spinse gli Emergency Department a ricercare nuovi modelli organizzativi per sopperire all'alto afflusso di codici con bassa priorità. L'organizzazione delle Fast Track Area si basa sul fatto che con la prima valutazione eseguita al Triage e la codifica della priorità di intervento, si esegua anche un'analisi dei principali sintomi mostrati dal paziente, con la possibilità di identificare precocemente un'eventuale componente specialistica. (Pearsons, 2009) Nel caso in cui venisse individuata, il paziente viene indirizzato direttamente all'ambulatorio specialistico di competenza senza dover eseguire la visita con il medico di Pronto Soccorso.

Lo scopo del Fast Track, quindi, è quello di diminuire gli accessi all'ambulatorio di urgenza degli Emergency Departments con conseguente riduzione dei tempi di attesa e del carico di lavoro per il personale del Pronto Soccorso. Inoltre, l'esecuzione diretta della prestazione specialistica assicura una maggior probabilità di una corretta diagnosi in tempi brevi. (Pearsons, 2009)

Oggi, le Fast Track Area rappresentano una realtà ormai diffusa negli Emergency Departments statunitensi e di largo impiego anche in Canada, Inghilterra e Australia. Da un'analisi in letteratura è emerso che i modelli organizzativi maggiormente applicati sono due: il primo prevalentemente in uso in Canada e negli U.S.A.; mentre il secondo, anglosassone, nel quale l'infermiere ha un ruolo molto più di rilievo.

Il modello americano prevede una piastra ambulatoriale per le diverse specialità, situata solitamente nelle vicinanze del Pronto Soccorso, alle dipendenze dell'Emergency Department. Si basa sul concetto *see and treat*: gli ambulatori vengono gestiti da un medico specialista a capo di uno staff infermieristico, sono dotati di posti letto e spesso hanno l'attrezzatura medico-diagnostica necessaria in loco. I protocolli adottati mirano a risolvere i bisogni assistenziali dell'utente durante la permanenza in Pronto Soccorso. Ambulatori di pediatria, ortopedia e ginecologia-ostetricia sono una presenza costante negli Emergency Departments americani e canadesi, con l'intento di gestire la risoluzione di quadri clinici specialistici di bassa priorità. (Zimmerman, 2006) Questo modello è definito *verticale*, in quanto il paziente rimane in Pronto Soccorso dove viene sottoposto all'iter diagnostico-terapeutico e al cui termine viene fornita una diagnosi. (Yoon, 2003)

Il modello anglosassone, al pari di quello americano, prevede una piastra ambulatoriale sempre alle dipendenze dell'Emergency Departments. Ciò che differenzia i due modelli organizzativi è la suddivisione degli ambulatori: dove il modello americano presenta una

compartimentazione evidentemente medico-specialistica con posti letto ambulatoriali, il modello inglese suddivide gli ambulatori secondo protocolli di prestazione gestiti esclusivamente da personale infermieristico. La presenza di infermieri appositamente formati ha permesso la costituzione di team con leadership infermieristica che, attraverso l'esecuzione di specifici protocolli, attua le prestazioni adeguate in autonomia valutando in itinere se è necessario il coinvolgimento del personale medico. In questo caso, il modello viene definito *orizzontale* in quanto prevede che il paziente si sposti nell'ambulatorio adeguato alle esigenze. (Brown et al., 2013)

1.6 Il fast track in Italia

Le motivazioni che hanno portato alla necessità di applicare un modello di Fast Track in Italia sono le stesse già descritte in precedenza: l'alto numero di accessi con basso codice di priorità e l'esigenza di misure organizzative per mantenere la qualità e l'efficienza del servizio, anche di fronte ad una disparità fra richiesta e risorse disponibili. Tuttavia, si osserva un'evoluzione diversa dei protocolli operativi italiani rispetto a quelli proposti nel resto mondo.

In Italia, si è preferito semplificare le procedure e i protocolli già esistenti eliminando i passaggi ritenuti superflui: una volta individuata una chiara componente specialistica durante la prima valutazione al Triage, si procede alla richiesta immediata della consulenza specialistica competente e all'erogazione della prestazione adeguata. In tal modo si elimina la prima visita in Pronto Soccorso, con conseguente riduzione dei tempi di attesa e ottimizzazione della qualità delle cure somministrate. (SIMEU, 2016)

In accordo al Bollettino Ufficiale Regionale della Regione Veneto del 2014: “Devono essere predisposti protocolli o procedure che prevedano l'invio diretto allo specialista, senza la visita preliminare da parte del medico di PS, per i quadri clinici di chiara competenza mono-specialistica”. (Regione Veneto, 2014)

Il sistema italiano si pone quindi a metà fra il modello americano e anglosassone. I protocolli italiani, adattati ai modelli organizzativi già esistenti, mirano a velocizzare i passaggi mediante l'accesso diretto agli esami diagnostici o alla visita specialistica fornendo al medico le informazioni necessarie per formulare una diagnosi in tempi rapidi e intervenire dal punto di vista terapeutico.

In Italia i protocolli completi di Fast Track sono stati implementati solo di recente, in quanto è altrettanto recente la normativa che ne delibera l'uso sperimentale. Sono tutt'ora

in corso sperimentazioni che ne testano l'utilizzo nelle Unità Operative dei Dipartimenti di Emergenza e Urgenza di tutto il paese.

1.7 Rilevanza della professione infermieristica

Con il DM 739 del 1994 venne istituito il profilo professionale dell'infermiere, definito come *l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante alla professione di infermiere, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa*. Con questo decreto l'infermiere acquisisce il titolo di operatore sanitario e ottiene il riconoscimento giuridico come responsabile dell'assistenza infermieristica.

All'articolo 5 viene definita anche la figura dell'infermiere di area critica: viene riportato che "la formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica, quale infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria, come infermiere pediatrico;
- c) salute mentale-psichiatria, quale infermiere psichiatrico;
- d) geriatri, quale infermiere geriatrico;
- e) area critica, come infermiere di "area critica". (D.M. 739/1994)

In seguito, con la seconda riforma sanitaria (L. 42/1999) viene ampliata l'autonomia professionale e la responsabilità dell'infermiere con il passaggio da *infermiere professionale*, che eroga prestazioni sottoforma di compiti e mansioni, a *infermiere professionista*, che eroga prestazioni autonome. Inoltre, viene abolito il mansionario.

Un ulteriore passo avanti venne fatto con la Legge n. 251 del 2000 che sancisce l'agire e l'autonomia professionale dell'infermiere che è responsabile, nella propria area di competenza, della pianificazione per obiettivi; inoltre consente l'accesso alla Laurea di Secondo livello in Scienze Infermieristiche e Ostetriche anche ai professionisti in possesso di diploma universitario o di titolo equipollente. Infine, la Legge n. 43 del 2006 introduce i *professionisti specialisti* ovvero quei professionisti in possesso del Master di Primo Livello che potenziano le loro capacità e conoscenze per operare in determinati ambiti specialisti.

Per tanto, l'infermiere di Triage deve possedere competenze derivanti sia dagli studi universitari di base sia da quelli post-laurea. Inoltre, è richiesta un'esperienza lavorativa

di almeno sei mesi in Pronto Soccorso e la frequenza di un corso di formazione. (Giunta Regionale Toscana, 2017)

L'infermiere di Triage partecipa attivamente ai protocolli di Fast-Track: la normativa del 1992 infatti stabilisce che il Triage venga eseguito da “un infermiere adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio”. (D.M. 1992)
In linea col profilo professionale D.M. 739 del 1994.

L'infermiere contribuisce all'identificazione dei bisogni di salute dell'individuo e della comunità. Secondo l'Art. 10 del Codice Deontologico *L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.* (FNOPI, 2019).

Pertanto, l'infermiere di Triage valuta il paziente, applica i protocolli e, quando possibile, attiva i percorsi di Fast Track predisposti partecipando attivamente all'iter diagnostico-terapeutico. In alcune regioni italiane, come l'Emilia-Romagna, son in corso sperimentazioni per la gestione infermieristica autonoma di protocolli per accessi con basso livello di urgenza e priorità. (Delibera Regionale n. 1184, 2010) Tramite una formazione specializzata del personale infermieristico e l'elaborazione di specifici protocolli sperimentali è possibile intraprendere strategie organizzative per far fronte al sovraffollamento dei Pronto Soccorsi garantendo al contempo qualità ed efficienza dei servizi sanitari forniti. La validità di protocolli come il Fast-Track dimostra come l'infermiere possa assumere un ruolo centrale nella gestione operativa dei codici minori.

2 SCOPO DELLO STUDIO

Verificare l'efficacia dell'introduzione dei vari percorsi aggiunti nel primo quadrimestre del 2024 con il confronto sul totale degli accessi eseguiti nello stesso periodo del 2023, visionando il reale impatto dei fast track sul totale degli accessi.

Dimostrare che l'utilizzo dei fast track permette una riduzione del sovraffollamento all'interno delle unità operative con un sufficiente numero di pazienti arruolati nel percorso sul totale di accessi e sui codici di priorità minore (codice verde).

Obiettivo generale dello studio: raggruppare i dati in base a età e genere, raccogliere dati inerenti alla gestione infermieristica dei pazienti arruolabili nel percorso fast-track nell'U.O.C. Pronto Soccorso dei due Stabilimenti Ospedalieri dell'Ast di Ascoli Piceno

Obiettivo specifico dello studio:

Rilevare le differenze di applicazione dei percorsi fast track nei due Stabilimenti Ospedalieri "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno

3 MATERIALI E METODI

3.1. Disegno di studio

Lo studio osservazionale longitudinale è stato condotto attraverso l'analisi dei dati forniti dal servizio informatico aziendale dell'Ast di Ascoli Piceno.

3.2 Criteri di inclusione

- Pazienti sottoposti a Triage presso l'Ospedale "Mazzoni"
- Pazienti sottoposti a Triage presso l'Ospedale "Madonna del Soccorso"
- Pazienti che accedono al percorso Fast Track presso l'Ospedale "Mazzoni"
- Pazienti che accedono al percorso Fast Track presso l'Ospedale "Madonna del soccorso"

3.3 Criteri di esclusione

- Pazienti che non usufruiscono dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso

3.4 Procedura di studio

Raccolta e analisi dei dati presenti nell'archivio informatico del S.I.A. ed elaborazione delle variabili pertinenti allo studio tramite utilizzo di foglio di calcolo Excel gestito dal software Microsoft 365®.

3.5 Autorizzazione e Considerazioni etiche

La raccolta dati è stata realizzata in aderenza alla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997), nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Regolamento Europeo UE n. 679/2016; D. Lgs. n. 196/2003, così come adeguato dal D. Lgs. n. 101/2018). I dati raccolti dalla presente indagine, saranno trattati nel rispetto della riservatezza dei dati personali e gli utenti arruolati nella survey non saranno esposti a nessun rischio.

3.6 Limiti

La ricerca viene valutata esclusivamente nell'unico quadrimestre disponibile in quanto l'introduzione del modello organizzativo Fast Track Pediatrico e Geriatrico all'interno del U.O. è recente. Per questo si dispone di un numero di dati limitati sufficiente esclusivamente a delineare un andamento dell'efficacia del suddetto modello e non per un intero anno.

Esistono dei limiti anche all'interno dei sopra citati percorsi percorso Fast Track che si attivano anche in base alla disponibilità del personale medico e infermieristico.

Esiste anche una difficoltà per quanto riguarda il percorso Fast Track Ortopedico nell'ospedale "Mazzoni" dove è attivo il protocollo ma non viene usato per problemi organizzativi tra i reparti specialistici e il Pronto Soccorso.

4 SETTING

Lo studio intende esaminare i dati raccolti risultanti dall'attività dell'Unità Operativa Complessa di Pronto Soccorso (PS) dell'Ast di Ascoli Piceno.

Il territorio dell'Ast è suddiviso in due distretti: il distretto di Ascoli Piceno con l'Ospedale "Mazzoni" e quello di San Benedetto del Tronto con l'Ospedale "Madonna del Soccorso".

Secondo i dati forniti dal Centro Elaborazione Dati (CED) dei distretti sopradescritti, la popolazione che accede nei Pronto Soccorsi dei due ospedali è pari a 64.976 nell'anno 2023 e a 21.381 nel primo quadrimestre 2024 su una popolazione risiedente nella provincia di Ascoli Piceno pari a 200.650 abitanti.

Questi dati sono stati acquisiti attraverso il software informatico tramite il quale si effettua il Triage e la successiva presa in carico del paziente con registrazione delle diverse attività diagnostico-terapeutiche comprensive della dimissione e del referto di PS. L'infermiere codifica la priorità di accesso e viene aperta la pratica del Pronto Soccorso tramite l'inserimento dell'utente nel sistema. In tal modo viene codificata anche l'attivazione dei Fast Track.

Attualmente all'interno delle Unità Operative dell'Ast sono attivi sei protocolli come deliberato dall'ultimo Bollettino Ufficiale Regionale n.105 del 01/12/2023 e applicato nel contesto ospedaliero dell'Ast di Ascoli Piceno con accordi tra i dirigenti medici e infermieristici delle Unità Operative di Pronto Soccorso e dei reparti specialistici.

Sono dunque attivi i seguenti protocolli operativi:

- ***Fast Track Ortopedico (Allegato 1)***

L'infermiere di triage valuta l'attivazione del Fast Track specialistico verificando i criteri di inclusione ed esclusione con l'attivazione dell'eventuale Sala Gessi se necessaria (attiva dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 19:00 per l'Ospedale "Madonna del Soccorso"; martedì, giovedì e sabato dalle 8:30 alle 13:00 per l'Ospedale "Mazzoni". Una volta conclusa la visita il paziente si reca nuovamente in Pronto Soccorso per la chiusura della pratica.

- ***Fast-Track Oculistico (Allegato 2)***

L'infermiere di Triage valuta l'attivazione del Fast Track Oculistico con conseguente prenotazione immediata della visita specialistica all'ambulatorio del reparto di Oculistica (attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 13:00 e dalle 15:30

alle 18:30 e il sabato dalle 8:30 alle 12:30). La chiusura della pratica avviene da parte del medico specialista senza il ritorno in PS.

- ***Fast Track Ginecologico/Ostetrico (Allegato 3)***

L'infermiere di Triage valuta l'attivazione del Fast Track prenotando immediatamente la consulenza specialistica all'ambulatorio di reparto attivo h24, previo contatto telefonico. La chiusura della pratica avviene da parte del medico specialista senza il ritorno in PS.

- ***Fast Track ORL (Allegato 4)***

L'infermiere di Triage valuta l'attivazione del Fast Track per la consulenza specialistica di Otorinolaringoiatria. L'utente viene indirizzato all'ambulatorio di reparto (aperto dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 20:00 e il sabato dalle 8:00 alle 14:00). La chiusura della pratica avviene da parte del medico specialista senza il ritorno in PS.

- ***Fast Track Pediatrico (Allegato 5)***

L'infermiere di Triage valuta l'attivazione del Fast Track per la consulenza specialistica del Pediatra e il triage deve necessariamente accertarsi della possibilità della presa in carico previo contatto telefonico con il pediatra di turno. Il Fast Track Pediatrico è attivo dall'anno 2024 e operativo nei seguenti orari: "Madonna del Soccorso" dalle 12 alle 14 e dalle 18 alle 20 il sabato e i prefestivi dalle 12 alle 14 (previo contatto telefonico per disponibilità di assistenza infermieristica), nell'ambulatorio dedicato in PS o in alternativa nell'ambulatorio pediatrico (5° piano o 1° piano Ospedale "Mazzoni" dalle 12:00 alle 14:00 e dalle 18:00 alle 20:00 e il sabato e i prefestivi dalle 12:00 alle 14:00, previo contatto telefonico per disponibilità infermieristica). La chiusura della pratica avviene da parte del medico specialista senza il ritorno in PS.

- ***Fast Track Geriatrico (Allegato 6)***

Questo Fast Track si trova ancora in fase di sperimentazione con un'attivazione esclusiva nell'Ospedale "Madonna del Soccorso". L'infermiere del Triage, definito il codice di priorità, verifica la presenza dei criteri di inclusione e di esclusione attraverso una specifica check list di valutazione che permette di identificare la fragilità dell'anziano qualora il punteggio ottenuto sia ≥ 3 , e ne determina l'eleggibilità al fast track geriatrico. Il triagista provvede ad effettuare

il tampone rapido (tavoletta SARS-COV2) a paziente (e caregiver) in caso di paziente eleggibile solo se sintomatico.

		No =0	Si=1
1	Ha compiuto 75 anni?		1
2	Ha avuto un accesso in PS negli ultimi 6 mesi?		
3	È stato ricoverato in ospedale negli ultimi 6 mesi?		
4	Ha bisogno di qualcuno che gli prepari o somministri le medicine?		
5	Ha bisogno di una persona che l'aiuti ad alzarsi dal letto o camminare?		
6	È seguito dai servizi socio assistenziali		
totale			
Punteggio totale ≥ 3			

Tabella 3 Griglia di valutazione delle variabili associate alle fragilità dell'anziano.

Attivazione del Fast Track e presa in carico del paziente: se il punteggio ottenuto è ≥ 3 l'infermiere del triage invia il paziente (accompagnato se necessario e previo contatto telefonico prima dell'invio del paziente) all'ambulatorio geriatrico dedicato. L'ambulatorio del Fast Track è allocato in una stanza dedicata all'interno della U.O. di Geriatria con percorsi diretti sia orizzontali che verticali con i servizi e con personale medico ed infermieristico dedicato. Nella stanza identificata come sede di ambulatorio Fast Track vengono utilizzate quattro postazioni dotate di paravento (barella o poltrona) ed è presente lo spazio per il caregiver. Il quinto paziente attivabile come Fast Track resta in carico al PS, fino a liberarsi di una postazione.

- Nella prima fase di attivazione il servizio è attivo h 8 (08-16) 5 giorni su 7, con invio da parte del PS dalle 8-14 ed osservazione fino alle 16.00 (qualora i tempi di attesa della dimissione previa ambulanza superassero le ore 16:00 il paziente resta in carico al personale sanitario del reparto fino alle 20:00. In caso di emergente acuzie nel periodo di attesa previa ambulanza, essendo il paziente dimesso da FT, viene inviato in PS).
- Nella seconda fase di attivazione il servizio è attivo h 8 (08-16) 6 giorni su 7, con invio da parte del PS dalle 8-14 ed osservazione fino alle 16.00 (stessi criteri della prima fase).
- Nella terza fase di attivazione con possibilità di aumentare la attività ad h 12 (08-20) con invio del PS dalle 8-18 ed osservazione fino alle 20:00.

Il geriatra valuta l'eventuale ricovero o chiusura della pratica senza il ritorno in PS.

5 PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

5.1 Totale accessi

Nel periodo di osservazione inerente all'anno solare 2023 si sono registrati un totale di 64.976 accessi all'interno dei due ospedali, di cui 34.694 nell'Ospedale "Madonna del Soccorso" e 30.282 nell'Ospedale "Mazzoni" (Tabella 4).

AST ASCOLI PICENO	TOT. ACCESSI (n)	PERCENTUALE (%)
UOC PRONTO SOCCORSO AP	30.282	46,60%
UOC PRONTO SOCCORSO SBT	34.694	53,40%
Totale	64.976	100,00%

Tabella 4. Distribuzione degli accessi in PS degli ospedali dell'Ast di Ascoli Piceno.

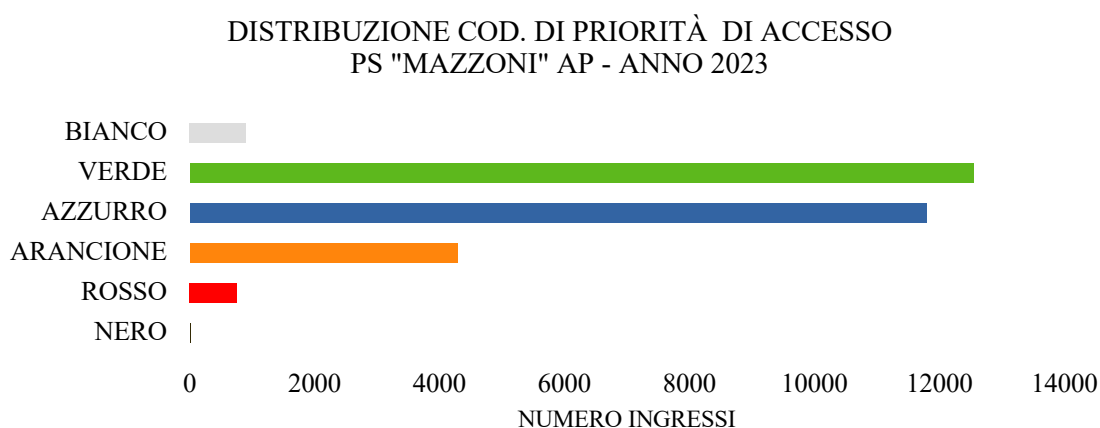


Grafico 1. Distribuzione degli accessi del 2023 in base al codice colore assegnato al Triage - Ospedale "Mazzoni" di Ascoli Piceno.

CODICE DI INGRESSO	NUMERO DI ACCESSI	% CODICI DI INGRESSO
NERO	1	0,01%
ROSSO	758	2,50%
ARANCIONE	4.287	14,16%
AZZURRO	11.790	38,92%
VERDE	12.540	41,41%
BIANCO	1.210	4,00%
Totale	30.282	100,00%

Tabella 5. Distribuzione degli accessi del 2023 in base al codice colore assegnato al Triage - Ospedale "Mazzoni" di Ascoli Piceno.

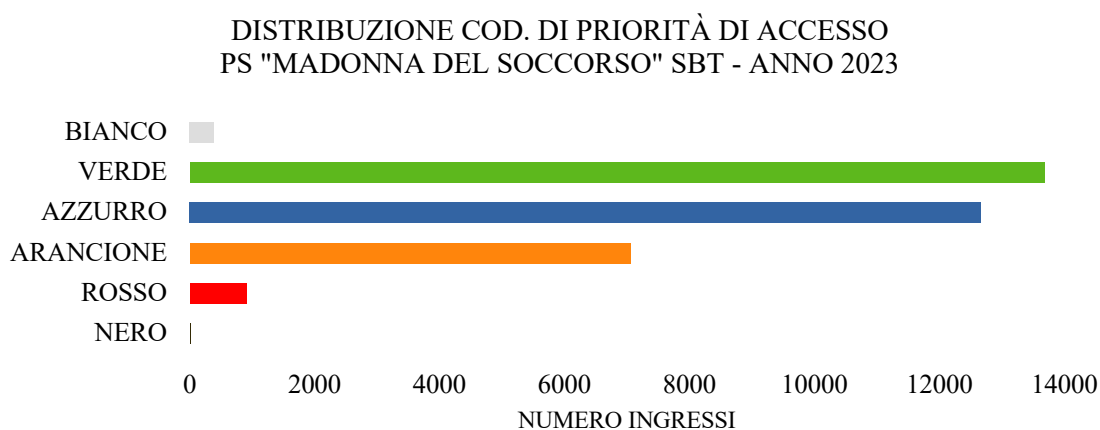


Grafico 2. Distribuzione degli accessi secondo il codice colore - Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto.

CODICE DI INGRESSO	NUMERO DI ACCESSI	% CODICI DI INGRESSO
NERO	2	0,01%
ROSSO	907	2,61%
ARANCIONE	7.053	20,33%
AZZURRO	12.662	36,50%
VERDE	13.680	39,43%
BIANCO	390	1,12%
Totale	34.694	100,00%

Tabella 6. Distribuzione degli accessi secondo il codice colore - Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto.

Distribuzione dei codici di priorità d'accesso nei PS
"MAZZONI" e "MADONNA DEL SOCCORSO" - ANNO 2023

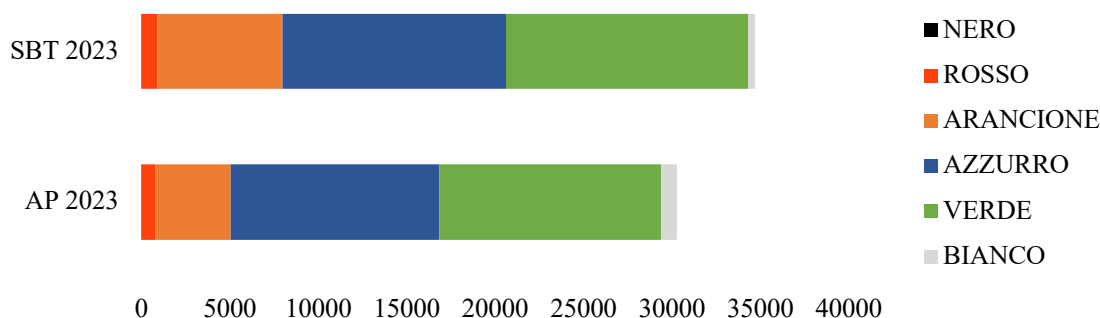


Grafico 3. Differenza tra "Madonna del Soccorso" e "Mazzoni" anno 2023.

Per quanto riguarda il periodo di osservazione relativo al I quadrimestre del 2024 sono stati registrati un totale di accessi pari a 21.381, suddivisi in 10.240 nell'Ospedale "Mazzoni" e 11.141 nell'Ospedale "Madonna del Soccorso" divisi nei differenti codici colore come illustrato nei grafici 4 e 5 e nelle tabelle 7 e 8.

DISTRIBUZIONE COD. DI PRIORITÀ DI ACCESSO AL
PS "MAZZONI" AP - I QUADRIMESTRE 2024

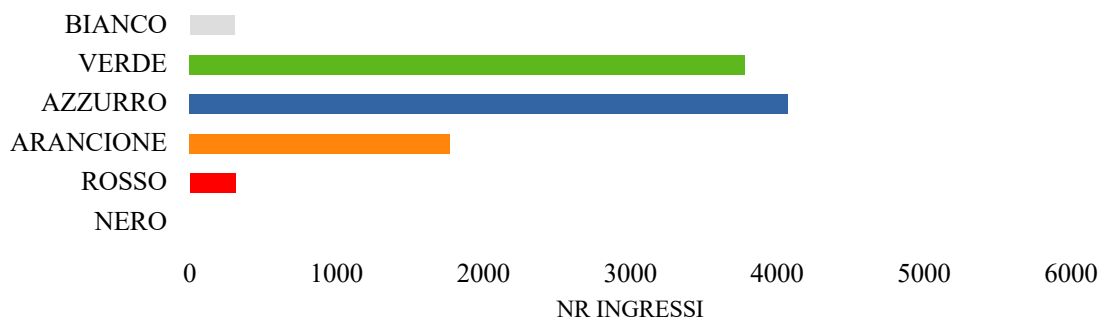


Grafico 4. Distribuzione codici di priorità "Mazzoni" I quadrimestre 2024

Cod. Ingresso	2024	% COD INGRESSO
NERO	0	0,00%
ROSSO	311	3,04%
ARANCIONE	1.772	17,30%
AZZURRO	4.073	39,78%
VERDE	3.780	36,91%
BIANCO	304	2,97%
Totale complessivo	10.240	100,00%

Tabella 7. Distribuzione codici di priorità Ospedale "Mazzoni" Ascoli Piceno.

**DISTRIBUZIONE COD. DI PRIORITA' DI ACCESSO AL
PS "MADONNA DEL SOCCORSO" SBT - 1°
QUADRIMESTRE 2024**

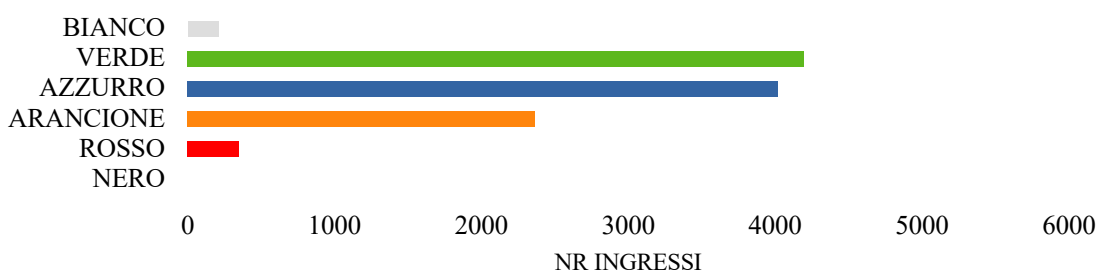


Grafico 5. Distribuzione codici di priorità Ospedale "Madonna del Soccorso" San Benedetto del Tronto.

Cod. Ingresso	Totale	% COD INGRESSO
NERO	0	0,00%
ROSSO	348	3,12%
ARANCIONE	2.365	21,23%
AZZURRO	4.020	36,08%
VERDE	4.197	37,67%
BIANCO	211	1,89%
Totale complessivo	11.141	100,00%

Tabella 8. Distribuzione codici di priorità "Madonna del Soccorso"

Distribuzione dei codici di priorità d'accesso nei PS
"MAZZONI" e "MADONNA DEL SOCCORSO" - ANNO
2024

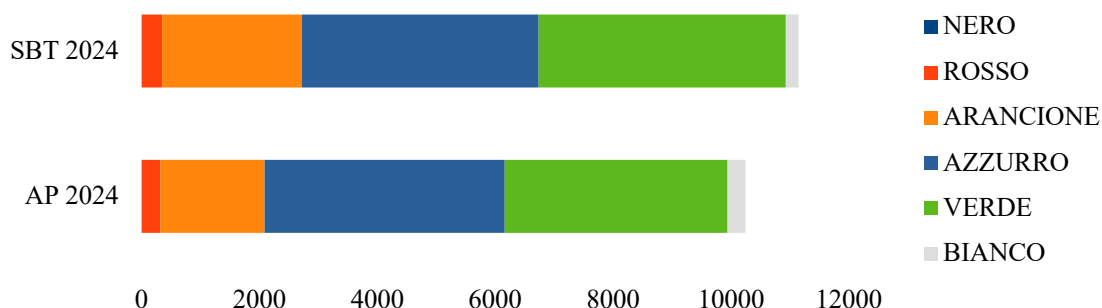


Grafico 6. Differenza tra "Madonna del Soccorso" e "Mazzoni" quadrimestre 2024

Dai grafici e dalle tabelle sopra riportati, si può notare che in entrambi i periodi oggetto dello studio il numero di accessi in codice verde, corrispondente a un codice di bassa priorità, che, in conformità con i criteri previsti, rende possibile l'attivazione di un percorso di Fast Track specialistico.

5.2 ANALISI FAST TRACK NELLO S.O. "MADONNA DEL SOCCORSO"

Nel periodo di analisi corrispondente all'anno 2023, sul totale dei 34.694 accessi 13.680 sono codici verdi (39,43%) e di questi 4.232 sono entrati nel percorso Fast Track. La distribuzione dei vari Fast Track specialistici è riportata nella *tabella 9*.

2023 – FAST TRACK SAN BENEDETTO DEL TRONTO: DISTRIBUZIONE PER GENERE						
	OTORINO	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	ORTOPEDIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO
M	295	0	281	763	0	0
F	250	1896	258	489	0	0
Totale	545	1896	539	1252	0	0

Tabella 9. Fast Track "Madonna del Soccorso": distribuzione di genere anno 2023.

Nel I quadrimestre del 2024, invece, degli 11.141 accessi 4.197 corrispondevano a codici verdi (37,67%) e in 1.459 è stato attivato un percorso Fast Track. La *tabella* di seguito illustra la distribuzione dei Fast Track specialistici inerenti al periodo in esame.

2024 – FAST TRACK SAN BENEDETTO DEL TRONTO: DISTRIBUZIONE PER GENERE						
	OTORINO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO
M	101	0	94	267	6	9
F	88	611	94	171	6	12
Totale	189	611	188	438	12	21

Tabella 10. Fast Track "Madonna del Soccorso" distribuzione di genere I quadrimestre 2024.

Dalla casistica registrata nell'anno solare 2023 emerge che il numero maggiore di accessi in cui è stato attivato il percorso Fast Track riguarda individui di età compresa tra i 14 e i 64 anni, con un'età media di 42,0 anni (*tabella 11*).

2023 – FAST TRACK SAN BENEDETTO DEL TRONTO: DISTRIBUZIONE PER ETÀ						
	OTORINO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO
Minori di 14 anni	90	5	111	47	0	0
Dai 14 ai 64 anni	328	1867	300	760	0	0
Dai 65 ai 75 anni	62	9	74	250	0	0
Maggiori di 75 anni	65	15	54	195	0	0
Totale	545	1896	539	1252	0	0

Tabella 11. Distribuzione per età "Madonna del Soccorso" anno 2023

I dati raccolti durante il I quadrimestre 2024 mostrano lo stesso andamento osservato durante tutto il 2023: la fascia di popolazione tra i 14 e i 64 anni rappresenta quella con il più alto numero di accessi in cui è stato impiegato il Fast Track, con un'età media pari a 43,0 anni (*tabella 12*).

2024 – FAST TRACK SAN BENEDETTO DEL TRONTO: DISTRIBUZIONE PER ETA'						
	OTORINO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO
Minori di 14 anni	41	2	36	22	12	0
Dai 14 ai 64 anni	98	597	111	253	0	0
Dai 65 ai 75 anni	21	3	24	96	0	0
Maggiori di 75 anni	29	9	17	67	0	21
Totale	189	611	188	438	12	21

Tabella 12. Distribuzione per fasce di età "Madonna del Soccorso" I quadrimestre 2024.

Confrontando i quadrimestri, si evidenzia un incremento dei percorsi Fast Track attivati nel 2024 rispetto al 2023 di 226, corrispondente a un aumento percentuale 18,33% (tabelle 13 e 14).

2023 / 2024 – FAST TRACK SAN BENEDETTO DEL TRONTO: DISTRIBUZIONE PER TIPOLOGIA FAST TRACK								
DISTR. QUAD	OTORINO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO	TOT	% INCREMENTO
TOT. 1° QUADR. 2023	176	570	140	347	0	0	1233	
TOT. 1° QUADR. 2024	189	611	188	438	12	21	1459	18,33%

Tabella 13. Distribuzione per tipologia di Fast Track e incremento Ospedale "Madonna del Soccorso".

-FAST TRACK SAN BENEDETTO DEL TRONTO: DISTRIBUZIONE PER TIPOLOGIA FAST TRACK PER MESE I QUADRIMESTRE						
MESI	OTORINO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEZIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO
Gennaio 2023	44	158	0	82	0	0
Febbraio 2023	46	130	29	74	0	0
Marzo 2023	53	154	68	96	0	0
Aprile 2023	33	128	43	95	0	0
TOT. 1° QUADR. 2023	176	570	140	347	0	0
Gennaio 2024	30	146	40	102	1	0
Febbraio 2024	60	147	41	132	2	7
Marzo 2024	51	150	54	107	4	6
Aprile 2024	48	168	53	97	5	8
TOT. 1° QUADR. 2024	189	611	188	438	12	21

Tabella 14. Distribuzione Fast Track divisa per mesi nel I quadrimestre 2023 e 2024 Ospedale "Madonna del Soccorso".

Un'analisi più approfondita rivela un incremento dell'attivazione di tutti i percorsi Fast Track I quadrimestre del 2024, inclusi i Fast Track Pediatrico e Geriatrico di recente introduzione. Nello specifico si registra un aumento del 7,39% nel Fast Track Otorinolaringoiatrico, del 7,19% nel Fast Track Ginecologico/Ostetrico, del 34,29% in quello Ortopedico e un incremento del 26,22% in quello oculistico (*tabella e grafico*)

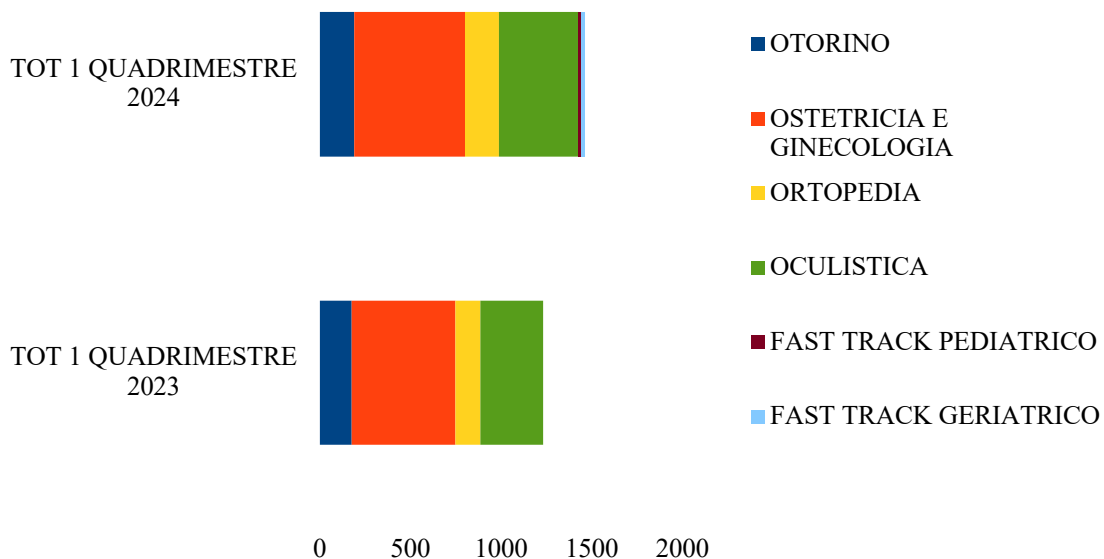


Grafico 7. Confronto dati del I quadrimestre 2023 e 2024.

INCREMENTO % 2023/2024 – FAST TRACK SAN BENEDETTO DEL TRONTO: DISTRIBUZIONE PER TIPOLOGIA FAST TRACK										
DISTRIBUZIONE QUADRIMESTRE	OTORINO	INCREMENTO %	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	INCREMENTO %	ORTOPEDIA	INCREMENTO %	OCULISTICA	INCREMENTO %	PEDIATRICO	GERIATRICO
TOT. QUADR. 2023	176		57 0		140		347		0	0
TOT. QUADR. 2024	189	7,39%	61 1	7,19%	188	34,29%	438	26,22%	12	21

Tabella 15. Incremento percentuale per tipologia di Fast Track Ospedale "Madonna del Soccorso".

5.3 ANALISI FAST TRACK NELLO S.O. “C.&G. MAZZONI”

Nel periodo di osservazione corrispondente all’anno 2023, sono stati rilevati 30.282 accessi, 12.240 riguardano codici verdi (41,41%) e di questi 3.068 sono entrati in un percorso Fast Track. La *tabella* illustra la distribuzione dei Fast Track specialistici.

2023 – FAST TRACK ASCOLI PICENO: DISTRIBUZIONE PER GENERE						
	OTORINO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO
M	242	0	0	837	7	0
F	202	1194	0	581	5	0
Totale	444	1194	0	1418	12	0

Tabella 16. Fast Track "Mazzoni": distribuzione di genere anno 2023

Relativamente al I quadrimestre del 2024, su un totale di 10.240 accessi in Pronto Soccorso 3.780 sono rappresentati dai codici verdi e in 1.048 è stato avviato un percorso Fast Track, suddiviso nelle varie specializzazioni come mostrato nella *tabella 17*.

2024 – FAST TRACK ASCOLI PICENO: DISTRIBUZIONE PER GENERE						
	OTORINO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO
M	77	0	0	325	15	0
F	95	358	0	170	8	0
Totale	172	358	0	495	23	0

Tabella 17. Fast Track "Mazzoni" Distribuzione per genere I quadrimestre 2024.

Dai dati raccolti durante l’anno 2023, si evince che la maggior parte degli accessi in cui è stato avviato il percorso Fast Track riguarda persone di età compresa tra i 14 ei 64 anni, con un'età media di 44,5 anni (*tabella 18*).

2023 – FAST TRACK ASCOLI PICENO: DISTRIBUZIONE PER ETA’						
	OTORINO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO
Minori di 14 anni	67	4	0	53	11	0
Dai 14 ai 64 anni	285	1172	0	863	1	0
Dai 65 ai 75 anni	45	12	0	287	0	0
Maggiori di 75 anni	47	6	0	215	0	0
Totale	444	1194	0	1418	12	0

Tabella 18. Distribuzione per età "Mazzoni" anno 2023.

I dati rilevati nel I quadrimestre del 2024 confermano la tendenza registrata nell'intero 2023: la fascia di età tra i 14 ei 64 anni rappresentare quella con il maggior numero di accessi nel percorso Fast Track, con un'età media di 45,2 anni. (tabella 19)

2024 – FAST TRACK ASCOLI PICENO: DISTRIBUZIONE PER ETA'						
	OTORINO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO
Minori di 14 anni	32	0	0	15	22	0
Dai 14 ai 64 anni	91	351	0	308	1	0
Dai 65 ai 75 anni	20	2	0	103	0	0
Maggiori di 75 anni	29	5	0	69	0	0
Totale	172	358	0	495	23	0

Tabella 19. Distribuzione per età "Mazzoni" I quadrimestre 2024

Il confronto tra i due quadrimestri mostra un aumento di 110 percorsi Fast Track attivati nel 2024 rispetto al 2023, con un incremento percentuale pari all'11,73% (tabella 20 e 21).

2023 / 2024 – FAST TRACK ASCOLI PICENO: DISTRIBUZIONE PER TIPOLOGIA FAST TRACK								
DISTR. QUAD	OTORINO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO	TOT	% INCREMENTO
TOT. 1° QUADR. 2023	135	394	0	407	2	0	938	
TOT. 1° QUADR. 2024	172	358	0	495	23	0	1048	11,73%

Tabella 20. Distribuzione per tipologia di Fast Track e incremento Ospedale "Mazzoni"

2023/2024 – FAST TRACK ASCOLI PICENO: DISTRIBUZIONE PER TIPOLOGIA FAST TRACK						
MESI	OTORINO	OSTETRICA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	OCULISTICA	PEDIATRICO	GERIATRICO
GENNAIO 2023	26	114	0	88	0	0
FEBBRAIO 2023	27	81	0	80	1	0
MARZO 2023	46	103	0	138	0	0
APRILE 2023	36	96	0	101	1	0
TOT 1 QUADR. 2023	135	394	0	407	2	0
GENNAIO 2024	37	99	0	125	2	0
FEBBRAIO 2024	42	81	0	115	9	0
MARZO 2024	47	72	0	140	8	0
APRILE 2024	46	106	0	115	4	0
TOT 1 QUADR. 2024	172	358	0	495	23	0

Tabella 21. Distribuzione Fast Track divisa per mesi nel I quadrimestre 2023 e 2024 Ospedale “Mazzoni”

I risultati ottenuti evidenziano un incremento del numero di tutti i percorsi nel I quadrimestre del 2024, ad eccezione del percorso Ginecologico/Ostetrico in cui si registra una diminuzione del 9,14%. Per quanto riguarda gli altri Fast Track analizzati, si rilevano un aumento del 27,41% del percorso Otorinolaringoiatrico e del 21,62% di quello Oculistico; inoltre, si segnala l’aggiunta del nuovo percorso Pediatrico in fase sperimentale negli ultimi mesi dell’anno 2023 (tabella 22).

INCREMENTO % 2023 /2024 – FAST TRACK ASCOLI PICENO: DISTRIBUZIONE PER TIPOLOGIA FAST TRACK										
DSTR. QUAD	OTORINO	INCREMENTO %	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	INCREMENTO %	ORTOPEDIA	INCREMENTO %	OCULISTICA	INCREMENTO %	PEDIATRICO	INCREMENTO %
TOT QUADRIMESTRE 2023	135		394		0		407		2	
TOT QUADRIMESTRE 2024	172	27,41%	358	-9,14%	0	0,00%	495	21,62%	23	1050,00%

Tabella 22. Incremento percentuale per tipologia di Fast Track "Madonna del Soccorso"

FAST TRACK ASCOLI PICENO "MAZZONI"

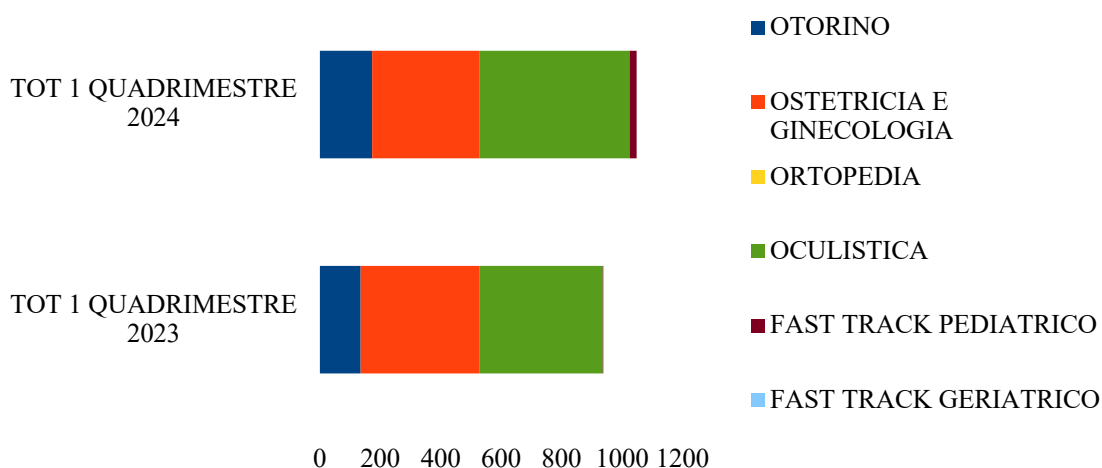


Grafico 8. Confronto I quadrimestre 2023 e 2024

Infine, dai dati raccolti si osserva una discrepanza nel numero di Fast Track attivati nei due presidi “Madonna del Soccorso” di San Benedetto del Tronto e “Mazzoni” di Ascoli Piceno nell’arco di tempo oggetto dell’analisi. Il *grafico 9* mostra un numero maggiore di accessi pari a 1.164 in più nel presidio del “Madonna del Soccorso” nell’anno 2023 mentre nel I quadrimestre 2024 si evidenzia una differenza di 411 accessi a favore dell’Ospedale “Madonna del Soccorso” di San Benedetto del Tronto.

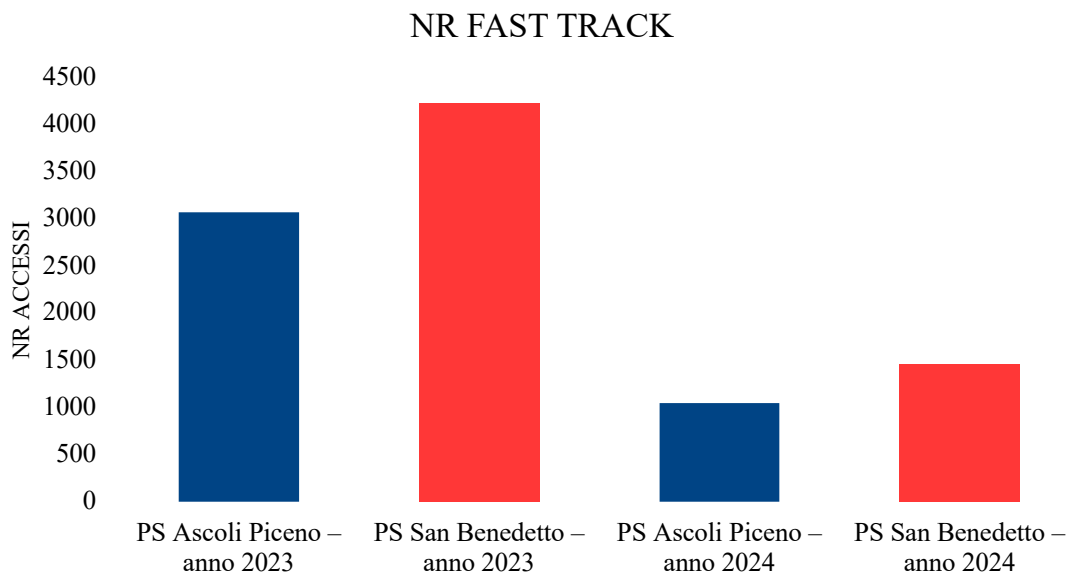


Grafico 9. Confronto anno 2023 e I quadrimestre 2024 tra Ospedale "Mazzoni" e "Madonna del Soccorso"

6 DISCUSSIONE

Il quadro che si figura in seguito all'osservazione dei dati è prevalentemente concorde con la media nazionale, delineando una realtà dove il numero maggiore degli accessi al Pronto Soccorso in tutto l'anno 2023 consiste in codici a bassa priorità d'urgenza (codici verdi).

Dalla casistica dello Stabilimento Ospedaliero "C.&G. Mazzoni" rivelata nel I quadrimestre del 2024, risulta una situazione non concorde con la media nazionale, in quanto il numero maggiore di accessi è rappresentato dai codici Azzurri. Questa considerazione meriterebbe un ulteriore studio per identificarne le cause.

L'adozione dei protocolli Fast Track consente di alleviare il sovraffollamento durante i periodi di maggiore affluenza, poiché ben il 30,93% dei codici verdi nel 2023 presso Ospedale "Madonna del Soccorso" e il 25,06% presso l'Ospedale "Mazzoni" vengono gestiti tramite tali percorsi.

Si rileva un incremento nel totale dei fast track nel confronto tra i primi due quadrimestri in entrambi gli ospedali: infatti si registra un incremento del 18,33% presso lo Stabilimento Ospedaliero "Madonna del soccorso" e del 11,73% presso l'ospedale "Mazzoni".

Dalla comparazione tra i due quadrimestri, considerando i vari percorsi, emerge una riduzione del 9,14% esclusivamente nel fast track ostetrico-ginecologico e un maggior incremento nel percorso Otorino del 27,41% per l'ospedale "Mazzoni".

Nell'Ospedale "Madonna del Soccorso" l'incremento maggiore si è avuto nel percorso ortopedico con il 34,29% e l'aumento minore lo troviamo nel percorso Ginecologico/Ostetrico con il 7,19%

Tra le particolarità rilevate emerge anche l'inutilizzo del Fast Track Ortopedico nell'Ospedale "Mazzoni" dove non risulta attivo per problemi organizzativi tra il reparto specialistico e il Pronto Soccorso. Inoltre, i percorsi Pediatrico e Geriatrico non permettono un'analisi completa in quanto poco utilizzati e in fase di sperimentazione.

7 CONCLUSIONI

I risultati di questo studio offrono uno spunto di riflessione, mostrando il possibile impatto che l'applicazione dei protocolli Fast Track e il potenziamento di essi potrebbe avere un impatto sulla riduzione del sovraffollamento. Considerato che un numero consistente di casi (39,43 % nell' anno 2023 nell'Ospedale "Madonna del Soccorso" e 41,41% nell'Ospedale "Mazzoni") si trattano di codici verdi, che spesso potrebbero non necessitare della visita del medico di Pronto Soccorso con l'utilizzo di un percorso Fast Track.

La riduzione del sovraffollamento avrebbe conseguenze positive sia sui pazienti (diminuzione dei ritardi nelle cure, riduzione della violenza verso il personale, riduzione dei contenziosi legali, riduzione del tasso di abbandono dei PS e maggiore soddisfazione per le cure ricevute) sia sul personale (riduzione dei errori, riduzione degli eventi sentinella, riduzione dello stress lavorativo, maggiore soddisfazione lavorativa e minori ritardi nei trasferimenti dei pazienti) (Venditti R., 2023)

I risultati mostrano anche un aumento generale del numero di Fast Track in entrambi gli Ospedali e come il numero totale dei percorsi riduce il numero totale dei codici verdi.

Tuttavia, lo studio ha anche messo in luce alcuni dati che richiedono ulteriori analisi, in particolare nel primo quadrimestre del 2024 presso l'Ospedale "Mazzoni", dove si è registrato un numero maggiore di codici azzurri rispetto a gli altri codici di Triage e una diminuzione dell'attivazione del percorso Fast Track Ginecologico/Ostetrico nello stesso Ospedale.

I dati evidenziano che ancora non è possibile sviluppare un andamento riguardo i nuovi percorsi (Pediatico e Geriatrico) visto il basso utilizzo nei pochi mesi di attivazione.

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

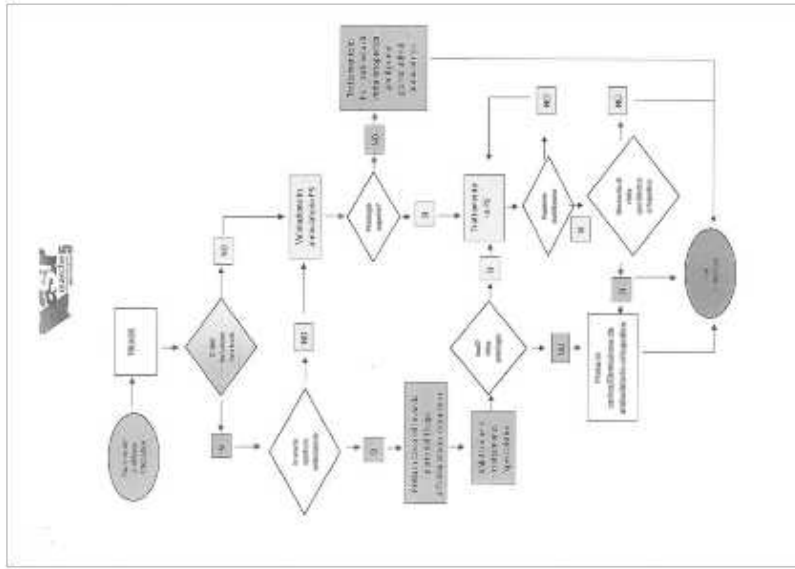
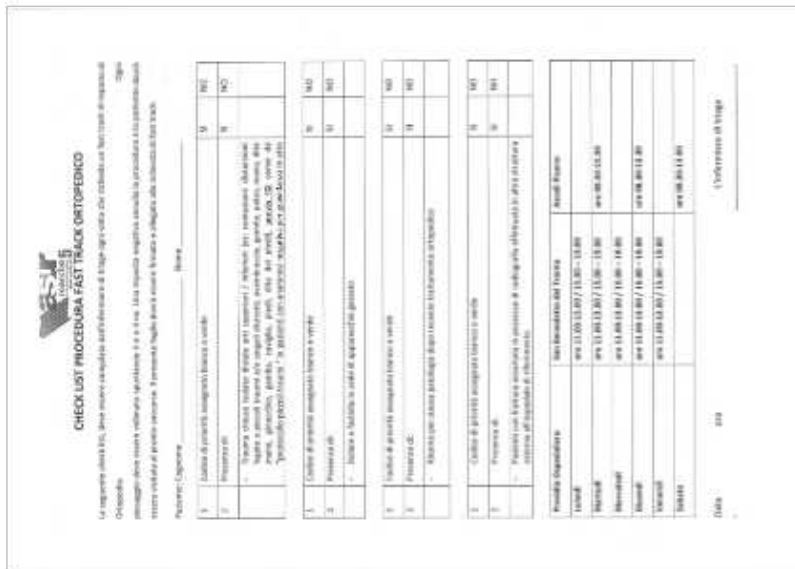
Bibliografia

- Age.na.s. (2016). *emergenzaurgenza.agenas.it*. Tratto da Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari regionali: Il corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza:
https://emergenzaurgenza.agenas.it/docs/homedocs/05_accesso-al-PS.pdf
- Australasian College for Emergency. (2019). Australasian College for Emergency.
Australasian College for Emergency.
- Brown et al., D. A. (2013). Established and Novel Initiatives to Reduce Crowding in Emergency Departments. *Western Journal of Emergency Medicine*, 85-9.
- Comunità Economica Europea 91/396. (1991). *www.affarieuropei.gov.it*. Tratto da Dipartimento per gli affari europei:
<https://www.affarieuropei.gov.it/it/comunicazione/progetti-e-campagne/campagne-radio-tv/archivio-campagne/numero-di-emergenza-112/#:~:text=Il%20Numero%20Unico%20di%20Emergenza,emergenza%2C%20soprattutto%20per%20i%20viaggiatori>.
- Delibera Regionale n. 1184. (2010, Luglio 26). Approvazione documento triage informatico in Pronto Soccorso. *DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 LUGLIO 2010, N. 1184*. Emilia Romagna: Giunta regionale.
- Federazione Italiana ordine dei medici. (2018, Gennaio 12). *fimmg.org*. Tratto da *fimmg*:
<http://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=18&art=2511/#:~:text=Possiamo%20definire%20gli%20accessi%20non,che%20in%20aeree%20di%20emergenza>.
- FNOPI. (2019). *CODICE DEONTOLOGICO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*. Roma.
- Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. (2023). *IL SOVRAFFOLLAMENTO. I COLORI DELL'URGENZA L'EMERGENZA NON E' SOFFERENZA*. Roma: Congresso nazionale simeup.
- Intesa stato Regioni. (1996, Maggio 17). *Raccomandazione del Ministero sulla corretta attribuzione del codice Triage*. Tratto da *www.salute.gov.it*:
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=984

- Marina Sartini, A. C. (2022). Overcrowding in Emergency Department. Causes, Consequences, and Solutions-A Narrative Review. *Healthcare*.
- Ministero della Salute. (2012, dicembre 12). *Ministero della Salute*. Tratto da LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf
- Ministero della Salute. (2013, Marzo 22). *Ministero della salute*. Tratto da Raccomandazione del ministero sulla corretta attribuzione al codice di triage: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=984
- Ministero della Salute. (2019, agosto 1). *salute.gov*. Tratto da Ministero della Salute: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3143
- Ministero Della Salute. (2022, Aprile 22). *agenas*. *Accessi impropri pronto Soccorso*.
- Pearsons, H. V. (2009). The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: a Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emergency Medicine*, 9-11.
- Regione Veneto. (2014). *Bollettino Ufficiale Regionale della Regione Veneto*.
- Savioli, G. C. (2022). Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *journal of personalized medicine*.
- Servizio Sanitario Toscana. (2017, Febbraio 24). *MODELLO ORGANIZZATIVO PER PERCORSI OMOGENEI IN PRONTO SOCCORSO*. Tratto da www.quotidianosanita.it: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9099725.pdf>
- SIMEU. (2016). Fast Track: lo stato dell'arte. *Esperienza del Pronto Soccorso Chieti*. Napoli: Società italiana medicina d'emergenza urgenza.
- Venditti R., M. F.-f. (2023). Feasibility study for the implementation of the see and treat pathway in the emergency department of san camillo-forlanini hospita. *nsc nursing* 2, 18-35.
- Yoon, P. S. (2003). Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, p. 155-61.
- Zimmerman, R. S. (2006). How does fast track affect quality of care in the emergency department? *European Journal of Emergency Medicine*, p. 32-5.

ALLEGATI

ALLEGATO 1



ALLEGATO 2



CHECK LIST PROCEDURA FAST TRACK GINECOLOGICO

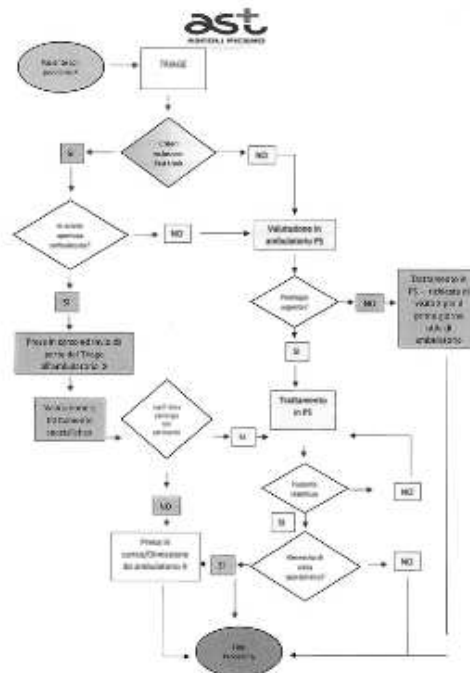
La seguente check list, deve essere compilata dall'infermiere di triage ogni volta che richiede un fast track al reparto di Ostetricia/Ginecologia.

Ogni passaggio insieme la cartella ricostituita deve essere ultimato quando è SI o è NO. La risposta negativa, nella patologia ricostituita, attiva la procedura e la paziente dovrà essere stabilita al pronto soccorso. Il presente foglio dovrà essere firmato e allegato alla richiesta di fast track.

Paziente: Cognome _____ Nome _____

1	Indice di priorità assegnato al lavoro o lavoro (SI = 0) (caso non in riferimento alla patologia ricostituita)	SI	NO
2	Presenza di:	SI	NO
SEGNALI GINECOLOGICI			
	- Perdita ematica in assenza di mestruazioni o mestruazioni irregolari		
	- Perdite vaginali non ematiche, assenza di sanguine (pericolo infezioni)		
	- Alterazioni di sangue mestruale in vagina		
	- Intervento post-natale (pericolo del giorno dopo) - mestruazioni e febbre		
SEGNALI ORAZI			
	- Contratture		
	- Febbre di origine post-natale (pericolo delle infezioni)		
	- Dolore post-natale alla mammella (pericolosi per il neonato)		
	- Perdite vaginali non ematiche, assenza di sanguine (pericolo infezioni)		
	- Perdite ematiche		
	- Molestia o aumento di movimenti fetali		
	- Spasmi ginecologici del primo trimestre (tra 14 settimane)		
FUMI			
	- Dolore post-natale (NO dolore in neonato)		
	- Dolore infamazione di seno		
	- Segni di vita		
	- Perdite vaginali ematiche o di altro colore		
3	Il SI (SI) presso il pronto soccorso	SI	NO

Data, ora _____ L'Infermiere di Triage _____



ALLEGATO 3



CHECK LIST PROCEDURA FAST TRACK ODONTICO

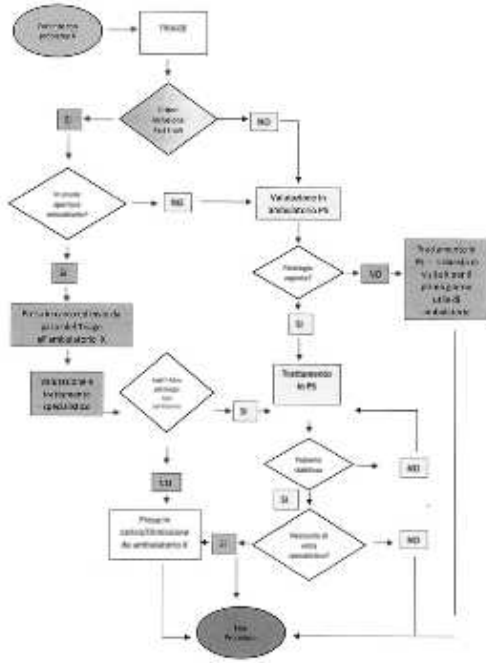
La seguente check list, deve essere compilata dall'infermiere di stage ogni volta che richiede un fast track al reparto di Diagnostica.

Ogni passaggio inerente la patologia riscontrata deve essere valutato spuntando il SI o il NO. La risposta negativa, nella patologia riscontrata, annulla la procedura e il paziente dovrà essere visitato al pronto soccorso il presente foglio dovrà essere firmato e allegato alla richiesta di fast track.

Paziente: Cognome _____ Nome _____

3	Codice di pronto soccorso è fornito a fianco (C1 = il paziente non è riferito alla patologia concernente)	SI	NO
3	Presenza di : - Infezioni/infezioni congenitali: - Herpes, toxo, sifilide, - Eosinofilia congenita - Lesioni parodontali - Alterata immunità di campo (patologie) - Algie oculari - Sintomatologia in soggetti operati - Traumi oculari/traumi facciali, lesioni labiali	SI	NO
3	INFERMIERE AUTORE (la compilazione del foglio è da effettuarsi entro il 20-12-20)	SI	NO

Data: ora _____ Colonna di Stage _____



ALLEGATO 4



CHECK LIST PROCEDURA FAST TRACK ORL

La seguente check list, deve essere compilata dall'infermiere di triage ogni volta che riceve un fast track al reparto di ORL.

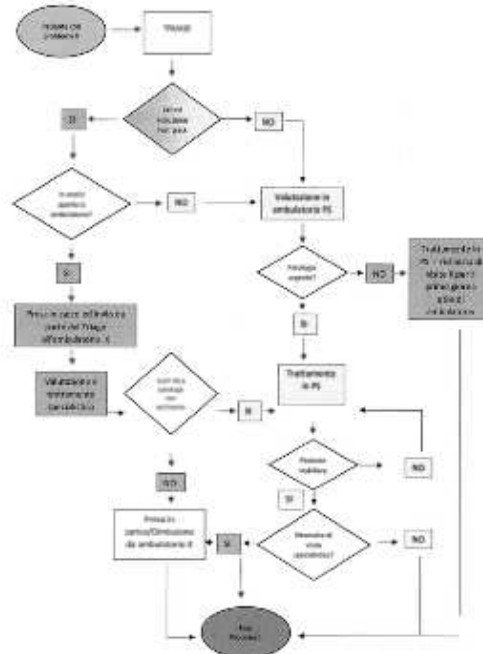
Ogni passaggio inerente la patologia ricorrente deve essere valutato rispondendo SÌ o NO. La risposta negativa, nella patologia ricorrente, annulla la procedura e il paziente dovrà essere ricolto al pronto soccorso. Il presente foglio dovrà essere firmato e allegato alla richiesta di fast track ORL.

Paziente: Cognome _____ Nome _____

1	Grado di priorità assegnato il livello di triage (1 - 3 pazienti) sono in riferimento alle priorità concordate	S	NO
2	Presenza di:	S	NO
	- Otite acuta (per trauma)		
	- Faringite		
	- Dengue (no febbre e comparsa di lesioni generali)		
	- Urticaria (o lesioni)		
	Tappi nasali		
	- Epistassi in corso o riferita in assenza di patologia della coagulazione o trauma nasale o poltrimento a tempo prolungato in corso		
	- Corpi estranei nasolaringee		
	- Rinosinfe (per trauma)		
3	Ore di produzione del sintomo ricorrente (ore 0 alle ore 03 e dalle 04 alle 08, sabato dalle 0 alle ore 03).	S	NO

Data, ora _____

_____ Infermiere di triage



ALLEGATO 5



CHECK LIST PROCEDURA FAST TRACK PEDIATRICO

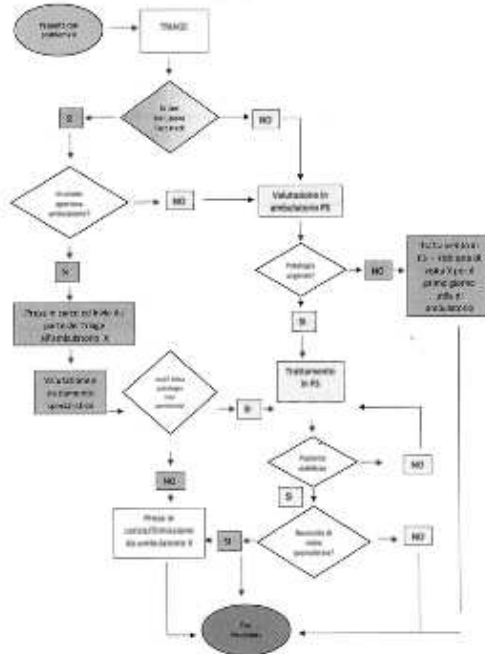
La seguente check list, deve essere compilata dall'infermiere di triage ogni volta che richiede un fast track al reparto di Pediatria.

Ogni passaggio inerente la patologia riscontrata deve essere valutato spuntando il SI o il NO. La risposta negativa, nella patologia riscontrata, annulla la procedura e il paziente dovrà essere atteso al pronto soccorso. Il presente foglio dovrà essere firmato o allegato alla richiesta di fast track pediatrico.

Paziente Cognome _____ Nome _____

1	Codice di pratica assegnato il lunedì o il giorno (S) o il giorno (N) con riferimento alle patologie riscontrate	SI	NO
2	Presenza di: <ul style="list-style-type: none"> - Febbre > 38.5°C (solo > 6 mesi) - Tosse senza comparsa di segni respiratori, nessun sintomo di cefalea o sintomo riferito come dolore articolare, bruciore, dolore e dolore - Vomito, diarrea, stipsi (senza segni di disidratazione) - Stato alterato non dovuto a segni di soffocamento generale - Stralzo - Orfite non comparsa (non segni febbre, vomito, stipsi, stralzo) - Congiuntivite o lesioni puntiformi sull'anticostrutto (no lesioni) - Acutezza odore unico altro anatomologia - Punte incolorabile delimitata (solo > 6 mesi) - Lettore che rifiuta la popola (solo > 6 mesi) 	SI	NO
3	<p>MBI: dalle 12 alle 14 e dalle 18 alle 20, il sabato e prefestivo dalle 12 alle 24 (primo contatto telefonico per disponibilità assistenza infermieristica, in ambulatorio dedicato al PS o in alternativa ambulatorio pediatrico 1° piano)</p> <p>AP: dalle 12.30 alle 14.30 e dalle ore 18 alle ore 20, il sabato e prefestivo dalle 12 alle 24 (primo contatto telefonico per disponibilità assistenza infermieristica, in ambulatorio pediatrico 1° piano)</p>	SI	NO

Data, ora _____ Infermiere di triage _____



ALLEGATO 6

3. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

Descrizione Attività	Figura che svolge l'attività	INFERMIERE	COORDINATORE INFERMIERE	OSS	GERIATRA
Accoglienza dell'Utile		R			
Attribuzione del codice di priorità		R			
Inserimento nel Percorso Fast Track		R			
Accompagnamento dell'Utile				R	
Visita Medica Specialistica		C		C	R
Dimissione					R
Rispetto delle Procedure			R		

C = Coinvolto; R = Responsabile

4. DESCRIZIONE ATTIVITÀ

- **Accoglienza del paziente ed assegnazione codice di priorità** ➡ l'infermiere del Triage accoglie il paziente ed effettua la propria valutazione assegnando il codice di priorità bianco, verde, azzurro
- **Valutazione della presenza dei criteri di inclusione ed esclusione del fast track** ➡ l'infermiere del triage, definito il codice di priorità, verifica la presenza dei criteri di inclusione e di esclusione attraverso una specifica **check list di valutazione** MRSQA02/01 che permette di identificare la fragilità dell'anziano qualora il punteggio ottenuto sia ≥ 3 (tabella 2), e ne determina l'eleggibilità al fast track geriatrico. Il triagista provvede ad effettuare il tampone rapido (lavoretta SARS-COV2) a paziente (e caregiver) in caso di paziente eleggibile **solo se sintomatico**.

Tab. 2. Griglia di valutazione delle variabili associate alle fragilità dell'anziano

1	Ha compiuto 75 anni?	No=0	Si=1
2	Ha avuto un accesso in PS negli ultimi 6 mesi?		1
3	E' stato ricoverato in ospedale negli ultimi 6 mesi?		
4	Ha bisogno di qualcuno che gli prepari o somministri le medicine?		
5	Ha bisogno di una persona che l'aiuti ad alzarsi dal letto o camminare?		
6	E' seguito dai servizi socio assistenziali		

totale
Punteggio totale ≥ 3

- **Attivazione fast track e presa in carico del paziente** ➡ quindi se il punteggio ottenuto è ≥ 3 l'infermiere del triage, invia il paziente (accompagnato se necessario e previo contatto telefonico prima dell'invio del paziente) all'ambulatorio geriatrico dedicato. L'ambulatorio del fast track è allocato in una stanza dedicata all'interno della UO di Geriatria con percorsi diretti sia orizzontali che verticali con i servizi e con personale medico ed infermieristico dedicato. Nella stanza identificata come sede di ambulatorio FT vengono utilizzate 4 postazioni dotate di paravento (baralla o poltrona) ed è presente lo spazio per il caregiver. Il quinto paziente attivabile come FT resta in carico al PS, fino a liberarsi di una postazione.

Fast Track geriatrico
S.O. San Benedetto del Tronto

Rev. 0 11/01/2024

PGSQA02

Pag. 6/11

- **Nella prima fase di attivazione** il servizio è attivo **h 8 (08-16) 5 giorni su 7**, con invio da parte del PS dalle 8-14 ed osservazione fino alle 16.00 (qualora i tempi di attesa della dimissione previa ambulanza superassero le ore 16:00 il paziente resta in carico al personale sanitario del reparto fino alle 20:00. In caso di emergenze acuzie nel periodo di attesa previa ambulanza, essendo il paziente dimesso da FT, viene inviato in PS).

- **Nella seconda fase di attivazione** il servizio è attivo **h 8 (08-16) 6 giorni su 7**, con invio da parte del PS dalle 8-14 ed osservazione fino alle 16.00 (stessi criteri della prima fase).

- **Nella terza fase di attivazione** con possibilità di aumentare la attività ad **h 12 (08-20)** con invio del PS dalle 8-18 ed osservazione fino alle 20:00.

- **Visita specialistica e trattamento** ➡ il geriatra visita il paziente e decide il suo trattamento (prescrizione esami strumentali, di laboratorio, prescrizione trattamento farmacologico, richiesta di consulenze specialistiche etc.) e/o percorso successivo. Nelle more del completamento del percorso diagnostico terapeutico il paziente sarà allocato nella stanza dedicata all'interno della UO di Geriatria.

- **Dimissione del paziente e chiusura della pratica a carico dello specialista** ➡ il geriatra, terminata la visita decide il percorso successivo tra le seguenti opzioni:

1. Dimissione a domicilio e chiusura della pratica informatizzata
2. Dimissione a domicilio protetta ADI con attivazione della sperimentazione dimissioni protette da PS (vedere protocollo sperimentale dedicato) e chiusura della pratica informatizzata;
3. Presa in carico per approfondimento diagnostico specialistico ambulatoriale geriatrico;
4. Ricovero presso la Unità Operativa di Geriatria;
5. Rinvio del paziente in Pronto Soccorso in caso di instabilità emergente in corso di valutazione o riscontro di diagnosi che richiedono di ulteriori accertamenti o ricovero in ambiente non geriatrico.

In caso di necessità di ricovero la decisione va presa in accordo con il medico del PS e in collaborazione con il bed manager.

5. INDICATORI

- Percentuale di pazienti per i quali è stato attivato un percorso di fast track geriatrico/ n° totale pazienti eleggibili.
- Percentuale accessi con fast track geriatrico /N° totale accessi al PS.
- Stratificazione (numero e %) delle modalità di dimissione da fast track geriatrico
- Percentuale di persone anziane con fast track attivato rinviati in PS/ n. fast track geriatrico attivati
- Tempi di presa in carico al PS per anziani con fast track geriatrico: minuti dal triage alla visita medica (indicare media e mediana).
- Tempi di presa in carico al PS di anziani senza fast track geriatrico: minuti dal triage alla visita medica (indicare media e mediana) dei pz >75aa in codice bianco, verde, azzurro.

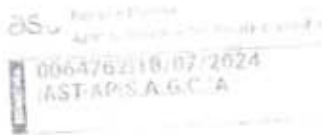
Fast Track geriatrico
S.O. San Benedetto del Tronto

Rev. 0 11/01/2024

PGSQA02

Pag. 7/11

Ascoli Piceno, 10 Aprile 2024



Dott. Giancarlo Viviani
Direttore Presidio Unico Ospedaliero

Dott.ssa Tiziana Principi
Direttore Dipartimento D.A.

Dott.ssa Giuseppina Petrelli
Direttore U.O.C. Pronto Soccorso S.C. Madonna del Soccorso

Dott. Luca Gelati
Direttore Dip. Professioni Sanitarie Area Infermi-Estrinseca

ASU - ASCOLI PICENO

OGGETTO: Domanda di autorizzazione alla raccolta dati per elaborazione Tesi di Laurea

Il sottoscritto **MARINI SIMONE** (matricola n. 1105841) iscritto al III° anno del Corso di Laurea in Infermeristica dell'UNIVPM - sede di Ascoli Piceno - Entenda sessione di novembre 2024

CHIEDE

La VS autorizzazione a condurre un'indagine esplorativa con finalità di raccolta dati inerenti lo studio epidemiologico dei pazienti ammissibili nel percorso fast-track nell'U.O.C. Pronto Soccorso della Madonna del Soccorso Ospedaliero "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto, per la realizzazione della propria tesi di laurea.

Lo studio avrà le caratteristiche di uno studio osservazionale di tipo trasversale. La raccolta dei dati farà riferimento all'anno 2023 e verrà realizzata tramite l'associazione della documentazione clinica, in aderenza alla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (Decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997), nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Regolamento Europeo UE n. 679/2016 - G.D. n. 196/2016), così come adeguato dal D.Lgs. n. 101/2018) e non esporrà gli utenti a nessun rischio. I dati raccolti dalla presente indagine, saranno trattati nel rispetto della riservatezza dei dati personali, successivamente soggetti ad elaborazione statistica e quindi trasformati in forma totalmente anonima e, in questa forma, eventualmente inseriti in pubblicazioni a carattere scientifico.

Ringrazio cordialmente e porgo i miei saluti

Dott.ssa Tiziana Iraini
Roberta Iraini

Simone Marini
simone.marini@univpm.it

Dott.ssa Roberta Iraini
Roberta Iraini

SI AUTORIZZA

Dott.ssa Giuseppina Petrelli
Direttore U.O.C. Pronto Soccorso S.C. Madonna del Soccorso

Dott. Giancarlo Viviani
Direttore Presidio Unico Ospedaliero ASU Ascoli Piceno

Dott. Luca Gelati
Direttore Dipartimento D.A. Area Infermi-Estrinseca