

 <b>ASL Lecce</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PROTOCOLLO FAST TRACK</b>	Pag. 1 di 12
		01/06/2022
<b>Direzione Medica di Presidio</b>		

### Gruppo di lavoro

Direttore Medico di Presidio	Carlo Sabino Leo
Direzione Medica di presidio	Eugenia Carluccio
Direttore Pediatria	Paladini Pasquale
Pediatria	Gianluca Lezzi
Direttore Oculistica	Antonio Mocellin
Oculistica	Giuseppe Specchia
Direttore Ostetricia e Ginecologia	Antonio Perrone
Ostetricia	Greco Eliana
Direttore ORL	Antonio Palumbo
Otorinolaringoiatria	Alberto Taurino
Direttore Pronto Soccorso	Silvano Fracella
Coordinatore Pronto Soccorso	Antonella Vergari
Infermiere Triage	Katia Pedone
Servizio Infermieristico Direzione Medica	Damiano Nicolì
Direttore Ortopedia	Giuseppe Rollo
Ortopedia	Marco Giaracuni
Rischio Clinico	Anna Patrizia Barone

## Sommario

Gruppo di lavoro.....	1
Premessa.....	2
SCOPO.....	4
CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....	4
CONTENUTO.....	4
TRIAGE.....	4
Metodologia-Criteri di inclusione/esclusione dal percorso.....	7
Gestione della prestazione.....	10
INDICATORI DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO.....	12

### Premessa

Il Fast Track è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza monospecialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quali nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore.

L'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e di protocolli validati aziendali che, in presenza di un quadro di patologia minore con chiara pertinenza mono-specialistica, consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente.

L'adozione di tali modelli clinico-organizzativi può valorizzare ulteriormente la funzione di Triage, migliorando inoltre l'appropriatezza di trattamento grazie alla possibilità di attivazione di percorsi differenziati di presa in carico all'interno dei PS<sup>1</sup>.

Negli ultimi anni il Triage ha rappresentato una delle innovazioni più importanti nel campo dell'emergenza/urgenza, assumendo una valenza strategica negli accessi al Pronto Soccorso.

Il triage “tradizionale” diviene parte di una più ampia skill che include anche l'indicazione di percorso.

---

1 Ministero della Salute “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”, 2019.

La continua evoluzione dei percorsi organizzativi e gestionali ha portato allo sviluppo di sistemi assistenziali alternativi al Pronto Soccorso ed in quest'ottica, va inquadrato il modello Fast Track.

Il Fast Track rappresenta la possibilità autonoma da parte del personale infermieristico, adeguatamente formato, di inviare direttamente al medico specialista ospedaliero pazienti con specifici segni e sintomi riconducibili generalmente a situazioni di non urgenza (codice bianco e verde).

Il Fast Track si basa sul principio del trattamento rapido presso un'area dedicata, secondo criteri predefiniti, di pazienti identificati come portatori di patologie a basso rischio e/o a bassa gravità, generalmente a bassa complessità assistenziale e comunque di chiara competenza monospecialistica. I fast track sono attivi, di massima, nelle fasce orarie di apertura degli ambulatori specialistici.

Gli studi internazionali hanno dimostrato che l'attivazione di percorsi veloci in P.S. per le patologie minori:

1. permette una razionalizzazione dei percorsi e una sensibile diminuzione dei tempi di attesa;
2. riduce i tempi di permanenza in DEA;
3. riduce il numero di pazienti che abbandonano il P.S. senza essere valutati;
4. riduce le proteste e la conflittualità con gli utenti, generando una percezione di migliore qualità del sistema di Emergenza.

Al Pronto Soccorso del presidio Ospedaliero "Vito Fazzi" si verificano in media circa 80000 accessi l'anno, dei quali circa il 75% per problemi di salute minori, rappresentati dai cosiddetti codici a bassa priorità, riguardanti principalmente patologie oculistiche, otorinolaringoiatriche, che raramente rivestono carattere d'urgenza ma che rappresentano una fetta rilevante, dal punto di vista numerico, degli utenti che accedono al Pronto Soccorso. Per inciso, tale fenomeno è diffuso in tutto il mondo e un po' ovunque sono stati messi in atto aggiustamenti organizzativi per far fronte a tale problema.

## SCOPO

Lo scopo del presente protocollo è quello di ridurre i tempi di attesa per alcune tipologie di prestazioni a bassa complessità con invio diretto a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA.

## CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica al Presidio Ospedaliero Vito Fazzi, nell'ambito di percorsi di cura che si attivano in Emergenza Urgenza.

## DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Ministero della Salute "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero", Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Anno 2019.
- Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici, AGOSTO 2019.
- Manuale utente EDOTTO - Area Accettazione e Urgenza.

## CONTENUTO

### TRIAGE

Le recenti indicazioni Ministeriali (2019) suddividono le attività di triage in 4 fasi:

**Fase della valutazione immediata** (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.

#### **Fase della valutazione soggettiva e oggettiva:**

- valutazione soggettiva, effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata),
- valutazione oggettiva, effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.

**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.

**Fase della rivalutazione:** consiste nella rivalutazione dei pazienti in attesa, con conseguente conferma o modifica del codice di priorità assegnato.

**Tabella 1 denominazione e definizione dei codici**

<b>Codice</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Definizione</b>	<b>Tempo massimo raccomandato di attesa</b>
<b>ROSSO</b>	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
<b>ARANCIONE</b>	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
<b>AZZURRO</b>	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
<b>VERDE</b>	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
<b>BIANCO</b>	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

**Tabella 2 parametri vitali per l'attribuzione dei livelli di priorità (strutturata sulla base della valutazione A-B-C-D-E).**

VALUTAZIONE		1	2	3	4	5
A	Vie aeree	ostruite	pervie	pervie	pervie	pervie
B	SpO <sub>2</sub>	≤86%	86-90%	>90-95%	>95%	>95%
	FR atti/min	<10	>30	22-30	17-21	12-16
C	FC b/min	≤ 40 ≥ 160	> 40 - ≤ 50, ≥110 - <160, ≥ 90 < 110 + aritmia*	> 50 - <60 ≥ 90 < 110 60- 90 + aritmia*	≥60-<90 non aritmia	≥60-<90 non aritmia
	PAS mmHg	≤ 75 o polsi periferici assenti ≥ 250	≤90 Indice di shock ≥1 > 200 - <250	>90 ≤ 105 Indice di shock <1 > 170	≤ 170	< 140
	PAD mmHg	≥ 130	≥ 120 - < 130	≥ 100 - < 120	< 100	< 90
D	GCS	≤11	12-13	14	15	15
E	TC °C	<35°	35°-35,5° >39,5°	38,0°-39,5°	<38.0°	febbre riferita
Dolore	Scala		8-10	4-7	1-3	dolore non in atto
Glicemia	HGT mg/dl	<40	40-60	60-80	>80	>80
			High o >300 + sintomi°	>300 no sintomi°	<300	
Età	anni			>75^		

\*di nuova insorgenza

°sintomi/segni di chetosi

^per paziente pluripatologico o con problema principale a rischio coinvolgimento sistemico.

**Tabella 3 modalità e tempi di rivalutazione**

Codice	Denominazione	Tempo massimo raccomandato di attesa	Modalità di rivalutazione
<b>ROSSO</b>	EMERGENZA	Accesso immediato alle aree di trattamento	Nessuna rivalutazione
<b>ARANCIONE</b>	URGENZA	Accesso entro 15 minuti	Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
<b>AZZURRO</b>	URGENZA DIFFERIBILE	Accesso entro 60 minuti	<b>Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a giudizio dell’infermiere di triage</li> <li>– a richiesta del paziente</li> <li>– una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato</li> </ul>
<b>VERDE</b>	URGENZA MINORE	Accesso entro 120 minuti	
<b>BIANCO</b>	NON URGENZA	Accesso entro 240 minuti	

### Metodologia-Criteri di inclusione/esclusione dal percorso

Il paziente deve avere un unico problema, di competenza delle UU.OO.CC. indicate e al Triage deve essere codificato come codice verde o bianco.

Sono esclusi dalla procedura di fast track i pazienti con:

- alterazione o rischio di alterazione dei parametri vitali;
- lesioni secondarie ad infortunio sul lavoro o per le quali è necessario redigere referto per l’A.G.

Le patologie per le quali viene attivato il fast track nel presidio Ospedaliero interessano le seguenti UU.OO.:

1. Oculistica
2. Otorinolaringoiatria
3. Ortopedia
4. Ginecologia e Ostetricia
5. Pediatria

Di fondamentale importanza è l’attualità e appropriatezza dei criteri d’inclusione specifici per ciascuna disciplina.

## OCULISTICA

### CRITERI DI INCLUSIONE

- Congiuntivite
- Corpo estraneo congiuntivale o corneale
- Abrasione corneale
- Calazio, orzaiolo

### CRITERI DI ESCLUSIONE

- Ferite palpebrali
- Tumefazione orbitaria o periorbitaria
- Anisocoria
- Lesioni bulbari
- Improvvisa perdita del visus
- Diplopia
- Emorragia sottocongiuntivale
- Disturbi del visus isolati
- Scotomi
- Ferite corneali
- Alterazione o rischio di alterazione dei parametri vitali
- Lesioni secondarie ad infortunio sul lavoro o per le quali è necessario redigere referto per l'A.G.

## PEDIATRIA

### CRITERI DI INCLUSIONE

- Febbre con TC < 38,5°C in assenza di alterazione dei rimanenti parametri vitali
- Dispnea riferita (eupnoico con SpO<sub>2</sub> ≥97% in assenza di alterazione dei rimanenti parametri vitali)
- Rash cutaneo con parametri vitali nella norma
- Pianto inconsolabile riferito, con parametri vitali nella norma
- Vomito e diarrea con parametri vitali nella norma

### CRITERI DI ESCLUSIONE

- Trauma cranico con perdita di coscienza\*
- Dolore addominale di forte intensità\*\*
- Traumi arti inferiori e/o superiori, altra traumatologia
- Alterazione dei parametri vitali (almeno uno): cfr. tabella 2
- Dolore addominale con parametri vitali nella norma\*\*
- Trauma cranico\*
- Alterazione o rischio di alterazione dei parametri vitali
- Lesioni per le quali è necessario redigere referto per l'A.G.

\* Trauma cranico: il paziente che si presenta in PS con un trauma cranico di qualunque entità viene preso in carico in PS, in quanto deve essere valutato anche dallo specialista neurochirurgo, a discrezione del medico di PS che lo ha in carico.

\*\* Dolore addominale: il paziente che si presenta con dolore addominale in PS viene gestito dal medico del PS che richiede tempestivamente anche la consulenza della chirurgia pediatrica.



## OTORINOLARINGOIATRIA

### CRITERI DI INCLUSIONE

- Faringodinia e sensazione di corpo estraneo in gola
  - se febbre: misurazione parametri vitali, invio allo specialista se non modificano la priorità
  - se alterazione del tono di voce: Valutazione Medica di PS prima dell'invio allo specialista
- Otaglia non traumatica e sensazione di corpo estraneo nell'orecchio
  - se febbre: valutare parametri vitali, invio allo specialista se non modificano la priorità; se dolore o edema alla rocca mastoide: Valutazione Medica di PS prima dell'invio allo specialista
- Ipoacusia o acufeni
- Epistassi recente non traumatica
  - se tosse o rumori respiratori: escludere ostruzione delle vie aeree
  - se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica: Valutazione Medica di PS prima dell'invio allo specialista o considerare pressione arteriosa
- Corpo estraneo in coana nasale: Valutazione Medica di PS prima dell'invio allo specialista

### CRITERI DI ESCLUSIONE

- Sanguinamento nasale in atto
- Pus o sangue dal meato uditivo
- Sensazione di corpo estraneo con agitazione, scialorrea o stridore
- Alterazione o rischio di alterazione dei parametri vitali
- Lesioni secondarie ad infortunio sul lavoro o per le quali è necessario redigere referto per l'A.G.

## OSTETRICIA E GINECOLOGIA

### CRITERI DI INCLUSIONE

- Edema, secrezione o dolore vaginale o vulvare
- Corpo Estraneo vaginale
- Alterazioni del ciclo mestruale
- Dolore pelvico senza segni di addome acuto
- Perdite ematiche in assenza di alterazioni dei parametri vitali
- Febbricola post-chirurgica

### CRITERI DI ESCLUSIONE

- Meno/Metrorragia con anemizzazione severa
- Temperatura corporea  $>38,5^{\circ}\text{C}$
- Presenza di dolore addominale con segni di addome acuto (difesa muscolare, gonfiore e dolore iperacuto)
- Terapia con anticoagulanti
- Abuso e maltrattamento
- Alterazione o rischio di alterazione dei parametri vitali
- Denuncia all'Autorità Giudiziaria
- Lesioni secondarie ad infortunio sul lavoro o per le quali è necessario redigere referto per l'A.G.

Per le donne gravide che accedono in PS per problemi correlati alla gravidanza è previsto l'invio diretto in reparto (secondo piano scala verde). In questa sede è attivo un ambulatorio dedicato alle urgenze ed è in via di attivazione un PS ostetrico.

## ORTOPEDIA

### CRITERI DI INCLUSIONE

- Trauma degli arti dal gomito in giù dal ginocchio in giù
- Trauma chiuso e isolato **distale (dal gomito o dal ginocchio in giù)** arti superiori/inferiori (es. contusioni, distorsioni legate a piccoli traumi e/o singoli distretti, avambraccio, gomito, polso, mano, dita mano, ginocchio, gamba, caviglia, piedi, dita dei piedi). In pazienti con anamnesi negativa per gravidanza in atto.
- Dolore o fastidio in sede di apparecchio gessato
- Ritorno per stessa patologia dopo recente trattamento ortopedico
- Pazienti con frattura accertata in possesso di radiografia eseguita in altra struttura esterna al presidio Ospedaliero Vito Fazzi
- Dolore atraumatico: codice bianco

### CRITERI DI ESCLUSIONE

- Trauma determinato da causa internistica (sincope, pre-sincope etc) o con dinamica poco chiara/complessa incluse le fratture prossimali di femore
- Concomitante trauma cranico, anche se non commotivo
- Concomitante sindrome neurologica acuta (ictus cerebri, sospetta lesione midollare, sospetta lesione neurologica periferica)
- Condizione di politraumatizzato con traumi di entità maggiore (codice giallo o rosso, anche se non in intubazione oro tracheale)
- Pazienti vincolati alla "tavola spinale"
- Frattura esposta
- Lussazioni articolari
- Sanguinamento abbondante dell'area interessata dal trauma e Sindromi emorragiche
- Lombalgia
- Abuso/maltrattamento
- Trauma del bacino, anca, femore
- Trauma spalla, braccio (in questi casi sarà il medico di PS ad attivare eventualmente il percorso)
- Alterazione o rischio di alterazione dei parametri vitali
- Lesioni per le quali è necessario redigere referto per l'A.G.
- Infortuni sul lavoro

\*I primi due punti nei criteri di inclusione sono fast track peculiari in quanto il medico ortopedico può richiedere anche l'esecuzione di RX alla diagnostica per immagini.

### Gestione della prestazione

L'infermiere triagista, effettuata l'accettazione di pronto soccorso, assegnato il codice colore, a seguito della valutazione sulla porta e la rilevazione dei parametri vitali, invia direttamente i pazienti all'ambulatorio dedicato.

L'infermiere del TRIAGE contatta telefonicamente lo specialista e avvisa dell'attivazione del percorso di TRIAGE (cfr. Tabella 4 numeri utili)

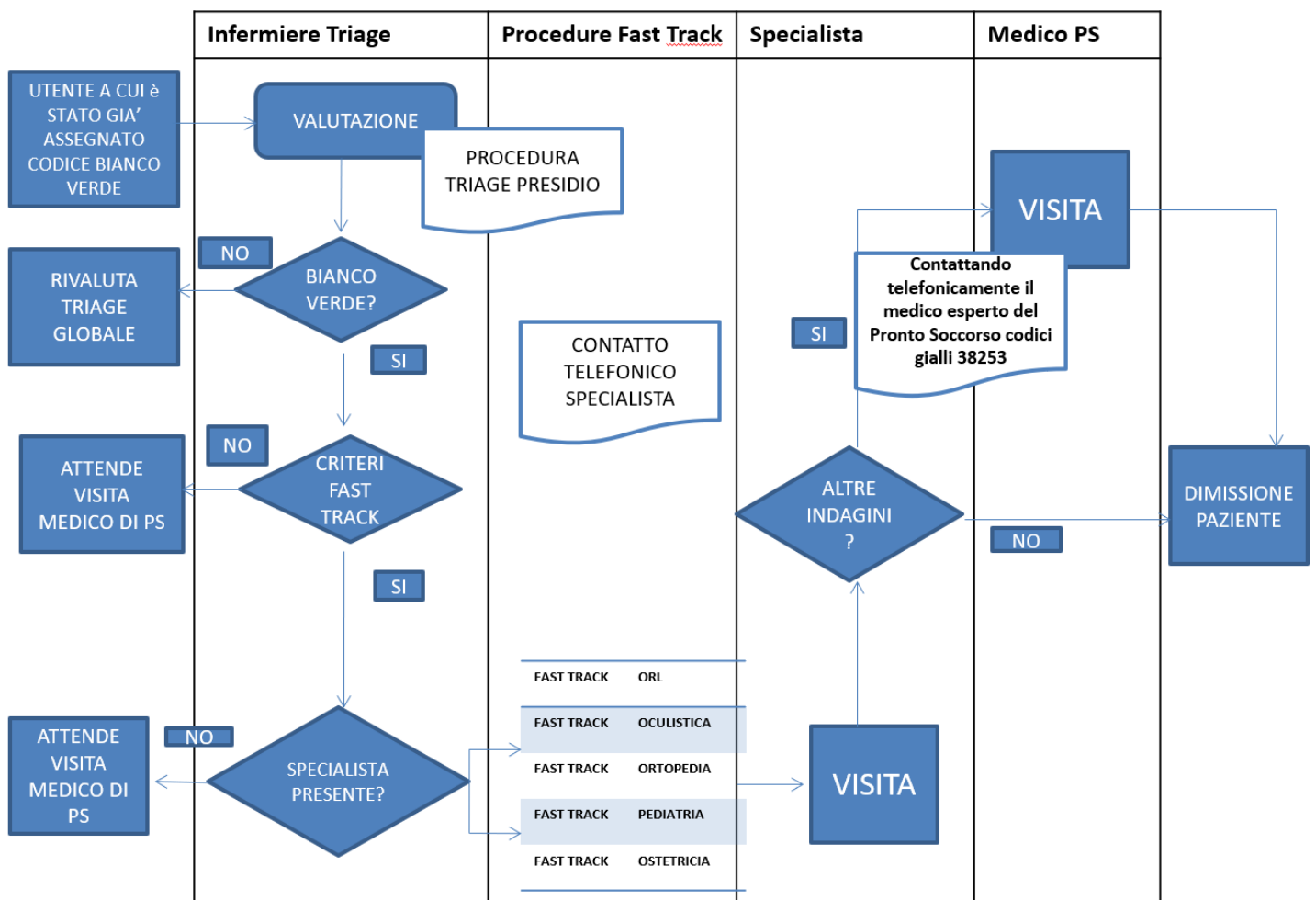
I pazienti, soprattutto se non deambulanti o non orientati nel tempo e nello spazio, devono essere accompagnati dal personale ausiliario OSS di PS.

Lo specialista gestirà la prestazione tramite EDOTTO, con eventuale richiesta di accertamenti diagnostici, ove lo riterrà necessario e al termine della prestazione, **provvederà direttamente alla dimissione consegnando copia del foglio di dimissione al paziente.**

Nei casi in cui, lo specialista ritenga opportuni ulteriori accertamenti, dopo avere eseguito la prestazione, invierà nuovamente il paziente in Pronto Soccorso per il seguito di competenza, dopo aver preso contatto telefonico con il medico esperto del PS codici gialli (TEL 37253).

Al fine di rendere operativa la procedura, ciascun professionista dovrà effettuare il corso di “accettazione d’urgenza” mediante la piattaforma e-learning di EDOTTO.

**Figura 1 FLOW CHART ATTIVAZIONE FAST TRACK**



***Tabella 4 numeri utili e localizzazione ambulatori***

REPARTO	FASCIA ORARIA	N. TELEFONO	LUOGO
<b>OTORINO</b>	H 12	38539	Scala C - Piano 3°
<b>OCULISTICA</b>	H 12	38428	Scala C - Piano 5°
<b>PEDIATRIA</b>	H 24	38431 (reparto) 38113 (ambulatorio)	Scala A - Piano 2°
<b>OSTETRICIA</b>	H 24	38507	Scala B - Piano 2°
<b>ORTOPEDIA</b>	H 24	37442/37443	DEA – Piano Terra

#### INDICATORI DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO

- N° di Richieste di Consulenze Specialistiche da PS (Pediatria, Ginecologia, Ortopedia, Oculistica, Otorinolaringoiatria)
- N° di Percorsi Fast Track esitati in Ricovero per Specialistica
- % di Attivazione di Fast Track per Codice Colore dell'accesso
- % di Allontanamenti Prima della Visita
- % di Allontanamenti Dopo la Visita
- N° di Percorsi Fast Track chiusi dal Medico di PS
- N°percorsi Fast Track attivati / n°totale dei percorsi Fast Track concordati con gli specialisti
- Tempi Medi di Attesa in PS
- N° di Segnalazioni giunte in Direzione Medica o Segnalazione URP circa aspetti collegati.