

Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa

Fast Track per Patologie Otorino
modello organizzativo per ridurre le attese nei D.E.A.
dell'ASST Rhodense

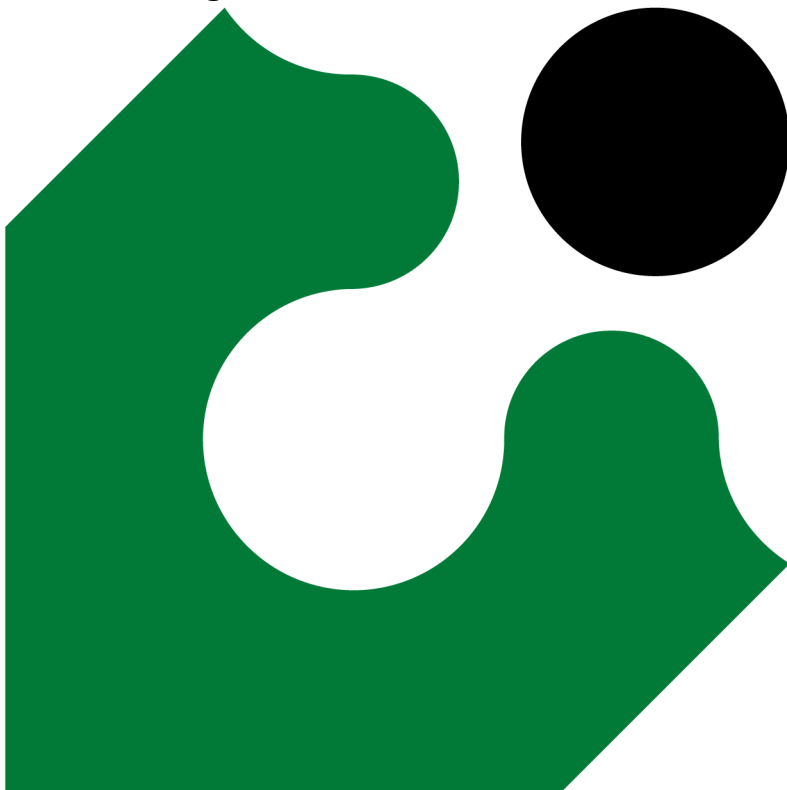
Corsista

Angelo Placentino

Relatore

Marta Marsilio

AA 2022-2023



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

UNIMI DSC 2201/AE

Università degli Studi di Milano

L'AUTORE

ANGELO PLACENTINO

Direttore SC Otorinolaringoiatria,

ASST Rhodense, Email : aplacentino@asst-rhodense.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

MARTA MARSILIO,

Professore associato

Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

FEDERICO LEGA

Professore Ordinario

Università degli Studi di Milano

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
1. ANALISI DEL CONTESTO D'INTERVENTO	5
1.1 Cenni storiografici	5
1.2 ASST Rhodense	6
2. ANALISI DEL CONTESTO NORMATIVO	9
2.1 Disposizioni a carattere nazionale	9
2.2 Disposizioni della Regione Lombardia	10
3. OBIETTIVI STRATEGICI	12
4. OBIETTIVI SPECIFICI	13
5. BENEFICIARI DEL PROGETTO	14
6. DESCRIZIONE DEL PROGETTO, FASI E TEMPISTICHE	15
3.1 Classificazione delle patologie	15
3.2 Organizzazione del servizio	18
3.3 Fasi e tempistiche	20
7. ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE	20
8. RISULTATI ATTESI, MONITORAGGIO E INDICATORI	21
CONCLUSIONI	22
BIBLIOGRAFIA	23
SITOGRAFIA	24

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche da un lato e una progressiva riduzione degli investimenti nel campo della sanità pubblica dall'altro, hanno reso necessario un ripensamento dei sistemi di erogazione delle prestazioni sanitarie. In particolare sono state oggetto di revisione quelle di primo livello, identificabili con le richieste di intervento in urgenza per ogni tipo di patologia, avendo sempre in evidenza i problemi legati all'appropriatezza degli interventi e alla loro sostenibilità economica.

I servizi di Pronto Soccorso, aperti 365 giorni all'anno, 24 ore su 24, rappresentano il principale punto di riferimento della popolazione per i bisogni sanitari urgenti. Il sovraffollamento (*Overcrowding*) è una condizione di malfunzionamento del Pronto Soccorso dovuta ad una sproporzione esistente tra la domanda sanitaria e le risorse realmente disponibili (sia personale sanitario che strutture). L'aumento dei tempi di attesa dei pazienti in Pronto Soccorso comporta il sorgere di problematiche di diversa natura: dal pericolo di un incremento della morbilità e della mortalità, all'incremento di contenziosi; dalla riduzione della qualità dei servizi all'aumento dei costi sanitari e gestionali. E' divenuta, quindi, fondamentale una revisione di fondo con la finalità di garantire la massima funzionalità del sistema di emergenza-urgenza di ogni ospedale.

Tale ripensamento ha portato ad identificare nuovi modelli organizzativi per l'erogazione di tutti quei servizi rientranti nel novero di una sanità orientata alla persona e alla possibilità di soddisfare i suoi bisogni in tempi congrui e con modalità chiare e di facile esecuzione.

Le criticità rilevate sono rappresentate dal ritardo di accesso alle cure, dallo stazionamento (*boarding*) dei pazienti in attesa di ricovero e, in generale, dal sovraffollamento nei Servizi di Pronto Soccorso. Ci si è quindi preoccupati di affrontare tale situazione attivando, in linea con le direttive nazionali e sulla base delle evidenze scientifiche, un sistema integrato di accoglienza e valutazione del grado di priorità di accesso alle cure. Tale sistema, individuato nel *Triage* infermieristico, è stata la prima risposta del Servizio Sanitario a tali criticità.

Il nuovo sistema di accoglienza e valutazione è articolato in 5 codici di priorità, la cui assegnazione tiene conto delle condizioni cliniche, del rischio evolutivo, dell'utilizzo delle risorse, generando così percorsi distinti a partire dal processo di triage. Per questo all'interno del Pronto Soccorso vengono create aree distinte per un diverso grado di complessità (alta, media, bassa) che naturalmente prevedono differenti livelli di rischio evolutivo, differenti tempi di presa in carico, e differente utilizzo di risorse e complessità assistenziale.

La risposta si è rivelata utile ma non sufficiente, quindi si è pensato di agire ancora sul sistema ed implementarlo, utilizzando gli elementi di analisi propri del triage. E' nato così il percorso *Fast Track* per determinati tipi di patologie.

Di fatto i fast-track sono percorsi di cura alternativi all'ingresso in Pronto Soccorso, che partono direttamente da triage, senza l'accettazione del paziente da parte del medico di Pronto Soccorso, ed interessano pazienti con urgenze minori di pertinenza mono-specialistica.

1. ANALISI DEL CONTESTO D'INTERVENTO

1.1 Cenni storiografici

1.1.1. *Triage e Overcrowding*

Il triage ha rappresentato una delle innovazioni più importanti nel campo dell'emergenza/urgenza, assumendo una valenza strategica nella gestione organizzativa degli accessi in pronto soccorso.

Il termine "*trriage*" deriva dal francese "*trier*" che significa smistare, scegliere, selezionare. Infatti il triage sanitario ha visto la sua nascita e affermazione proprio in Francia, nei primi anni del XIX secolo durante le guerre napoleoniche, come conseguenza della necessità di determinare una priorità di intervento e cura tra i soldati feriti nei campi di battaglia. Il primo medico a praticarlo fu proprio un chirurgo francese, il barone Jean Dominique Larrey, durante le guerre napoleoniche. In quel contesto egli scelse di soccorrere per primi quelli che avevano subito lesioni meno gravi e che quindi avevano maggiori possibilità di guarire e di farlo velocemente, per poter essere rinviiati il prima possibile sul campo di battaglia. Con modalità simili il triage è stato utilizzato anche durante la prima guerra mondiale, identificato anche in questo caso come la fase della "cernita" dei feriti. Successivamente la tecnica del triage è stata estesa anche alla medicina delle catastrofi e delle grandi emergenze, in cui è fondamentale effettuare una rapida valutazione della situazione, stabilire le modalità di intervento e trattamento, al fine di utilizzare le risorse disponibili nel modo più efficace.

Il triage, con le caratteristiche attuali, nasce negli Stati Uniti intorno al 1960, e arriva in Italia nei primi anni '90, prendendo come riferimento le esperienze già consolidate degli USA e della Gran Bretagna.

La necessità di attivare nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) o Pronto Soccorso (PS) la funzione di *trriage*, origina principalmente da una situazione di crescente affollamento di queste strutture, altrimenti detto *overcrowding*.

Il fenomeno dell'*overcrowding* viene definito come la situazione in cui l'attività del DEA/PS è ostacolata dal fatto che il numero dei pazienti in attesa di essere visitati, sottoposti ad accertamenti e cure, oppure dimessi, è superiore alle risorse logistiche o professionali dello stesso dipartimento.

Le cause di tale sovraffollamento sono molteplici. La componente in ingresso è costituita da una tipologia eterogenea di pazienti: fra essi ci sono quelli che richiedono cure in emergenza-urgenza, a seguito di lesioni traumatiche, o malattie acute gravi, o patologie croniche riacutizzate. A questi si aggiungono coloro che ritenendo 'soggettivamente' di aver bisogno con urgenza di una visita medica, anziché rivolgersi al medico di medicina generale o al servizio di guardia medica, si recano in pronto soccorso. Inoltre c'è una fascia debole della popolazione costituita da cittadini indigenti, immigrati, senza tetto, o vittime di abusi e violenze, che ritiene l'accesso al pronto soccorso l'unico modo per ottenere le cure sanitarie di cui necessita.

Ormai tutti i pazienti che accedono al PS, in fase di triage, vengono classificati in base ad un codice colore, definito dalla gravità della patologia. Questi codici definiscono la priorità in tre grandi fasce: alta-media-bassa. Poiché la stragrande maggioranza dei casi clinici che affollano i PS sono rappresentati da codici di priorità media o bassa, è proprio sul trattamento di questi ultimi che è possibile intervenire per cercare di arginare il problema ed evitare di incorrere in un rialzo della percentuale di *malpractice*. Inoltre tale situazione potrebbe nuocere coloro che presentano problematiche più urgenti e complesse.

Per ovviare a questo problema, nei Pronto Soccorso di molte realtà italiane è stato adottato il modello del *Fast Track*.

1.1.2. *Fast track*

Il *fast-track* (percorso veloce) può essere considerato come una evoluzione di percorsi formativi e gestionali che ha permesso lo sviluppo di sistemi assistenziali alternativi al pronto soccorso. L'attivazione dei percorsi *fast track* viene descritta in letteratura come una delle soluzioni ad elevato impatto per ridurre il sovraffollamento.

Nato negli anni '90 negli Stati Uniti come risposta organizzativa al fenomeno del sovraffollamento nei DEA, venne definito come metodo di gestione degli accessi non urgenti. Lo staff dedicato era composto soprattutto da *emergency nurse practitioners (ENPS)*, infermieri con una specifica formazione avanzata, che lavoravano in maniera autonoma e si avvalevano della consulenza medica in caso di necessità.

In diverse realtà internazionali, in particolare quelle anglosassone, americana e canadese, è intervenuta una vera e propria riorganizzazione del Pronto Soccorso, con l'apertura di aree ambulatoriali adiacenti allo stesso e dipendenti dal dipartimento stesso. In Italia la direzione intrapresa si pone a metà tra il modello americano e quello anglosassone. I vari protocolli italiani si fondano sulla velocizzazione dei passaggi.

Un corretto funzionamento del *Fast track* necessita di protocolli definiti e procedure che prevedano l'invio diretto allo specialista per quei quadri clinici di chiara competenza mono-specialistica, senza la visita preliminare da parte del medico di PS. Protocolli simili possono essere adottati anche per l'accesso diretto a determinate procedure diagnostiche, laddove il paziente presenti segni e sintomi che inequivocabilmente richiedano tale accertamento.

1.2 ASST Rhodense

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Rhodense è stata costituita nel 2015 a seguito dell'attuazione della riforma sanitaria. Essa opera sul territorio degli ex distretti sociosanitari di Garbagnate Milanese, Rho e Corsico, con un bacino complessivo di popolazione residente di oltre 483.000 abitanti.

La mission dell’Azienda è quella di prendersi cura della persona in risposta ai suoi bisogni di salute, avendo come valori di riferimento da perseguire il rispetto e la centralità del paziente nel percorso assistenziale, la sicurezza e la tutela della salute, l’attenzione alla cronicità e alla fragilità. A questo scopo l’organizzazione dei servizi aziendali si articola in due settori definiti:

- A. IL POLO OSPEDALIERO, prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta e sede di offerta sanitaria specialistica.
- B. LA RETE TERRITORIALE, dedicata all’erogazione delle prestazioni socio sanitarie distrettuali e prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità.

I presidi ospedalieri che costituiscono l’Azienda sono tre: due ad alta intensità di cura, Garbagnate Milanese e Rho, ai quali si aggiunge quello di Passirana, con finalità riabilitativa e di attivazione del percorso di presa in carico del paziente nella fase post-acuta, con un regime di ricovero adeguato.

Al settore polo territoriale afferiscono nuove articolazioni della Sanità Territoriale previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR):

- A. gli OSPEDALI DI COMUNITA (OdC), strutture di ricovero e cure intermedie, caratterizzate da ricoveri brevi, rivolti a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. Esse si collocano tra il ricovero ospedaliero, tipicamente destinato al paziente acuto, e le cure territoriali;
- B. le CASE DI COMUNITA (CdC), strutture fisiche in cui operano team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di famiglia e comunità, altri professionisti e assistenti sociali;
- C. le CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT), quali punti fisici e digitali che facilitano l’accesso dei cittadini alla rete dei servizi e alle Unità d’Offerta Sociosanitaria e Sociali.

L’ASST Rhodense svolge un significativo ruolo nella rete di Emergenza Urgenza della propria area, con i suoi due distinti punti di accesso, identificati entrambi come DEA di I livello nella classificazione regionale e nazionale, ciascuno dei quali con proprie specifiche peculiarità nell’ambito delle reti di patologie tempo dipendenti. I due punti di accesso (DEA I livello) sono dotati di un’organizzazione interna funzionale alle esigenze dell’utenza che vi si rivolge spontaneamente o che vi viene indirizzata dal sistema di emergenza – urgenza territoriale

Nel corso dell’anno 2022 sono stati registrati n. 40.108 accessi giornalieri di pronto soccorso a Rho e n. 52.956 a Garbagnate. Di questi, quelli classificati con codice *bianco* (non critico) sono stati 6.310 a Rho e 9.079 a Garbagnate, mentre quelli classificati con codice *verde* (poco critico) sono stati 30.630 a Rho e 38.838 a Garbagnate. E’ evidente l’alta percentuale di accessi per patologie poco critiche. Ciò rende opportuno regolamentare i flussi già dal triage.

FIG. 1 – DIAGRAMMA ACCESSI TRIAGE OSPEDALE DI RHO NEL 2022

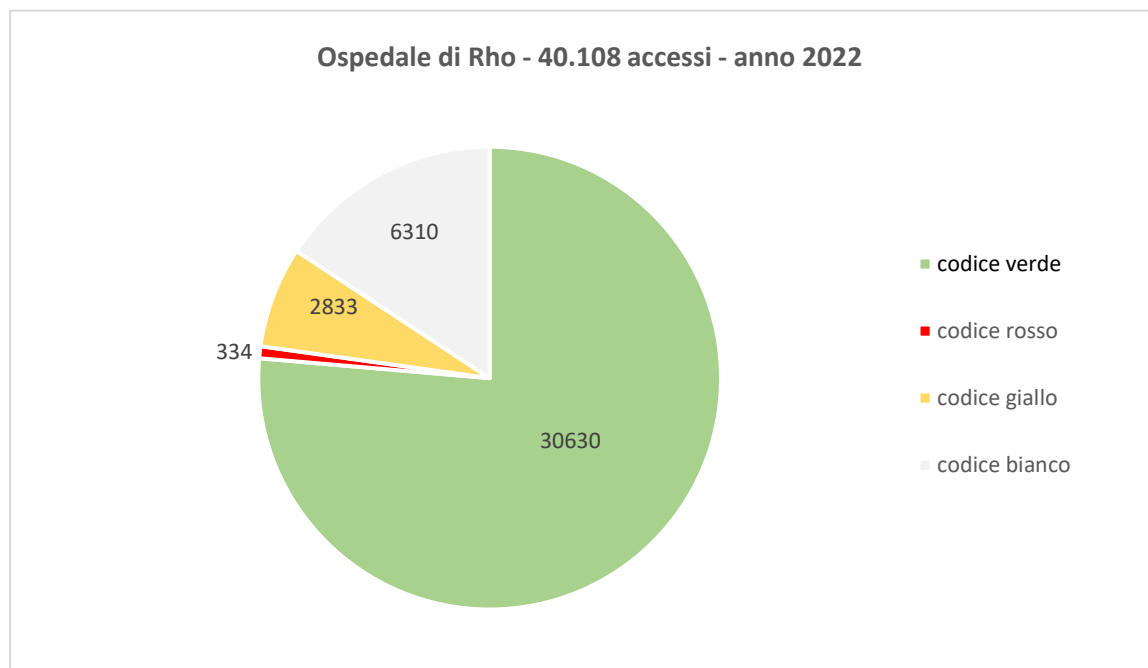
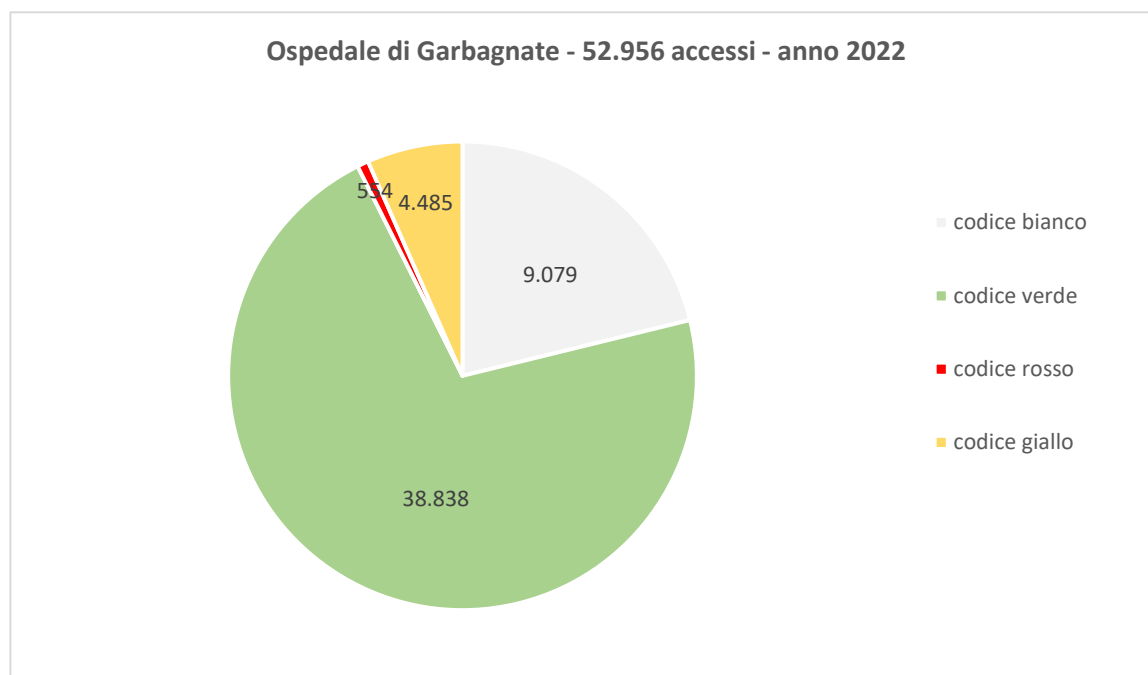


FIG. 2 – DIAGRAMMA ACCESSI TRIAGE OSPEDALE DI GARBAGNATE M.SE NEL 2022



2. ANALISI DEL CONTESTO NORMATIVO

2.1 Disposizioni a carattere nazionale

Il quadro normativo di riferimento è rappresentato da diverse norme di valenza nazionale fra le quali vanno evidenziate:

- D.P.R. 27 marzo 1992 - “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”;
- ATTO D’INTESA Stato-Regioni del maggio 1996 - “Atto d’intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992”;
- ACCORDO Stato-Regioni del 25.10.2001 - “Linee Guida su Triage intraospedaliero - valutazione gravità all’ingresso- e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza-sanitaria”;
- Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013: “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all’interno del Pronto Soccorso”.

In attuazione di quanto previsto in tali atti, nel servizio sanitario italiano è stata introdotta e implementata la metodologia del Triage infermieristico, inteso quale strumento per effettuare una idonea selezione degli accessi in Pronto Soccorso, in base alla priorità determinata dalle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo, nonché dal grado di impegno delle risorse.

Le Linee guida del 2001 hanno rappresentato un punto di svolta nel miglioramento del sistema di Triage infermieristico in Italia e ancora oggi costituiscono un valido riferimento. Tuttavia, la loro diffusione solo parziale sul territorio nazionale e, soprattutto, l’assenza di un modello uniforme e condiviso, con criteri definiti ed univoci, ha reso necessario aggiornare ed integrare dette linee guida con la finalità di garantire la realizzazione di un sistema di *Triage* infermieristico uniforme su tutto il territorio nazionale, orientato ai nuovi bisogni di salute della popolazione e in linea con le evidenze scientifiche più recenti, e che risponda alle attuali esigenze dei contesti operativi.

Generalmente la funzione di *Triage* non è quella di ridurre i tempi d’attesa dei pazienti, ma di ridistribuirli a favore di chi ha necessità d’interventi in emergenza e urgenza.

Il nuovo modello derivante dalle nuove linee guida tiene conto anche del progressivo sviluppo di sperimentazioni avanzate, quali il “*fast track*” ed il “*see and treat*”, che rappresentano nuove modalità di realizzazione di soluzioni operative funzionali alla gestione delle emergenze.

I sistemi di *Triage* implementati nelle realtà italiane si ispirano al modello di approccio globale alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica basata sulla raccolta di dati soggettivi e oggettivi, sulla base degli elementi situazionali significativi e sulle risorse disponibili. L’assegnazione del codice di priorità è l’esito della decisione infermieristica formulata nell’ambito dell’attività di Triage ed è basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione. Ciò determina la

priorità dell'accesso alle cure da attribuire al paziente in relazione alle sue condizioni cliniche, al rischio evolutivo e alla disponibilità delle risorse.

Con lo scopo di definire percorsi più appropriati è nata la necessità di differenziare ulteriormente il sistema di codifica precedentemente in uso, basato su quattro codici colore, adottando un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, dove 1 indica il massimo livello di gravità. Nel recepire queste nuove linee guida, ciascuna Regione ha la possibilità di associare al codice numerico anche il codice colore secondo una tabella definita.

2.2 Disposizioni della Regione Lombardia

Alle disposizioni di carattere nazionale sono seguite le linee guida regionali: ogni regione italiana, pur attenendosi a quelle nazionali, ha adottato linee guida specifiche per la gestione degli accessi al pronto soccorso, che includono vari criteri di selezione dei pazienti, protocolli di trattamento, la gestione dei flussi di pazienti e le procedure di monitoraggio e valutazione.

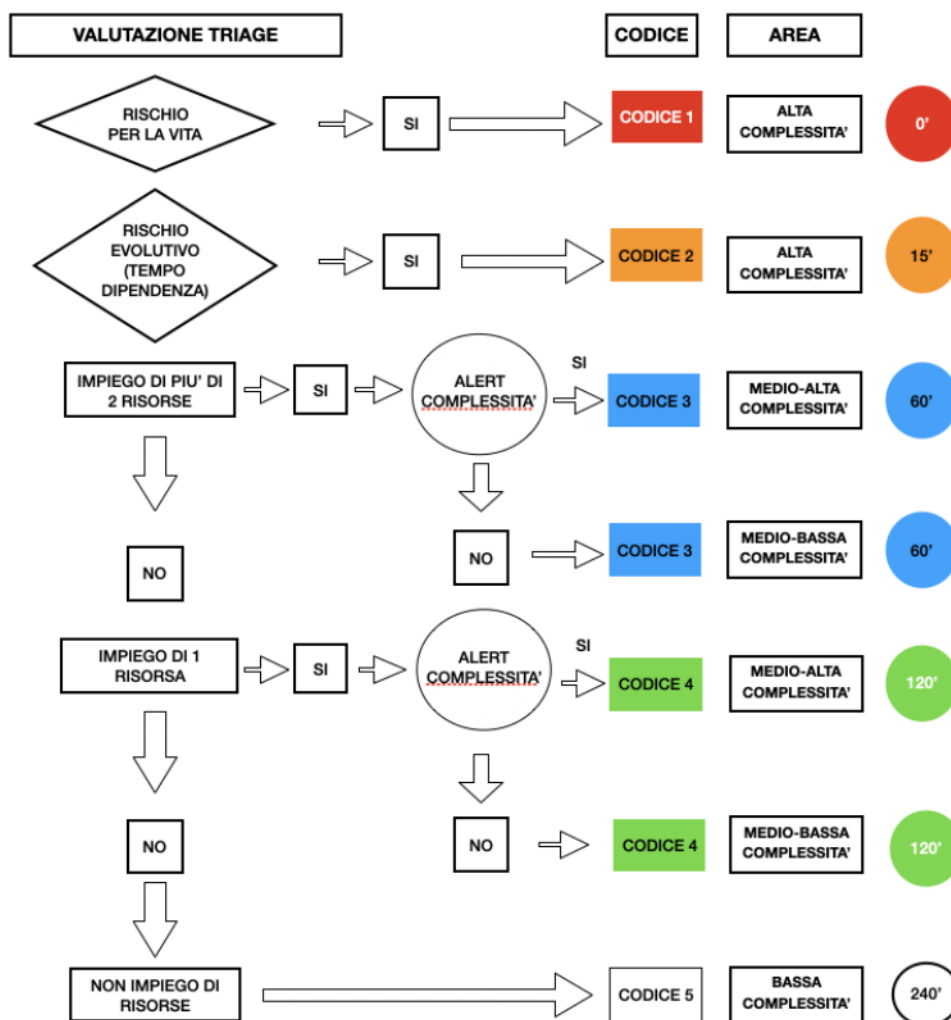
La Regione Lombardia con DGR N° XI /2672 del 16/12/2019 ha recepito l'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 riguardante le "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero", le "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e le "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso". Con le nuove disposizione la Lombardia ha fatto proprie tutte le indicazioni, disposizioni, raccomandazioni nazionali, adottando un nuovo modello organizzativo a partire dal triage che non si limita più solo al momento dell'accettazione in cui si stabilisce l'ordine di priorità, ma diventa un processo attivo che orienta il paziente verso il percorso più idoneo, in base alla complessità clinica ed alla gestione più efficace delle risorse.

Tale modello recepisce appieno l'importanza della presa in carico infermieristica contenuta nelle linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero, con l'obiettivo di ridurre il tempo di attesa tra triage e visita medica, facilitare i flussi e ridurre il tempo di accesso alla diagnosi e cura e di conseguenza la permanenza in PS.

Il nuovo modello è articolato su 5 codici di priorità. L'assegnazione del codice deve considerare le condizioni cliniche ed il rischio evolutivo, l'utilizzo di risorse e di elementi di complessità clinico-assistenziale, generando quindi percorsi distinti a partire dal processo di triage. Per cui all'interno del Pronto Soccorso vengono create aree distinte per un diverso grado di complessità (alta, media, bassa) che naturalmente prevedono differenti livelli di rischio evolutivo, differenti tempi di presa in carico, e differente utilizzo di risorse e complessità assistenziale, come rappresentato nella Fig 3.

A queste principali linee di attività è possibile aggiungere poi dei percorsi specifici per pazienti con bisogni particolari, come anziani, vittime di violenza, pazienti fragili, ecc.

FIG. 3 - FLOW CHART PER ASSEGNAZIONE CODICE e AREA DI COMPLESSITA'



Accanto all'attività di assegnazione del codice, l'infermiere di triage ha il compito di avviare il paziente a percorsi dedicati, in particolare quelli a diretta gestione specialistica per codici a bassa complessità individuabili con il termine "fast-track".

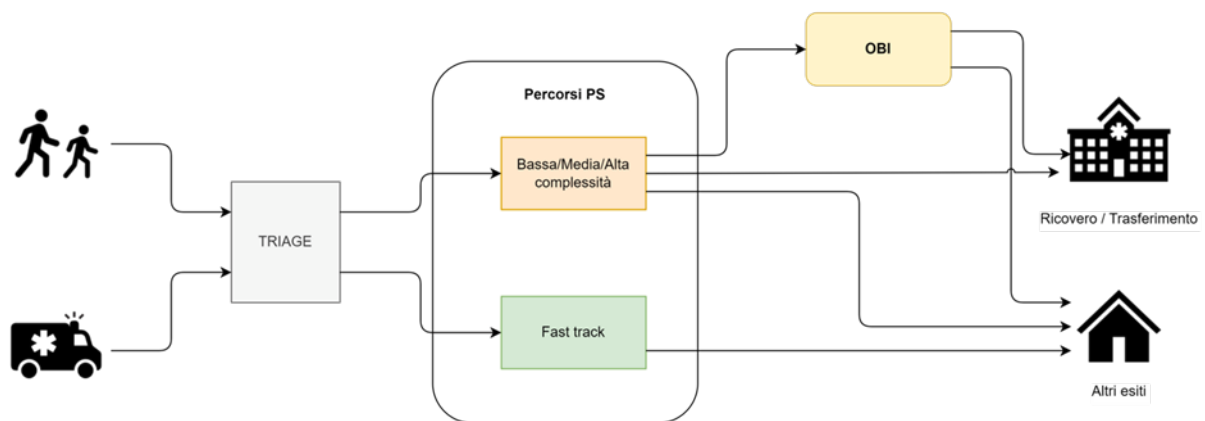
Quindi l'indirizzamento a tali percorsi è responsabilità dell'infermiere di triage che, dopo la valutazione in base a protocolli predefiniti, assegna il paziente al professionista che meglio può rispondere alla domanda sanitaria, nel contesto organizzativo locale.

Di fatto i fast-track sono percorsi di cura alternativi all'ingresso in Pronto Soccorso, che partono direttamente da triage, senza l'accettazione del paziente da parte del medico di Pronto Soccorso, ed interessano pazienti con urgenze minori (codici 4 e 5) di pertinenza mono-specialistica (oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ecc.)

E' importante, però, che tali percorsi non vengano individuati dal cittadino come una strategia per aggirare le liste d'attesa delle visite ambulatoriali. Quindi è quantomeno opportuno specificare che il fast-track non garantisce una priorità di visita rispetto ai pazienti già presenti in ambulatorio specialistico.

La Fig. 4 individua i differenti percorsi che originano da triage.

FIG. 4 - PERCORSI ORIGINATI DA TRIAGE



3. OBIETTIVI STRATEGICI

Il progetto vuole riformulare il modello organizzativo preesistente con un percorso ben definito per le patologie urgenti otorino, che possano rientrare nel fast track (codici bianchi/verdi), permettendo di regolare e ridurre le attese e l'afflusso nei Pronto Soccorso afferenti all'ASST Rhodense. Varrà definito un nuovo processo declinato con una linea guida aziendale, individuando le fasi di realizzazione, gli attori coinvolti, le risorse fisiche e tecnologiche impiegate.

Gli obiettivi strategici, nella declinazione che segue, vogliono rispondere alle esigenze e alle priorità della realtà sanitaria territoriale della ASST Rhodense :

- **RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA:** l'obiettivo principale del percorso veloce è quello di garantire una valutazione e un trattamento tempestivi ai pazienti non urgenti, riducendo i tempi di attesa;
- **MAGGIORE EFFICIENZA DEL SERVIZIO:** un percorso veloce efficace può contribuire a una maggiore efficienza del servizio di pronto soccorso, riducendo il carico di lavoro del personale medico e infermieristico e migliorando la gestione dei flussi di pazienti;
- **RIDUZIONE DEI COSTI PER L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA:** una gestione efficiente del percorso veloce può contribuire a una riduzione dei costi per l'azienda sanitaria, attraverso la riduzione dei ricoveri non necessari e una gestione più oculata delle risorse;
- **MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA:** un percorso veloce ben strutturato può migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, garantendo una valutazione accurata delle loro condizioni e una presa in carico tempestiva con le terapie necessarie;
- **MIGLIORAMENTO DELL'ESPERIENZA DEL PAZIENTE:** un percorso veloce ben strutturato migliora l'esperienza dei pazienti, aumentando la loro soddisfazione nei confronti del servizio sanitario e favorendo una maggiore adesione alle terapie prescritte.

4. OBIETTIVI SPECIFICI

Nell'ambito dell'attuazione di un percorso di fast track gli obiettivi specifici comuni alle varie branche specialistiche includono:

- **IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI CHE POSSONO BENEFICIARE DEL PERCORSO VELOCE:** uno dei principali obiettivi è quello di identificare i pazienti che possono beneficiare del percorso veloce, attraverso l'adozione di strumenti di triage e di screening;
- **DEFINIZIONE DEI CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE:** è importante definire in modo chiaro i criteri di inclusione e di esclusione per il percorso veloce, in modo da evitare errori di valutazione e garantire una gestione appropriata dei pazienti, sviluppando anche protocolli di gestione dettagliati per il percorso veloce, che prevedano le modalità di valutazione, di trattamento e di follow-up dei pazienti;
- **COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI:** è importante coinvolgere i pazienti nella gestione del percorso veloce, ad esempio attraverso la fornitura di informazioni chiare e tempestive sulla loro condizione e sulle modalità di accesso al servizio di pronto soccorso. Ciò può contribuire a migliorare la loro esperienza e la loro adesione alle terapie prescritte;
- **FORMAZIONE DEL PERSONALE:** è importante formare il personale medico e infermieristico sulla gestione del percorso veloce, in modo da garantire una valutazione accurata dei pazienti e una presa in carico tempestiva delle terapie necessarie;
- **MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEI RISULTATI:** è importante monitorare e valutare regolarmente i risultati del percorso veloce, ad esempio attraverso l'analisi dei tempi di attesa,

dei costi e della soddisfazione dei pazienti, al fine di identificare eventuali aree di miglioramento e apportare le modifiche necessarie.

Nel caso specifico di un servizio fast track ben strutturato di otorino, nell'ambito dell'ASST Rhodense, vanno valorizzati ulteriori obiettivi specifici quali:

- La definizione delle fasce orarie di presenza dello specialista otorino;
- La regolazione degli accessi dei flussi di fast track in determinate fasce orarie, negli ambulatori diurni, così da non creare disagio né ai pazienti di pronto soccorso né ai pazienti ambulatoriali;
- L'individuazione codificata delle patologie che possono rientrare nel fast track, dopo valutazione da triage;
- Garantire la presenza di supporto infermieristico, in grado di utilizzare lo strumentario dedicato nell'effettuazione della visita (es. caustica varice del setto, fibroscopia, audiometro, ecc.).

5. BENEFICIARI DEL PROGETTO

I beneficiari del progetto sono tutti quei pazienti che accedono in pronto soccorso, affetti da patologie a bassa complessità, rientranti nell'ambito della specialità di otorinolaringoiatria, e che rientrano nei parametri definiti dal codice colore.

Il paziente giunto in pronto soccorso, dopo che l'infermiere di triage ha effettuato l'anamnesi e ha rilevato i parametri, viene inviato presso l'ambulatorio di otorino dedicato, dove viene accolto da personale infermieristico, che prende in carico il paziente e lo monitora fino all'espertamento della valutazione dello specialista. Al termine di tale valutazione, a seguito della diagnosi fatta, l'iter giunge a compimento attraverso una delle seguenti possibilità:

- Dimissione
- Ritorno in pronto soccorso per effettuare ulteriori accertamenti
- Ricovero presso l'unità di degenza dell'ospedale di Garbagnate

6. DESCRIZIONE DEL PROGETTO, FASI E TEMPISTICHE

Il percorso fast track è già attivato negli ambiti della ASST Rhodense, per diverse specialità oltre quella dell'otorinolaringoiatria. Il percorso attuale per l'otorino è poco strutturato e prevede l'invio in ambulatorio dei pazienti, senza alcuna organizzazione delle fasce orarie. Questo può generare disservizi e lamentele da parte dei pazienti ambulatoriali, in attesa di visita regolarmente programmata mediante prenotazione. Spesso, inoltre, si assiste ad invii impropri al percorso fast track, dovuti alla mancata codificazione in codice bianco e verde di alcune patologie.

3.1 Classificazione delle patologie

La specialità di otorinolaringoiatria si occupa di tutto il distretto cervico-facciale, con patologie che interessano l'orecchio, il naso, la gola, con un'ampia gamma di severità, che va dalle patologie meno gravi come le otiti e le faringotonsilliti, alle patologie di mera emergenza/urgenza come le stenosi delle alte vie aeree (corpi estranei laringei, tumori stenosanti la laringe, edemi sovraglottici, fasciti necrotizzanti cervico-mediastiniche, ecc.), che necessitano di un tempestivo intervento, per evitare complicanze anche mortali.

Sulla base della severità clinica dei casi di pertinenza specialistica otorinolaringoiatrica che giungono al Pronto Soccorso, è possibile delineare i seguenti "4 gruppi di patologie":

- A. Patologie ORL differibili al giorno succ. in codice bianco/verde (fast track)
- B. Patologie ORL non differibili al giorno succ. in codice bianco/verde (fast track)
- C. Patologie ORL non differibili, con altri codici colore
- D. Patologie ORL indifferibili ed urgenti

Per una trattazione più chiara delle patologie, sono riportate di seguito quattro tabelle di facile consultazione in cui sono state inserite le varie patologie, rientranti nei quattro gruppi sopra individuati, con focus particolare su quelle patologie che, essendo classificabili con codice bianco o verde, possono rientrate nel fast track.

GRUPPO A**PATOLOGIE ORL DIFFERIBILI AL GIORNO SUCCESSIVO IN CODICE BIANCO/VERDE**

CLASSIFICAZIONE	Trattasi di casi che, per valutazione e trattamento specialistico ORL, possono essere differiti alle 24 ore successive
PATOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> - Epistassi controllata tramite tamponamento nasale anteriore - Frattura delle ossa nasali accertata radiologicamente - Sospetto ematoma del setto nasale - Rinosinusite acuta non complicata, accertata radiologicamente - Tappo di cerume ostruente il condotto uditivo, sintomatico per otalgia e/o ipoacusia e/o acufeni - Perforazione traumatica della membrana timpanica - Corpo estraneo auricolare asintomatico per otalgia - Ipoacusia con otoscopio normale (sospetta sordità improvvisa) - Sospetto trauma acustico acuto - Otoematoma - Sindromi vertiginose - Scialolitiasi sottomandibolare - Tutti i casi di patologie elencati nel Gruppo A, per le quali il Medico di PS ritenga prudentiale una valutazione ORL in tempi rapidi, entro le 24 ore successive

GRUPPO B**PATOLOGIE ORL NON DIFFERIBILI AL GIORNO SUCCESSIVO IN CODICE BIANCO/VERDE**

CLASSIFICAZIONE	Trattasi di casi riguardanti processi flogistico - infettivi di distretti ben approcciabili dal punto di vista obiettivo e ben controllabili con terapia antibiotica ad ampio spettro
PATOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> - Otite Esterna - Otite Media Acuta - Faringite Acuta - Tonsillite Acuta - Linfoadenite Acuta Latero - Cervicale non complicata - Scialoadenite acuta in stadio iniziale

GRUPPO C**PATOLOGIE ORL NON DIFFERIBILI, CON ALTRI CODICI COLORE**

CLASSIFICAZIONE	Trattasi di casi di patologie che necessitano di una diagnosi tempestiva e di un sollecito accesso alle cure
PATOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> - Epistassi non completamente controllata tramite tamponamento nasale anteriore, con valori pressori stabilizzati ed emocromo nei limiti - Corpo estraneo nasale - Rinosinusite acuta complicata (cellulite periorbitaria, flemmone orbitario, empiema mascellare esteriozzato, osteomielite frontale) - Corpo estraneo auricolare sintomatico per otalgia - Ascesso peritonsillare - emorragia in atto post-tonsillectomia - Corpo estraneo oro-ipofaringeo - Odinofagia da sospetta epiglottite acuta - Dispnea inspiratoria di entità medio - lieve, controllato mediante terapia steroidea - Linfadenite acuta latero-cervicale in evoluzione flemmonosa o colliquativa - Scialoadenite acuta in evoluzione flemmonosa o colliquativa

GRUPPO D**PATOLOGIE ORL INDIFFERIBILI ED URGENTI**

CLASSIFICAZIONE	Tutti questi casi che configurano situazioni molto critiche, tali da richiedere un accesso immediato alle cure, spesso in sinergica azione dello specialista ORL con altri clinici di PS e, nel caso, anche con intervento del Rianimatore
PATOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> - Dispnea inspiratoria severa, tale da prevedere manovre rianimatorie in tempi brevi - epistassi irrefrenabili, con scarso compenso cardiocircolatorio e bassi valori di Hb - Emorragia post-tonsillectomia in atto, con rischio di shock ipovolemico - Neoplasie sanguinanti delle prime vie aero-digestive a rischio di shock ipovolemico

	- Traumi e ferite cervico-facciali penetranti, con manifestazioni emorragiche e/o dispnoiche
--	--

Con l'ausilio di queste classificazioni può essere ottimizzato il lavoro dell'infermiere in fase di triage e favorito l'invio del paziente al percorso idoneo.

3.2 Organizzazione del servizio

Tabella di sintesi di presenza / pronta disponibilità dello Specialista ORL del PO di Garbagnate M.se e del PO di Rho

<i>GIORNO</i>	<i>ORARIO</i>	<i>DETTAGLIO SERVIZIO</i>	<i>CONTATTO</i>
<i>GIORNI FERIALI (lunedì – venerdì)</i>	<i>Dalle 08,00 Alle 18,00</i>	<i>PRESENZA ORL PO GARBAGNATE</i>	<i>Cicalino</i>
	<i>Dalle 08,00 Alle 16,00</i>	<i>PRESENZA ORL PO RHO</i>	<i>Cicalino</i>
	<i>Dalle 18,00 Alle 08,00 del giorno succ.</i>	<i>PRONTA DISPONIBILITA ORL PER PO DI GARBAGNATE E RHO</i>	<i>Mediante Centralino</i>
<i>Sabato –Domenica E Festivi</i>	<i>Dalle 08,00 Alle 13,00</i>	<i>PRESENZA ORL OSPEDALE DI GARBAGNATE</i>	<i>Cicalino</i>
	<i>Dalle 13,00 Alle 08,00 del giorno succ.</i>	<i>PRONTA DISPONIBILITA' PER OSPEDALE DI GARBAGNATE E RHO</i>	<i>Mediante Centralino</i>

Il nuovo servizio di Fast-Track ORL sarà attivo secondo le tabelle giornaliere/orarie che seguono:

DAL LUNEDI' AL VENERDI'

Orario di accesso in PS	Orario Fast Track	PATOLOGIA (gruppo)	Dettaglio Organizzativo	Azione
<i>Dalle 08,00 Alle 15,30</i>	<i>08,00 – 09,00 11,30 – 12,30 14,30 – 15,30</i>	Gruppi A e B (codici bianchi e verdi)	Presenza Attiva Specialista c/o Ambulatorio ORL PO di Rho	Il paziente viene inviato direttamente all'ambulatorio dal Triage
<i>Dalle 08,00 Alle 15,30</i>	<i>08,00 – 09,00 11,30 – 12,30 14,30 – 15,30 17,00 – 18,00</i>	Gruppi A e B (codici bianchi e verdi)	Presenza Attiva Specialista c/o Ambulatorio ORL PO di Garbagnate	Il paziente viene inviato direttamente all'ambulatorio dal Triage

SABATO, DOMENICA E FESTIVI

Orario di accesso in PS	Orario Fast Track	PATOLOGIA (gruppo)	Dettaglio Organizzativo	Azione
<i>Dalle 08,00 Alle 13,00</i>	<i>08,00 – 09,00 11,30 – 13,00</i>	Gruppi A e B (codici bianchi e verdi)	Presenza Attiva Specialista c/o Ambulatorio ORL PO di Garbagnate	Il paziente viene inviato direttamente all'ambulatorio dal Triage

3.3 Fasi e tempistiche

Le principali fasi per la realizzazione del progetto sono tre:

- FASE 1. Verrà stilata una tabella con le patologie otorino che rientrano nei codici bianchi e verdi, per le quali sarà attivo il fast track, per l'esclusiva fruizione dell'operatore di triage;
- FASE 2. Verrà costituito un gruppo di lavoro con il compito di pianificare il percorso del fast track, valutare le possibili criticità e trovare soluzioni opportune e condivise. Di esso faranno parte il personale medico di pronto soccorso, uno specialista otorino, personale infermieristico di pronto soccorso e ambulatorio, e Direzione Sanitaria di presidio,
- FASE 3. Si procederà alla redazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) specifico, con successiva pubblicazione sul sito web aziendale.

7. ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE

Le risorse da impiegare nell'implementazione del progetto sono rappresentate da:

- **RISORSE PROFESSIONALI:** si fa riferimento alle professionalità che attualmente assicurano i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali coordinati da un Otorinolaringoiatra e con l'ausilio di personale infermieristico dedicato;
- **RISORSE TECNOLOGICHE E LOGISTICHE:** si fa riferimento delle tecnologie e lo strumentario già a disposizione della Struttura di otorinolaringoiatria, nonché ad un apposito spazio dedicato da individuare con la Direzione Sanitaria
- **RISORSE ECONOMICHE:** Il percorso Fast Track, così come declinato, non comporta costi aggiuntivi per l'Azienda, ma favorisce una razionalizzazione nell'impiego del personale medico ed infermieristico, e un più oculato utilizzo della strumentazione di alta diagnostica, a vantaggio dei casi più gravi ed urgenti.

8. RISULTATI ATTESI, MONITORAGGIO E INDICATORI

Il primo risultato atteso è sicuramente una riduzione significativa del sovraffollamento dei pronto soccorso afferenti ai PP.OO. di Garbagnate e Rho, ma non l'unico.

La regolazione del fast track mediante fasce orarie, con personale medico e infermieristico dedicato, permetterà di ridurre i disservizi nei confronti dei pazienti ambulatoriali. Da una razionalizzazione del percorso ci si attende una riduzione dei tempi di attesa e quindi di permanenza in DEA/PS. Inoltre si prevede una sensibile diminuzione del numero di pazienti che abbandonano il PS senza essere valutati ed un decremento dei contenziosi, delle proteste e della conflittualità dei pazienti, che, al contrario, avranno una percezione di migliore qualità del servizio richiesto. Altro risultato atteso è la riduzione degli errori diagnostici in PS, in quanto per talune patologie il paziente potrebbe lamentare sintomi poco intensi che potrebbero essere sottovalutati da medici non specialistici.

Valutare la performance in ambito sanitario e la qualità dell'assistenza erogata non è sempre semplice in quanto comprendono un insieme di parametri che riguardano vari aspetti del servizio nel suo complesso.

Nel nostro caso, come indicatori, si utilizzeranno i volumi di attività registrati in fase di accesso al pronto soccorso, prendendo come riferimento i dati registrati all'inizio del progetto e raffrontati periodicamente (periodicizzazione da definire in sede collegiale), in collaborazione con il Controllo di Gestione, al fine di valutare l'efficacia dei protocolli adottati e le eventuali modifiche che si rendano necessarie in corso d'opera.

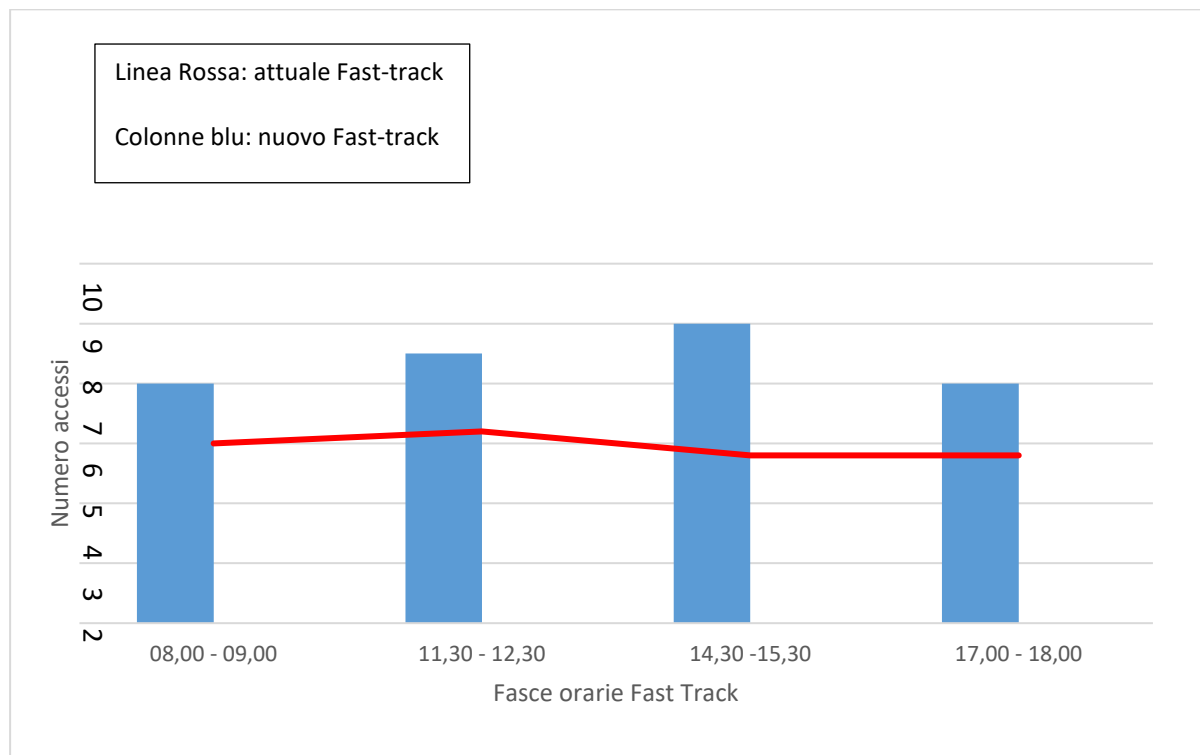
Nello specifico verranno valutati i seguenti parametri :

- Il volume complessivo di pazienti con accesso al pronto soccorso,
- il volume di pazienti che si rivolgono al pronto soccorso per patologie esclusivamente otorino,
- il volume di pazienti otorino inseriti in codice bianco e verde da fast track
- il volume di pazienti otorino codici bianchi e verdi, fuori dagli orari del fast track
- il volume di pazienti otorino definito impropriamente codice bianco o verde, inviato in fast track e rinviato in pronto soccorso per proseguire ulteriori accertamenti

Cio permetterà di valutare quanto il percorso così strutturato impatti positivamente sul carico di lavoro del pronto soccorso.

Il grafico di Fig. 5 mostra l'andamento dell'attuale servizio di Fast Track (linea rossa) in cui, non essendoci un'organizzazione oraria, gli accessi possono presentarsi indiscriminatamente in qualsiasi momento, creando problemi per l'organizzazione degli altri servizi. In contrasto le colonne blu mostrano, in previsione, il differente funzionamento del fast-track organizzato per fasce orarie, con accesso regolato che consente una migliore fruizione anche degli altri servizi offerti dalla struttura sanitaria.

FIG. 5 - RAPPORTO SITUAZIONE ATTUALE E NUOVO PERCORSO.



CONCLUSIONI

In un sistema sanitario moderno ed integrato il funzionameto alterato del DEA/PS porta con sé ricadute negative su tutti gli altri reparti dell'azienda. Ne deriva che è fondamentale riuscire a governare il sovraffollamento dei reparti di Emergenza Urgenza.

Nel caso dell'ASST Rhodense un percorso Fast Track di otorino è stato già avviato da pochi anni, ma la sua organizzazione molto basica e poco articolata ha determinato finora il raggiungimento di obiettivi poco performanti e soprattutto una bassa incidenza sull'alleggerimento dei flussi del pronto soccorso di entrambi i presidi ospedalieri. Intervenire su un percorso già attivo potrebbe sembrare superfluo ad una prima valutazione, ma in realtà con un sistema meglio organizzato si potranno raggiungere risultati ragguardevoli con l'impiego limitato di risorse e soprattutto a costo zero.

In compenso si avrà un impiego più razionale e professionalizzante del personale, un utilizzo più oculato delle risorse strumentali, un più elevato grado di soddisfazione dei pazienti ed un alleggerimento del carico di lavoro del servizio di Emergenza-Urgenza.

BIBLIOGRAFIA

- D.P.R. 27 marzo 1992 - *“Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”*;
- ATTO D’INTESA Stato-Regioni del maggio 1996 - *“Atto d’intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992”*;
- ACCORDO Stato-Regioni del 25.10.2001 - *“Linee Guida su Triage intraospedaliero - valutazione gravità all’ingresso- e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza-sanitaria”*;
- Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013: *“Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all’interno del Pronto Soccorso”*.
- Regione Lombardia, DGR N° XI /2672 del 16/12/2019: *“Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019”*
- Bailey K.D. (1995) *“Metodi della ricerca sociale” 2ª edizione italiana (Edizione originale: Methods of social research, New York, The Free Press, 1982)*. Il Mulino, Bologna.
- Dow D. (1964). *A history of the world*; 3ª edizione. Greenfield (s.l.).
- Dow D. (1964). *A history of the world*; 3ª edizione. (s.n.) Londra.
- Cutler R., Williams K. e Williams, J. (1986) *“Keynes, Beveridge and Beyond*. Routledge & Keagan, Londra”
- American College of Surgeon Committee on Trauma *“Advanced Trauma Life Support Student Course Manual”* Chicago, 1999
- Baker D.V. Patients who leave a public Hospital without being seen by a physician: causes and consequences. JAMA 1991; 266: 1085-1090
- Derlet R.W, Richards J. R. *“Overcrowding in the Nation’s Emergency Departments: complex causes and disturbing effects”* Ann. Emerg. Med. 2000 35,1: 63-68
- E.N.A. (Emergency Nursing Association). *Triage: Meeting the Challenge*. U.S.A. Paperback: 2nd Revision edition 1998;
- Manchester Triage Group. *Emergency Triage*. Londra: BMG Books, 1996
- McMahon M. ED Triage: is a five-level triage system best?, American Journal of Nursing 2003; 103(3):61-63
- Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. Emergency Medicine 2003; 15: 1 - 6
- Weinerman ER, Edwards HR. *“Triage” system shows promise in management of emergency department load*. Hospitals 1964; 38: 55-62

SITOGRAFIA

- Department of Health, England Reforming Emergency Care. DOH: 2001, <http://www.doh.gov.uk/emergencycare/index.htm>;
- Canadian Association of Emergency Physicians: "Position Statement- Emergency Department Overcrowding" dicembre 2000, <http://www.caep.ca/004.cjem-jcmu/004-00.cjem/vol-5.2003/v52-081.htm>;
- www.acemc.it/
- AcEMC – Academy of Emergency Medicine and Care
- www.simeu.it/
- SIMEU – Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza
- www.simeup.com/
- SIMEUP - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica
- www.fimeuc.org/
- FIMEUC – Federazione Italiana Medicina di Emergenza-Urgenza e delle Catastrofi
- www.aniarti.it/
- ANIARTI – Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica
- www.triage.it/
- GFT – Gruppo Formazione Triage

