



È evidente che...

La riduzione dei tempi di attesa dei codici minori attraverso il fast track in pronto soccorso

A cura di Veronica Lambertini¹

...negli ultimi anni la progressiva richiesta di cure della popolazione ha costretto i governi ad adottare politiche sanitarie incentrate sull'abbattimento dei costi e gli *Emergency Departments* a sperimentare strategie organizzative per la gestione dei casi assistenziali non urgenti che costituiscono la principale componente responsabile del fenomeno "overcrowding" (O'Driscoll, 2004). Quella del sovraffollamento è una tematica discussa fin dagli anni 50 ed ancor oggi vissuta dai professionisti delle corsie d'emergenza che sempre più frequentemente si trovano a dover affrontare l'inquietudine dell'utenza scaturita dalle lunghe liste d'attesa. Il fenomeno non risparmia le piccole realtà ospedaliere, come il Pronto Soccorso di Menaggio, dove lo scontento scaturisce in episodi di impazienza verbale da parte dei soggetti con assegnati codici colore minori al Triage.

Nell'esperienza di tirocinio vissuta presso la struttura sopra citata, ho notato con amarezza che l'inquietudine era per lo più rivolta al gruppo infermieristico che oltretutto rappresentava per le stesse persone l'unico riferimento professionale a cui appellarsi in caso di bisogno. La scarsa qualità assistenziale percepita dall'utenza unita alla consapevolezza del valore dell'infermiere, quale "professionista della salute" (Cantarelli, 2006), mi ha spinto a sfogliare la letteratura al fine di ritrovare



alternative alla problematica dell'overcrowding e soluzioni di riscatto per la popolazione infermieristica che ancora oggi vive uno status professionale medio-basso (Sironi, 2010). Gli infermieri sono un gruppo in rapido movimento che attraverso la crescita professionale e il progressivo grado di

expertise conseguito dimostra di erogare assistenza ad un livello avanzato, conquistando competenze che prima non gli appartenevano in ambiti sempre più specialistici che richiedono acuzie nel processo decisionale. L'evoluzione di ruolo ha favorito lo sviluppo di concetti divenuti patrimonio dell'assistenza infermieristica avanzata. L'estensione ha caratterizzato l'istituzione del titolo di Nurse practitioner, l'infermiere che eroga assistenza infermieristica ad un livello avanzato (Schober, Affara, 2008). Il Nurse Practitioner è il protagonista schierato sul fronte dell'innovazione ed avanzamento professionale che mediante la formazione di infermiere esperto è capace di affrontare autonomamente anche la più drastica situazione tempo-dipendente: in uno studio di Heat et al. (2003) gestisce la terapia trombolitica dei pazienti con sovrasslivellamento del tratto ST ottenendo risultati statisticamente significativi in termini di benefici legati alla tempestività delle cure. Il Pronto Soccorso sembra il contesto che meglio si presta all'evoluzione del ruolo professionale in cui prolifera l'autonomia dell'agire infermieristico. La conquista di responsabilità



deve però attrezzare l'infermiere di un maggiore "fare coscienzioso" che abbia ben chiaro il vero movente di tutto il processo di assistenza: la persona, le sue aspettative e percezioni che determinano la natura del rapporto infermiere-paziente. Durante l'esperienza in Pronto Soccorso ho sentito l'esigenza di riflettere quindi su quale ruolo oggi l'infermiere può assumere nel rapporto con l'assistito: ho visto infatti raramente la persona accettare un intervento di educazione sanitaria dall'infermiere senza chiedere riscontro al personale medico o l'infermiere assicurare l'interazione nella comunicazione nella gestione

dell'ansia per le lunghe attese senza che ci sia un assalto verbale all'intero gruppo infermieristico. Nonostante l'evoluzione di ruolo il gruppo infermieristico fatica ad affermarsi in una realtà sanitaria e sociale affezionata alla tradizione e dove la scarsità di risorse sanitarie ostacolano il desiderio di avanzamento professionale. Diverse sono le possibilità di riscatto per l'infermiere ed una soluzione al sovraffollamento offre una migliore qualità assistenziale percepita da persone, famiglie, comunità ed un canale diretto per la divulgazione delle conoscenze, abilità e competenze tipicamente infermieristiche. L'articolo ha lo scopo di valutare i benefici del Fast Track, un percorso differenziato per la gestione dei codici minori gestito, in alcune realtà sanitarie, da un team unicamente infermieristico (*Hart et al., 2009; Combs et al., 2006; Nash et al., 2007; Considine et al., 2008; Dinah et al., 2003*) e di valutarne il contributo nella pratica infermieristica. Trovo infatti corretto in questa corsa all'evoluzione professionale acquisire competenze che un tempo non ci appartenevano ma ritengo indispensabile approfondire conoscenze, competenze e abilità che sono alle radici della nostra professione, al fine di maturare un'assistenza soprattutto in termini di qualità. Obiettivo quindi non secondario è trovare una risposta valida all'evoluzione del ruolo infermieristico che in questi anni ha portato a parlare di "espansione".

METODI E STRUMENTI

Al fine di indagare sulla tematica in maniera esaustiva si è intrapresa una ricerca generale considerando differenti fonti: materiale elettronico, reperito dapprima tramite la consultazione di indici web generici quali *Google, Yahoo!Search, Scirus* e successivamente di *Medline*, la banca dati informatizzata della National Library of Medicine degli Stati Uniti d'America. La strategia di ricerca adottata ha compreso sia la ricerca in parola libera che in *Mesh (Medical Subject Heading)* e ha considerato le seguenti parole chiave: *fast track, overcrowding,*



triage, crowding, waiting time, nurse, emergency department combinate tra loro mediante gli operatori booleani "AND" e "OR". L'attinenza all'argomento ha spinto alla consultazione di siti autorevoli quali Commissione Sanità del Senato, Ministero della Salute ed alla partecipazione ad un Corso di Triage in qualità di auditrice per

comprendere al meglio strategie organizzative nell'ambito dell'urgenza ancora non note. Proseguendo la ricerca si è analizzato materiale bibliografico pubblicato in periodici e riviste professionali (*Assistenza Infermieristica e Ricerca, BMC Emergency Medicine, Accident and Emergency Nursing, Professioni Infermieristiche, Journal of Emergency Nursing*) in parte fruibili dalla Biblioteca dell'Ospedale Sant'Anna di Como ed in parte recuperato attraverso il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL). Importante la consultazione di libri di testo, tra questi si segnala "Assistenza infermieristica avanzata" di Madrean Schober e Fadwa Affara (2008) per una panoramica generale sui più recenti sviluppi della professione. L'intento, ora è di riportare due tra gli studi più rappresentativi recuperati che scruta il fenomeno Fast Track con "lo stesso paio di occhiali ma con lenti diverse": il primo si focalizza sulla tempestività delle cure, il secondo indaga la visibilità della professione infermieristica in questo nuovo contesto assistenziale.

Fattori sociali, politici e finanziari costringono la popolazione a richiedere assistenza negli ED con estrema facilità (O'Driscoll, 2004). Sono state adottate delle strategie di gestione dei pazienti con patologie minori per accelerarne l'iter assistenziale ed arginare il problema delle lunghe attese,



senza penalizzare la qualità dell'assistenza (Bambi *et al.*, 2008). Il Fast Track è un'area del Pronto Soccorso dedicata ai soggetti a cui è stato assegnato codice minore. La persona, dopo essere valutata dall'infermiere triagista, segue un percorso differenziato, gestito da un *team* sanitario specializzato (Combs *et al.*, 2006).

Devkaran *et al.* (2009) conducono uno studio quasi sperimentale con approccio quantitativo nel dipartimento di emergenza-urgenza del Sheikh Khalifa Medical City Hospital, che presta assistenza agli abitanti di Abu Dhabi (capitale degli Emirati Arabi) e delle aree limitrofe. Nell'area triage si registrano 70.000 accessi annui e il sistema di classificazione in uso nella struttura è il Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) che attribuisce ai soggetti con patologie minori CTAS 4-5. Lo scopo primario dello studio è stabilire se il Fast Track costituisce una risposta efficace al sovraffollamento e garantisce qualità nelle cure erogate ai pazienti classificati CTAS 4-5. Gli autori individuano un secondo obiettivo: stabilire se la FTA ha impatto negativo sui pazienti urgenti, di categoria CTAS 2-3. Il servizio è operativo da febbraio 2005 e offre all'utenza un'assistenza continua. Nella FTA si eseguono esami ematochimici, test di gravidanza, glicemie, test sull'urina e radiografie del torace; lo *staff* è composto da due infermieri e due medici. Prima di avviare lo studio il disegno è stato approvato dalla Institutional Review Board Ethics. Gli autori forniscono alcune definizioni operative: *waiting time* (WT), intervallo trascorso tra la registrazione della persona nell'area triage e la visita, espresso in minuti; *length of stay* (LOS), tempo passato tra la registrazione e la dimissione, espresso in minuti; *left without being seen* (LWBS), il numero di pazienti che hanno abbandonato l'ED prima della visita, espresso in percentuale sugli accessi mensili; *monthly mortality rate*, il numero di pazienti che al mese muoiono nell'ED, scritto in percentuale mensile. I primi due (WT e LOS) sono utilizzati dai ricercatori per valutare l'efficacia della FTU, gli ultimi (LWBS e *monthly mortality rate*) sono gli indicatori della qualità assistenziale erogata nell'area.

La strategia di campionamento è affinata da criteri di inclusione ed esclusione. Sono inclusi nel campione tutti i pazienti che si sono presentati presso l'ED in gennaio 2005 (gruppo pre-FTA) e gennaio 2006 (gruppo post-FTA), appartenenti alla categoria CTAS 4-5 e CTAS 2-3. Sono esclusi dal campio-

namento le emergenze (CTAS 1) e i soggetti non identificati. Il gruppo pre-FTA è risultato composto da 4.779 pazienti e il gruppo post-FTA da 5.706. Lo studio è stato condotto scegliendo un campionamento non probabilistico (*non-randomized sampling*). I dati sono stati estratti dall'archivio elettronico dell'ospedale sia per il gruppo pre-FTA che il gruppo post-FTA. La validità dei dati raccolti è garantita mediante un verifica sulla completezza e verificando la correlazione con i diversi campi in cui sono inseriti. I dati considerati per lo studio sono i seguenti: data di arrivo nell'ED, orario di registrazione, WT, LOS, LWBS, mortalità e CTAS, analizzati poi con MedCalc di Windows, Versione 9.20. I ricercatori hanno suddiviso i risultati in due gruppi: efficacia (WT e LOS) e qualità (LWBS e tasso di mortalità). I risultati mostrano che il 60% dei pazienti visitati a gennaio 2005 e gennaio 2006 presenta categoria CTAS 4-5. Lo studio ha riportato che i WT sono diminuiti di 23 minuti per i soggetti classificati CTAS 4 e di 28 minuti per i CTAS 5 e i LOS rispettivamente di 28 e 32 minuti. Quanto emerso ha rilevanza statistica ma anche clinica poiché suggerisce un miglioramento dei WT del 50% e del 30-40% dei LOS. La FTA inoltre incide positivamente sugli *outcomes* dei pazienti urgenti (CTAS 2-3) riducendo il WT e il LOS dei CATS 2 di pochi minuti che risultano significativi in termini di morbilità e mortalità. I LWBS sono ridotti dell'85% per l'avvio della nuova area ed in relazione alla diminuzione dei LOS e WT. I risultati non hanno riportato variazioni del tasso di mortalità e ciò testimonia che la qualità assistenziale del personale sanitario non ha subito influenze negative per l'apertura della FTA. I ricercatori hanno cercato di mantenere un controllo stretto sulle variabili considerate nello studio per tutte le fasi del processo ed identificano tale intento come la difficoltà principale incontrata durante la ricerca. Difatti il campione utilizzato è numeroso e questo limita il controllo nelle fasi dello studio. Infine gli infermieri che avevano raccolto i dati nel periodo precedente non potevano immaginare il loro riutilizzo per la successiva ricerca e questo ha scongiurato il fenomeno "*Hawthorne Effect*", plausivamente presente nella raccolta dati post-FTA.

Tra gli articoli che indagano sulla visibilità della professione infermieristica nel contesto della Fast Track, Currie e Crouch (2008) affermano che la crescita demografica e le politiche sanitarie degli ultimi anni hanno favorito un'evoluzione dei ruoli professionali



degli ED e gli infermieri, giovati da un'espansione del proprio ruolo, soddisfano le richieste dell'utenza con crescente autonomia e soprattutto garantendo qualità delle cure. Gli autori, mediante un approccio qualitativo, esplorano le percezioni di un gruppo di professionisti (dieci tra medici, assistenti, infermieri) rispetto al loro attuale ruolo nei reparti d'urgenza allo scopo di indagare aspettative future. Le interviste suscitano concetti e risposte simili e questa caratteristica incrementa il livello di veridicità e qualità delle esperienze riportate. La crescente competenza del gruppo infermieristico non è soltanto percepita dagli stessi professionisti infermieri, ma è riconosciuta come dato oggettivo da gran parte dei partecipanti allo studio (Currie, Crouch, 2008).

Negli Stati Uniti d'America (USA) l'incremento delle richieste assistenziali ha favorito l'evoluzione del ruolo infermieristico negli ED. Nonostante la riconosciuta competenza e professionalità del *Nurse Practitioner*, un'indagine del 2006 riporta che solo il 4.2% dei pazienti visitati negli ED degli USA sono stati assistiti dal gruppo infermieristico (Pitts, Niska, Xu, Burt).

Hart e Mirabella (2009) conducono una *survey*, intesa come disegno di studio descrittivo, coinvolgendo tre ED del sud-est degli Stati Uniti che differiscono per localizzazione e per accessi annui variabili da 37.000 a 65.000. La ricerca ha lo scopo di rilevare su un campione rappresentativo l'atteggiamento della popolazione rispetto la gestione dei *Nurse Practitioners* della Fast Track Area (FTA). Lo studio è stato approvato dal comitato etico di ogni struttura e da quello dell'università locale. Gli infermieri assegnati alla FTA hanno distribuito ai pazienti un questionario con allegato un modulo informativo che spiega l'intento della *survey*, definisce il *Nurse Practitioner* e sottolinea la volontarietà di partecipazione all'indagine. La restituzione e completezza dei questionari testimoniano il consenso a partecipare alla *survey*. Lo strumento d'indagine è stato dapprima distribuito a quattro *Nurse Practitioners* per ricevere un riscontro positivo e testarne la validità. I soggetti sono stati selezionati mediante un campionamento di convenienza. Età superiore a 18 anni, lingua parlata inglese, capacità di esprimere le proprie opinioni rispetto il trattamento ricevuto rappresentano i criteri di inclusione dello studio. Il questionario contiene domande a risposta multipla, alcune di carattere demografico ed altre riguardanti il *Nurse Practitioner*. Sono stati spediti 200 quesio-

nari alle strutture ospedaliere scelte, nel corso della ricerca 300 (50%) di questi sono stati distribuiti e restituiti solo 190 (64%). Gli autori e i *Nurse Practitioners* identificano due fattori che hanno influenzato negativamente l'adesione dei partecipanti: l'incremento di accessi negli ED durante il periodo dello studio e la conseguente impazienza dei soggetti di ricevere cure. È possibile suddividere in tre gruppi le diagnosi d'ingresso riportate in 131 questionari: patologie muscolo-scheletriche (n = 37; 28%), morsi e lesioni (n = 37; 28%) e malessere generale (n = 18; 14%). La maggioranza delle persone (n = 123; 65%) è disponibile a ricevere assistenza dai *Nurse Practitioners* nella FTA; 32 (17%) affermano di non essere convinti a riguardo, 33 (17%) partecipanti non sono disposti al trattamento da parte del gruppo professionale e 5 non hanno dato risposta. I soggetti che non hanno aderito al trattamento dei *Nurse Practitioners* hanno motivato la scelta scegliendo l'opzione "se avessi avuto un problema diverso da quello di oggi avrei aderito all'iniziativa" (n = 23; 70%). Dall'indagine è emerso che il 65% delle persone è favorevole alla figura infermieristica nella Fast Track Area ed addirittura 108 pazienti (56%) ha già acconsentito a ricevere cure esclusivamente infermieristiche e di questi, 100 (93%) segnalano soddisfazione rispetto l'assistenza ricevuta. Dai risultati si evince che la disponibilità ad essere trattati dal gruppo infermieristico è strettamente correlata al fatto di aver ricevuto in passato cure dagli stessi *Nurse Practitioners* ma risultato fondamentale dello studio è che la soddisfazione rispetto alla qualità delle cure ricevute, espressa dal 56% del campione, testimonia un approfondimento di attività tipicamente infermieristiche anche in un ambito così specialistico che riconferma la persona come valore primo della professione.

CONCLUSIONI

È interessante notare come gli studi proposti provengano da contesti differenti e questo testimonia che i problemi affrontati quotidianamente dagli infermieri sono ben rappresentati in letteratura medica ed infermieristica internazionale permettendo di identificare linee comuni per affrontare la problematica esposta. L'adozione di una Fast Track Area identifica una risosta efficace al sovraffollamento poiché la sua istituzione registra un miglioramento dei *waiting times* dei pazienti non urgenti ed i suoi benefici influenzano positivamente



anche gli *outcomes* dei soggetti con patologie la cui prognosi è strettamente connessa al door to needle times (si definisce "door time" il momento in cui la persona è accettata al Triage e "needle time" l'attimo in cui inizia la terapia trombolitica). Devkaran *et al.* (2009) considerano un campionamento molto numeroso e ciò garantisce validità e veridicità ai dati raccolti, potenza statistica e possibilità di generalizzazione dei risultati.

Hart e Mirabella (2009) dimostrano come il Fast Track garantisca qualità delle cure. Il Fast Track incalza un esempio di espansione infermieristica in un contesto assistenziale critico che mediante l'acquisizione di un ruolo rende l'infermiere consapevole dei benefici che offre alla sanità in termini di salute (Devkaran *et al.*, 2009) ma soprattutto produce gradimento del servizio erogato (Hart e Mirabella, 2009).

Il Fast Track può quindi rappresentare il pretesto per maturare caratteristiche professionali che valorizzano il rapporto infermiere-paziente nonché il canale di divulgazione a persone, famiglie, comunità di abilità squisitamente professionali che conferiscono all'assistenza marchio di qualità.

Nonostante l'evoluzione di ruolo solo pochi paesi riconoscono attualmente le potenzialità del gruppo professionale che in Italia fatica ad affermarsi in una realtà sanitaria e sociale affezionata ad una visione medicocentrica. Tradizione, autorità, consuetudine rappresentano i primi ostacoli al desiderio di avanzamento professionale e costituiscono importanti piaghe che definiscono il concetto di "erosione".

Obiettivo primario è l'acquisizione, prima da parte dello stesso gruppo infermieristico, delle responsabilità professionali: l'espansione ha il presupposto fondamentale di presa di coscienza di ciò che all'infermiere compete e che non svolge per le più svariate ragioni.

Le grandi conquiste non devono poi forviare gli infermieri circa la necessità di intraprendere ricerche, la nostra professione è novizia ed un approfondimento del corpo di teorie peculiari alle scienze infermieristiche costituisce il punto di partenza per la condivisione di lavori collegiali volti allo scopo comune di tutti i professionisti della salute: assistere le persone nel miglior modo possibile, erogando quindi assistenza di qualità 

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Cantarelli M. (2003) Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche, 2° edizione. Milano: Masson.
- Combs S., Chapman R., Bushby A. (2006) Fast Track: One hospital's journey. *Accident and Emergency Nursing*, 14 (4): 197-203.
- Considine J., Kropman M., Kelly E., Winter C. (2008) Effect of Emergency Department Fast Track on Emergency Department length of stay: a case-control study. *Emergency Medicine Journal*, 25 (12): 815-819.
- Currie J., Crouch R. (2008) How far is too far? Exploring the perceptions of the professions on their current and future roles in emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 25 (6): 335-339.
- Derlet RW, Richards JR. (2000) Crowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of Emergency Medicine*, 35 (1): 63-68.
- Devkaran S., Parsons H., Van Dyke M., Drennan J., Rajah J. (2009) The impact of Fast Track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emergency Medicine*, 9 (11): 1-9.
- Hart L., Mirabella J. (2009) A Patient Survey on emergency department use of Nurse Practitioners. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 31 (3): 228-235.
- Heath SM., Bain RJL., Andrews A., Chida S., Kitchen SL., Walters MI. (2003) Nurse initiated thrombolysis in the accident and Emergency Department: safe, accurate, and faster than Fast Track. *Emergency Medicine Journal*, 20 (5): 418-420.
- Moser MS., Abu-Laban RB., Beek CA. (2004) Attitude of emergency department patients with minor problems to being treated by a nurse practitioner. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 6 (4): 246-252.
- Nash K., Zachariah B., Nitschmann J., Psencik B. (2007) Evaluation of the Fast Track Unit of University Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 33 (1): 14-20.
- Schober M., Affara F. (2008) Assistenza infermieristica avanzata. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Sironi C. (2010) Introduzione alla ricerca infermieristica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

Estratto dall'elaborato finale per il conseguimento del Diploma di Laurea in Infermieristica-Università degli studi dell'Insubria di Varese-sede di Como-a.a.2011/2012

