



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

PRESIDENTE: PROF. ANTONIO AZARA

**“SEE AND TREAT:
MODELLO DI RISPOSTA ASSISTENZIALE ALLE
URGENZE MINORI”**

**Relatore:
Prof.ssa Maria Domenica Piga**

**Tesi di Laurea di:
Antonio Vittorio Melis**

Anno Accademico 2015/2016

alla mia famiglia, ai miei amici e a chi ha sempre creduto in me

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUZIONE..... | 5 |
| CAPITOLO I: La Figura dell'Infermiere..... | 7 |
| 1.1 Le Origini: Dall'Assistenza all'Assistenza Infermieristica..... | 7 |
| 1.2 Dalla Nascita dell'Assistenza Infermieristica ai Dottorati..... | 13 |
| CAPITOLO II: Il Pronto Soccorso nel Sistema Sanitario Nazionale..... | 20 |
| 2.1 Il Pronto Soccorso..... | 20 |
| 2.2 Il DEA: Tipologie..... | 22 |
| 2.3 Il Triage..... | 23 |
| CAPITOLO III: Il Sovraffollamento: Cause e Soluzioni..... | 25 |
| 3.1 Invecchiamento della Popolazione: ruolo del Medico di Famiglia e dei Servizi Territoriali..... | 28 |
| 3.2 Appropriatazza del posto letto e andamento sincrono ricovero e dimissione..... | 34 |
| 3.3 Percorsi fluidi già dal Triage: Il See and Treat..... | 34 |
| CAPITOLO IV: See and Treat..... | 36 |
| 4.1 L'Esperienza Inglese..... | 36 |
| 4.2 La situazione in Italia: l'Esperienza toscana..... | 39 |
| 4.3 Protocolli di intervento in Toscana..... | 43 |
| 4.4 La formazione dell'operatore di See and Treat..... | 45 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| CAPITOLO V: La realtà di Sassari..... | 47 |
| 5.1 La struttura..... | 47 |
| 5.2 Statistiche Novembre-Aprile..... | 48 |
| 5.3 Lo scopo dello Studio..... | 49 |
| 5.4 I risultati..... | 49 |
| | |
| DISCUSSIONE E CONCLUSIONI..... | 54 |
| | |
| GLOSSARIO ACRONIMI UTILIZZATI..... | 58 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA..... | 59 |

INTRODUZIONE

Durante la mia esperienza nel DEA di Sassari, durata circa nove mesi, ho analizzato, dapprima per curiosità e successivamente per interesse, alcuni problemi che sono insiti in questa realtà: il problema del sovraffollamento, il conflitto Paziente-Infermiere di Triage ma anche quello della lunga attesa dei codici minori, e degli accessi impropri.

Facendo qualche indagine su internet sono venuto a conoscenza di alcune esperienze positive in Inghilterra prima e in alcuni ospedali Toscani poi, riguardo un nuovo metodo di trattare i codici minori nei DEA: Il SEE AND TREAT.

Il See and Treat è un nuovo modello di risposta assistenziale dedicato alle urgenze minori, nel quale l'Infermiere ha un ruolo centrale ed essenziale; infatti attraverso Protocolli stilati in precedenza valuta, tratta e dimette i pazienti in autonomia e responsabilità.

Ho svolto uno studio presso il Pronto Soccorso di Sassari, per valutare i casi che possono essere trattati dall'ambulatorio See and Treat; per questo studio mi sono servito dei protocolli in uso in ambulatori S&T siti in alcuni DEA della regione Toscana.

Dai risultati e i dati raccolti è emerso che un ambulatorio S&T sarebbe utile e ben applicabile anche a Sassari.

Risolverebbe alcuni problemi insiti nella realtà quotidiana dell'Unità Operativa.

Permetterebbe di risolvere il problema del sovraffollamento, taglierebbe i tempi d'attesa dei codici minori, e migliorerebbe il rapporto Paziente-Infermiere di Triage, alleggerendo il carico psicologico di entrambe le figure.

Oltre che senza dubbio alleggerire il lavoro del Medico di Pronto Soccorso che si occuperebbe finalmente di quei codici propri di un DEA, cioè i codici di emergenza-urgenza.

CAPITOLO I

LA FIGURA DELL'INFERMIERE

Per definizione del Profilo Professionale¹, l'Infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma di laurea universitario e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.²

L'attività professionale può essere svolta in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o di libero professionista.

1.1 Le Origini: Dall'Assistenza all'Assistenza Infermieristica

Assistere deriva dal verbo latino ad-sisto che in italiano viene tradotto col significato di “stare vicino”. Anche nella Sacra Bibbia Cristo cita il secondo comandamento, quello che poi successivamente verrà chiamato il Comandamento dell'Amore, “E il secondo è questo -amerai il prossimo tuo come te stesso-”.³

Da sempre l'uomo assiste il prossimo, quindi, possiamo sostenere che la storia dell'assistere sia in un certo qual modo sovrapponibile alla storia dell'uomo.

L'Assistenza non è altro che quella serie di eventi che, in particolari momenti del nostro percorso di vita hanno bisogno di un intervento esterno, del prossimo, per essere portati a compimento; per esempio abbiamo bisogno di assistenza al momento della nascita come anche della morte, e nei periodi di malattia.

L'assistenza non è altro che la concretizzazione del principio di solidarietà umana che è una caratteristica fondamentale del vivere quotidiano.

Come abbiamo detto precedentemente il concetto di storia prende vita a partire dalla comparsa dell'uomo, e quindi anche quello di storia dell'assistenza. E' facile

1 Il Profilo Professionale dell'Infermiere definito dal D.M. N°739 del 14 Settembre 1994.

2 Articolo 1.1. Profilo Professionale dell'Infermiere.

3 Mc 12,28-34 Sacra Bibbia

ipotizzare che fin dall'antichità l'uomo vivendo in gruppo abbia avuto la necessità di realizzare quel principio di solidarietà che fonda l'azione assistenziale.

Questo sia dal punto di vista di acquisizione culturale per apprendere le capacità di rispondere ai propri bisogni, sia per quanto riguarda eventi fondamentali della vita quali possono essere la nascita e la morte. Possiamo sostenere che gli uomini antichi abbiano appreso, insegnato e vissuto l'assistenza.

Nel mondo Greco non esisteva un vero e proprio concetto collettivo di assistenza; vi sono solo testimonianze di esperienze individuali senza alcuna espansione collettiva e condivisa nella società. In questo periodo si pone una divisione dell'ipotetico sistema assistenziale, vi è un'assistenza fisica garantita da donne di famiglia e schiave e un'assistenza spirituale data da persone consacrate agli dei; per questo motivo vennero creati grossi locali all'interno dei templi nei quali secondo credenza popolare dopo un periodo pre-operatorio, che consisteva in bagni caldi e dieta, gli dei apparivano in sogno agli infermi bisognosi di assistenza.

Successivamente nel VII secolo a.C la conquista della Grecia porta i Romani ad assimilare la cultura Greca in ambito assistenziale e non solo. Fu così che a Roma cominciarono a nascere i “valetudinari”, luoghi in cui venivano curati gli ammalati, in particolare gli schiavi e i soldati feriti. Mentre precedentemente alla conquista della Grecia la medicina dei romani era essenzialmente legata a pratiche popolari, magiche e religiose.

Con l'avvento del Cristianesimo invece si ha una svolta: viene annullata la distinzione tra i due sessi in ambito assistenziale, come vuole il nuovo testamento, che sancisce l'uguaglianza dei sessi. L'assistenza non è più riservata a pochi ma a tutti coloro che abbracciano la nuova fede; così come da buon cristiano, sia l'uomo che la donna devono assistere, star vicino all'ammalato come seguaci di Cristo riproducendo le sue gesta di vicinanza verso il prossimo e in particolare verso il malato e il povero, in generale il bisognoso.

Non esiste più la delega, infatti Cristo non fa lavare i piedi ma lo fa lui stesso; la delega consisteva in una sorta di fenomeno di manovalanza anche per alcune pratiche assistenziali che, appartenente alla cultura greco-romana, giunse fino al Cristianesimo.

Con la Chiesa Apostolica poi si sviluppa il ruolo del Diacono, essi avevano l'importante compito di assistere i poveri nelle loro case e soccorrerli dei vari bisogni; molto spesso l'aiuto consisteva nel fornire cure igieniche, oltre che nell'esecuzione e rinnovo delle medicazioni, nell'imboccare, e nel fornire sostegno sia fisico che spirituale.

Con il consolidarsi della Chiesa come istituzione abbiamo la diffusione dell'assistenza organizzata, e la nascita dei primi ospedali.

Nacquero infatti gli “xenodochi”⁴, che non erano altro che edifici delegati ad ospitare attività assistenziali presso cattedrali di epoca tardo antica. Questa è da considerarsi la prima istituzione di carattere pubblico anche se di dimensione ecclesiastica.

Con il Medioevo la regola benedettina sancisce una dedica molto importante verso l'assistenza. In ogni comunità monastica è presente un “Infirmarius”⁵, il quale deve prendersi cura di tutti i monaci e le monache malate, alleviando la loro sofferenza con bagni, cibi dediti e riposo. Oltretutto in ogni monastero è presente un “Hospitalarius”⁶ per tutti coloro che hanno necessità.

In questo periodo si sviluppa il concetto di “Hospitalitas” che racchiude molti aspetti tra cui il fornire ricovero la notte, sino al soddisfare le necessità di colui che giunge alla propria porta. Questo concetto però non è solo una scelta della Chiesa ma anche una sorta di dovere sociale. Infatti in questo periodo si fa sempre più una distinzione tra bisogno spirituale e bisogno fisico; con i monaci che si dedicano al primo e i conversi (servi) al secondo.

4 Dal Greco xenodocheion da xéno, ospite, e dòcheion, ricettacolo, dal verbo dèchomai ricevo.

5 Il Responsabile dell'Infermeria.

6 Luogo comune di Assistenza per tutti coloro che ne esprimevano il bisogno.

Successivamente fino ad arrivare al mondo franco e merovingio si nota una sempre più presenza di monasteri femminili; infatti per le donne delle classi superiori la vita monastica è occasione per poter esplicitare le proprie capacità intellettuali, la propria cultura e il proprio impegno a favore della collettività. Così come per le donne laiche la pratica assistenziale è occasione preziosa per avere un ruolo all'interno della società.

Con l'Umanesimo invece si ha una riforma degli ordini monastici che coinvolge senza indugi anche l'assistenza. Infatti nella struttura della vita consacrata ci fu un grande sconvolgimento, causato principalmente dalla nascita degli ordini mendicanti. Il monastero non viene più concepito come luogo di vita ma struttura funzionale solo all'alloggio; anche la vita spirituale si svolge nelle strade predicando i testi evangelici.

Col passare degli anni l'assistenza è affidata anche ai laici che però partecipano attivamente alla vita ecclesiastica. Nelle città cominciano a formarsi delle confraternite ospedaliere, composte da uomini e donne in ospedali nuovi o già esistenti. Queste sono sempre accanto al ferito, al malato, all'incurabile sempre nell'anonimato, nel rispetto della persona, come da buon insegnamento cristiano. Molto importanti saranno poi gli accorgimenti in caso di pestilenza, infatti il materasso cataletto che trasportava i corpi degli infermi verrà sostituito in caso di pestilenza da paglia e fieno che poi verrà bruciata dopo aver trasportato il malato al lazzaretto. Come anche la presenza di un confratello che posto davanti al carro che trasportava l'infermo agitava un campanello per avvisare del passaggio; tutti accorgimenti che a lungo andare prevenivano il contagio.

Sempre nel medioevo assistiamo all'avvento delle levatrici, campo nel quale le donne non hanno rivali. Esse infatti tramandano le loro conoscenze e abilità alle loro aiutanti e con il passare del tempo tali competenze vengono codificate anche dal punto di vista giuridico con la nascita degli ordini delle ostetriche.

Durante il rinascimento in Inghilterra si ricorre ad un sistema assistenziale misto, in cui si fondono l'assistenza diretta e l'assistenza attraverso gli ospizi.

Per finanziare gli ospizi viene introdotta un'imposta assistenziale.

Nascono anche le case lavoro, ovvero delle case di ricovero di mendicITÀ con obbligo di lavoro.

A Parigi invece il problema dei poveri viene gestito dal parlamento; è la prima volta che i poteri politici si assumono delle responsabilità nei confronti dei poveri.

Nonostante tutto questo durante il rinascimento nei Grandi Ospedali, curati benissimo nella struttura e nelle decorazioni, si ha un degrado dell'assistenza. Si ha un degrado del personale che prevalentemente laico, è spesso privo di istruzione e dedito all'alcol. I locali risultano sovraffollati e senza alcun controllo, le condizioni igieniche sono ormai inaccettabili e si assiste spesso a casi di morti sospette e percosse verso gli infermi.

Si era sviluppata una sorta di assistenza mercenaria che mirava solamente al guadagno.

In questo periodo assistiamo alla sopraggiunta dei Santi riformatori: San Giovanni di Dio⁷, Camillo da Lellis⁸ e San Vincenzo de Paoli⁹; questi saranno i primi a credere che l'assistenza come concepita allora, non basti più ma ci sia bisogno di un'assistenza specifica: l'Assistenza Infermieristica.

7 Giovanni di Dio, al secolo Juan Ciudad (Montemor-o-Novo, 8 Marzo 1495-Granada, 8 marzo 1550) è stato un religioso spagnolo di origine portoghese, fondatore dell'Ordine Ospedaliero detto dei "Fatebenefratelli". Proclamato Santo nel 1690 da Papa Alessandro VIII.

8 San Camillo da Lellis (Bucchianico, 25 Maggio 1550- Roma, 14 Luglio 1614), religioso e presbitero italiano fondò l'Ordine dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi (Camilliani). Proclamato Santo nel 1746 da Papa Benedetto XIV. Insieme a San Giovanni di Dio è patrono universale dei malati, degli infermieri e degli Ospedali.

9 Vincenzo de' Paoli, al secolo Vincent de Paul (Pouy, 24 Aprile 1581-Parigi, 27 Settembre 1660) è stato un presbitero francese, fondatore di numerose congregazioni religiose come la Congregazione della Missione, i cui membri sono comunemente chiamati "Lazaristi", le "Dame della Carità" e le "Figlie della Carità". Proclamato Santo il 16 Giugno 1737 da Papa Clemente XII.

In questo periodo si assiste ad una riforma regolamentare degli ospedali, al concepimento di nuove linee guida da adottare, come per esempio la classificazione in reparti, la modalità di degenza, e il letto singolo.

Ma si ha anche una maggiore attenzione verso la struttura e la cura igienica, vi è una cura molto più attenta delle stanze di degenza e del loro arieggiare; anche l'isolamento è un criterio molto più utilizzato rispetto al passato per alcuni pazienti particolarmente febbricitanti; tutto ciò per poter evitare nuovi focolai di pestilenza.

Altro parametro da considerare è la nascita del periodo di convalescenza, infatti mentre prima dopo la fase acuta i degenti venivano rimandati a domicilio dove molto spesso subivano delle ricadute anche letali, ora vengono istituiti i convalescenziari.

Per S. Camillo inoltre uno dei momenti più importanti era il momento di accoglienza del malato, infatti quando arrivava un nuovo infermo egli lo lavava, gli dava una camicia pulita e lo metteva subito a letto. Ordinò agli infermieri di porre domande ai malati e identificare con esse i bisogni assistenziali in modo da poter fornire un'assistenza personalizzata ai singoli pazienti.

Camillo inventò anche la cosiddetta “consegna”, il passaggio di consegna orale o per iscritto degli infermieri dei diversi turni; si interessò particolarmente del rapporto da tenere sia con il medico, sia con il paziente stesso in modo da raggiungere il risultato predefinito in partenza, che coincideva con la risoluzione dei bisogni dell'utente.

Nella seconda metà del Settecento, ci si rende conto di come sia necessario approfondire e diffondere le conoscenze ostetriche; vengono così istituiti corsi, scuole per levatrici e istituite cattedre per ostetriche nelle facoltà ad indirizzo medico.

L'istruzione, un salario, e il riconoscimento di un ruolo sociale fanno delle levatrici le protagoniste della medicalizzazione delle campagne; inoltre

l'istruzione impartita offre le basi scientifiche alla preparazione delle ostetriche e allo stesso tempo delimita il loro range di responsabilità; infatti è di loro competenza solo il parto naturale, mentre per ogni tipo di complicazione sono obbligate a chiamare il chirurgo.

All'inizio dell' '800 poi si ha la fondazione delle Suore della carità e questo sancisce un netto cambiamento; d'ora in avanti non si parlerà più di assistenza in generale ma di assistenza infermieristica.

Nei secoli analizzati fino ad ora abbiamo assistito ad una crescita dell'assistenza; si è infatti passati da una visione di assistenza come dovere all'assistenza come diritto.

In generale possiamo definire l'assistenza come un fenomeno che ha sempre retto il mondo e l'umanità. Successivamente e pian piano si è trasformata da fenomeno culturale a competenza disciplinare; anche attraverso i periodi storici che sono stati analizzati in questi primi paragrafi si comprende che i tempi siano maturi per una visione più specializzata e differenziata dell'assistenza:

L'Assistenza Infermieristica.

I.II La Nascita dell'Assistenza Infermieristica

L'Infermieristica è una scienza giovane; ha infatti una storia molto più recente rispetto ad altre figure in ambito professionale, che nella storia hanno saputo col tempo conquistare valenza e ruolo sociale.

Invece come abbiamo già abbondantemente descritto la nostra professione affonda le sue radici in un passato assai remoto e nasce con l'uomo ma non ha mai avuto grande valenza forse perché legata tantissimo al ruolo della donna, anch'essa priva di ruolo sociale fino al secolo scorso.

Il Novecento e la nuova temperie culturale favorisce l'apparire sulla scena di quella che ad oggi è considerata il prototipo dell'Infermiera modello: “Florence

Nightingale” (1820-1910). Colei, che chiamata anche la “signora della lampada”, di origini altoborghesi si distingue durante la guerra di Crimea, per il suo genio pratico, organizzativo, teorico e didattico.

Con la “Nightingale” l'assistenza infermieristica virerà irreversibilmente verso l'approccio scientifico e l'efficienza.

Creò inoltre una scuola per infermiere con un metodo didattico fondato sull'istruzione, la disciplina, la dedizione e il comportamento.

Quest'organizzazione scolastica creata nell'Inghilterra verrà poi molto presto imitata in tutta l'Europa, anche in Italia; anche se nel nostro Paese bisognerà aspettare gli anni Settanta perché la pratica del nursing divenga diffusa in tutto il territorio italiano; infatti la sua diffusione incontrerà molte resistenze sia tra le stesse infermiere che tra medici e amministratori.

In Italia sarà molto importante ai fini della modernizzazione del sistema sanitario l'introduzione del concetto di Nursing e l'esperienza sviluppata in campo infermieristico nei Paesi Anglosassoni.

Il termine Nursing per definire l'assistenza infermieristica venne introdotto nella nostra nazione solo agli inizi del Ventesimo secolo, sulla scorta della pubblicazione in Inghilterra del bestseller “Notes on Nursing”; tradotto poi in molte lingue, non era altro che una raccolta con la quale la “Nightingale” dispensava consigli a milioni di donne responsabili della salute dei loro familiari.

Le “Nightingale School” vennero fortemente osteggiate dai medici che erano convinti che istruire le infermiere volesse farle entrare nel “dominio” riservato solo a loro.

Il corso aveva la durata di un anno, tempo spropositato per allora; Inoltre le allieve erano costrette a vivere in un convitto associato all'ospedale; il che permetteva loro di riposare in un luogo tranquillo dopo il turno di lavoro, ma allo stesso tempo le loro vite private erano appannaggio della Florence e delle sue collaboratrici.

Negli anni del regime fascista ci fu la prima vera regolamentazione della formazione infermieristica, che naturalmente era riservata alle sole donne.

Nel 1925 si aprono le scuole convitto per infermiere¹⁰, esse erano sottoposte ad un controllo statale e svolgevano dei corsi biennali che fornivano alla fine un diploma per l'esercizio della professione infermieristica.

Era un modello organizzativo autoritaristico tipico del Ventennio, il quale era imperniato sulla scarsissima considerazione della professione infermieristica, specialmente perché svolta da personale femminile e totalmente subordinata alla figura del medico. Seguendo questo modello, gli insegnanti non potevano che essere medici, e l'unica figura infermieristica era quella della direttrice della scuola-convitto che però aveva come compito il solo insegnamento dell'educazione morale. L'insegnamento delle tecniche infermieristiche era superficiale e molto frammentato; è del tutto assente l'insegnamento del “nursing” come la “Nightngale” lo aveva prospettato una sessantina di anni prima.

In quegli anni va di moda la cultura militare, per esempio si prevedeva la concessione del diploma di infermiera a chi avesse compiuto del tirocinio, specie negli ospedali militari o nella Croce Rossa.¹¹

La scuola dell'epoca è inserita in un contesto di completa dipendenza dalla figura medica; non è prevista nessuna forma di giudizio critico, né un ruolo specifico o autonomo.

Nello stesso periodo nasce la figura dell'infermiere generico, operatore di livello inferiore che il R.D. 1310/1940 ne colloca l'attività in ambito ospedaliero sotto la responsabilità dell'infermiere professionale.

In questo periodo l'unico merito che va riconosciuto al regime è quello di aver disciplinato legalmente l'esercizio della professione infermieristica e di averne stabilito due livelli, mettendo in qualche modo fine alla confusione che regnava fino ad allora.

10 Regio Decreto-Legge n°1832 del 15 Agosto 1925

11 Articolo 42 del Regio Decreto n°2330 del 1929

Dopo la fine della seconda guerra mondiale, nel 1948¹², viene promulgata la Costituzione della Repubblica Italiana, che cita:

“La Repubblica tutela la Salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”¹³

Questo è un passaggio di fondamentale importanza, anche se la prima vera attuazione di questo articolo si avrà nel 1978 con la legge n° 833¹⁴, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo periodo vi è una grossa penia di infermiere, e nelle strutture non è un'eccezione trovare figure ausiliarie che compiono atti infermieristici, o addirittura infermieri generici che fungono da caposala.

Con la legge n° 1049 del 1954¹⁵ si ha invece la nascita del Collegio delle Infermiere, quello che ad oggi si chiama IPASVI¹⁶, che raccoglie in questa federazione oltre agli infermieri anche le vigilatrici d'infanzia e gli assistenti sanitari. Da questo momento in poi i collegi e la federazione IPASVI avranno un continuo sviluppo, registrando tutte le tappe della crescita e dei cambiamenti che hanno visto protagonista la professione infermiere.

Con più benessere e possibilità di movimento, anche grazie al diffondersi dell'automobile nel 1965, più precisamente dal 31 Maggio al 2 Giugno fu indetto il primo Congresso Nazionale IPASVI.

La riforma ospedaliera sancita dalla legge n° 128 del 1969, all'art 41 fa una distinzione del personale di assistenza diretta, organizzandolo in Caposala, Infermiere professioni specialistiche, Infermiere professionali e vigilatrici d'infanzia, Infermieri generici e Puericultrici. La stessa legge porta le ore lavorative settimanali da 48 a 40 e stabilisce che ci deve essere un tempo minimo di assistenza per ciascun paziente, pari a 120 minuti.

12 Promulgazione Costituzione Italiana

13 Articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana

14 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

15 Istituzione dei Collegi degli Infermieri

16 Acronimo di “Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici di Infanzia”

La carenza infermieristica porta inoltre ad un fatto nuovo nel panorama delle scuole per infermiere: nel 1971 con la legge n° 124¹⁷ si aprono le porte dell'infermieristica anche alle persone di sesso maschile; dall'anno '73/'74 occorre avere l'ammissione al terzo anno di scuola superiore per accedere al corso di infermieristica.

Poi sempre nel 1973 con la legge n° 795¹⁸ un ulteriore passo fu quello che porterà da due a tre anni il corso di studi per diventare infermiere professionale.

A definire il campo delle attività e le competenze degli infermieri nel 1974 interviene il Dpr n° 225¹⁹, il cosiddetto mansionario, che modifica le precedenti norme di regolamentazione della pratica infermieristica risalenti al 1940.

Il testo tende a stabilire un diverso approccio con l'assistito, esso infatti non è più solo un malato con problemi clinici ma è un utente che deve essere visto non solo per la patologia indicata ma bisogna prendersene cura a tuttotondo, quindi evidenziando i suoi problemi fisici, psichici e sociali. Con il Dpr n° 225 l'infermiere acquista una propria caratterizzazione professionale più adeguata ai tempi, a cui corrispondono il riconoscimento di una certa autonomia e precise responsabilità.

Ma non è tutto oro quello che luccica infatti tutti questi bei concetti innovativi e moderni per l'Italia dell'epoca sono ingabbiati in ciò che dice lo stesso decreto qualche rigo più in basso sotto il nome di Mansionario. Esso infatti disponeva di un elenco preciso di tutte le azioni lecite che poteva eseguire l'infermiere professionale, mentre tutto il resto risultava di competenza medica. Naturalmente facile immaginare che le competenze concesse fossero veramente poche, e fortemente limitanti per una professione in crescita nel panorama sanitario. Il punto centrale dell'assistenza sanitaria era ancora una volta il medico, mentre

17 Equivalenza titoli professioni sanitarie

18 Legge di ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle Infermiere. Adottato a Strasburgo il 25 Ottobre 1967

19 Modifiche al RD 2 Maggio 1940, numero 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici

l'infermiere non era altro che un “mansionato” qualunque, questione di “poca testa e molte gambe e braccia”.

Intanto nel 1978 con la legge n° 833²⁰ nasce il Sistema Sanitario Nazionale anche in Italia che si adegua così alle altre Nazioni Europee. Si passa da un sistema mutualistico ad uno universalistico.

Nell'anno accademico 1992/1993 sono circa mille gli studenti che per la prima volta varcano le soglie dell'università per frequentare i corsi di diploma universitario per infermiere in circa 18 Atenei italiani. Oltretutto il Dlgs 502 del 1992²¹ oltre a definire le competenze dell'Università, delle Regioni e delle Aziende del SSN in materia di formazione infermieristica, stabilisce come requisito per l'accesso alle scuole e ai corsi il possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado.

Nel 1994 con il decreto n° 739²² viene definito il profilo professionale dell'infermiere. E' la pietra miliare nel processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica.

Nell'art.1 viene definito il profilo dell'infermiere che è responsabile dell'assistenza generale infermieristica e le cui attribuzioni principali sono la cura, la riabilitazione, la prevenzione e l'educazione sanitaria.

Non più “Professione Sanitaria Ausiliaria”: finalmente questa definizione attribuita agli infermieri viene cancellata definitivamente da una legge dello Stato. Infatti la legge n°42 del 1999²³ sancisce che il campo proprio di attività e di responsabilità della professione infermieristica è definita dai contenuti del decreto istitutivo del profilo professionale, dalla didattica dei rispettivi corsi di laurea e di formazione post-base, nonché dal Codice Deontologico.

20 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

21 Riordino della Disciplina in materia Sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n° 421

22 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo professionale dell'infermiere

23 Disposizioni in materia di professioni sanitarie

A fissare le ultime tappe del percorso di riordino della professione è la legge n° 251 del 10 Agosto 2000²⁴. Questa stabilisce che gli infermieri in possesso dei titoli di studio rilasciati con i precedenti ordinamenti possono accedere alla laurea di secondo livello in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

Oltre a ciò l'importanza della 251 consiste soprattutto nel riconoscimento di un ruolo dirigenziale anche per i professionisti infermieri. Si aprono così le porte all'accesso della qualifica unica di dirigente sanitario.

Nel 2002 si definisce il profilo dell' OSS²⁵ ribadendo che esso svolge le sue attività uniformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione.

Col decreto del 9 luglio 2004 il Miur²⁶ fissa le modalità e contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche e con il decreto del 27 luglio definisce i posti per le immatricolazioni. In questo modo a partire dall'anno accademico 2004/2005 la laurea specialistica diventa finalmente realtà concreta e i corsi partono in 15 atenei italiani.

Infine da sottolineare la partenza dei primi dottorati in Scienze Infermieristiche nel 2006.

24 Disciplina delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione Ostetrica

25 Operatore Socio Sanitario

26 Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

CAPITOLO II

IL PRONTO SOCCORSO NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

II.1 Il Pronto Soccorso

Fin dalla nascita, l'ospedale era inteso come una struttura finalizzata all'accoglienza di qualsiasi individuo che manifestasse un bisogno, sia esso fisico, psichico o sociale. Certamente rispetto alla realtà odierna vi erano molte differenze; i ricoveri erano d'elezione e solo una piccola quantità di utenze veniva ricoverata d'urgenza, di solito solo quelle affetti da problematiche chirurgiche. Queste strutture sanitarie erogavano assistenza 5 giorni a settimana nelle ore diurne, mentre durante la notte e i week end il servizio veniva rallentato o anche totalmente sospeso.

Il Pronto Soccorso e più in generale la Medicina d'Emergenza negli ultimi 10 anni hanno subito dei grossi cambiamenti anche radicali sia a livello organizzativo-professionale sia nell'interesse della cittadinanza.

Gli eventi bellici del Novecento hanno permesso il miglioramento e il perfezionamento dei modelli organizzativi del soccorso sanitario, ma fino agli anni '60 l'emergenza era affidata in ambito extra-ospedaliero alla fortunosa presenza dei Volontari, e in Ospedale era gestita da Medici della struttura che a rotazione gestivano il reparto di Pronto Soccorso.

Con il DPR. n°128 del 1969²⁷ gli ospedali furono chiamati alla prima grande modifica nell'organizzazione dell'assistenza; infatti i punti fondamentali di questo DPR erano: la presenza obbligatoria negli ospedali di medie e grandi dimensioni di un servizio di Pronto Soccorso, attivo 24 ore su 24, dotato di risorse strumentali proprie, compresi i mezzi di soccorso, dotato dell'organico proprio e con potere

²⁷ Ordinamento interno dei Servizi Ospedalieri

decisionale assoluto sulla necessità del ricovero in Struttura.

Il Servizio era operante sotto la vigilanza del Direttore Sanitario Ospedaliero.

Nel corso degli anni '80 si assiste alla prima grande evoluzione della medicina d'urgenza, infatti vengono istituiti i primi Dipartimenti di Emergenza (DE). Inizialmente istituiti senza alcuna modalità di controllo e in maniera del tutto arbitraria in base alle Regioni di appartenenza; oltretutto nella fase iniziale i DE risultavano realtà a sé, prive di collegamenti con altri servizi, come il trasporto urgente o la guardia medica.

Successivamente viene istituzionalizzata l'organizzazione delle strutture e dei servizi d'emergenza ad essa correlata con il DPR n° 76 del 27 Marzo 1992²⁸.

I punti salienti di questa importante modifica si possono concentrare nell'istituzione delle Centrali Operative 118, dei Dipartimenti d'Emergenza e del Servizio di Guardia Medica. Inoltre il Soccorso Sanitario diventa di esclusiva competenza del Servizio Sanitario Nazionale. Viene istituito un Responsabile Medico del Pronto Soccorso e un'istituzione importante: il Triage.

Con l'Atto di Intesa Stato-Regioni del 1/1996²⁹ vengono istituiti i Dipartimenti di Emergenza di I e II livello. Essi devono comprendere le funzioni dalle Unità Operative di Pronto Soccorso ed Accettazione, Osservazione e Degenza Breve e Medicina d'Urgenza se prevista dal Piano Regionale.

Successivamente il DPR 484/97³⁰ determina l'istituzione della disciplina di "Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza" fra le discipline a concorso dell'area medica e delle sue specialità. Inoltre delinea indirettamente quella che è la figura del Professionista Medico dell'Emergenza-Urgenza.

Un successivo Atto di intesa Stato-Regioni del 25/10/2001³¹ definisce l'iter formativo dell'operatore di triage.

28 Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria.

29 Legge quadro italiana per l'Emergenza Sanitaria in applicazione del DPR 27/03/1992)

30 Istituzione della Disciplina Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza

31 Definizione Percorso Formativo Operatore di Triage

II.II IL DEA: Tipologie

Il Dipartimento di Emergenza-Accettazione nasce dalla necessità di individuare all'interno degli ospedali un complesso di Unità Operative che si dedicassero alle problematiche dell'urgenza.

Il DPR del 27/03/1992 regola i compiti e le funzioni del DEA, identificandolo come una struttura sanitaria a sé, costituita dalle Unità Operative di Pronto Soccorso-Medicina d'Urgenza, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia d'Urgenza-Cardiologia e UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica).

Il DEA opera in maniera integrata con il sistema di allarme sanitario (118) e con il sistema territoriale di soccorso. Il Dipartimento svolge le sue funzioni 24 ore al giorno assicurando il servizio di Pronto Soccorso oltre che l'integrazione funzionale delle Unità operative adiacenti necessarie dal punto di vista diagnostico e terapeutico alla cura del malato in stato di urgenza-emergenza.

Si distinguono DEA di primo e secondo livello.

Il DEA di I livello assolve le funzioni di pronto soccorso, mediante l'erogazione delle prestazioni necessarie a salvaguardare in prima istanza la vita e le funzioni vitali dell'utenza. Provvede ad assegnare, nel caso sia necessario, un ricovero provvisorio in uno dei posti letto del Dipartimento o un ricovero, in base al giudizio diagnostico, in una delle U.O. della divisione o sezione ospedaliera; o eventualmente ad un invio del paziente ad un DEA di II livello se sono necessari ulteriori accertamenti e/o interventi.

Inoltre ha la facoltà di rinviare ai servizi extra-ospedalieri quelle utenze che, dopo aver eseguito un iter diagnostico-terapeutico, non hanno necessità di imminente ricovero in Struttura.

Il DEA di II livello è costituito negli ospedali che oltre al Pronto Soccorso e alla Rianimazione, dispongono di U.O. avanzate come Cardiocirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica.

II.III Il Triage

Nel corso dei secoli si diede sempre più importanza ad un più efficace processo di valutazione dei pazienti spinto dalla necessità di razionalizzare e ottimizzare il lavoro del medico e di disporre di un sistema sufficientemente flessibile in grado di rendere adeguata la selezione dei pazienti in attesa, in relazione all'urgenza dell'intervento richiesto. Il sistema più efficace per la valutazione del paziente è stato ormai individuato nel Triage.

La parola Triage deriva dal francese “trier” che significa scegliere, smistare, selezionare. Indica l'operazione di prima valutazione dell'utenza in modo da identificarne la gravità, e classificarne l'ordine.

La gravità viene valutata attraverso la misurazione dei parametri vitali quali pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria, saturazione dell'ossigeno, temperatura e coscienza. In maniera semplice si può sostenere che si valutano i tre parametri vitali fondamentali (Coscienza, respiro, circolo).

Sviluppatosi dalla necessità di affrontare in modo più razionale ed ordinato le emergenze sanitarie improvvise soprattutto in periodo di guerra o catastrofi, il Triage ha poi trovato un'applicazione permanente all'interno del Pronto Soccorso con l'intento di stabilire una priorità di visita dei malati tra i tanti che per svariati motivi accedono al servizio di emergenza-urgenza.

In Italia arriva più tardi, solo nel 1996 infatti a seguito di una rivoluzione legislativa avviene la pubblicazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza-urgenza sanitaria in applicazione del Decreto del Ministro della Sanità, nel quale viene prevista per la prima volta l'utilizzo della funzione di triage nei DEA.

Così al momento dell'ingresso in struttura il malato viene registrato nella sala triage da un infermiere che misura parametri e segni vitali e in base a questi assegna all'utente un codice di gravità espresso in un colore e quindi un ordine di priorità all'accesso in sala visite.

Come abbiamo già detto ad ogni utente viene assegnata una priorità che viene identificata da un colore:

-Codice Rosso: Individua un paziente molto critico. E' un'emergenza sanitaria. Una delle tre funzioni vitali fondamentali è crollata. Il paziente è in imminente pericolo di vita. Ha accesso diretto alla visita medica.

-Codice Giallo: Paziente Critico. Parametri vitali alterati, pur senza segni di scompenso in atto. E' un paziente, le cui condizioni possono evolversi in molto critiche se non si interviene in un breve tempo. Ha la precedenza su tutti gli altri codici dopo l'emergenza.

-Codice Verde: Paziente poco critico. E' attribuito a utenze definite differibili, ovvero che presentano patologie senza caratteri d'urgenza. Vengono visitati in ordine di arrivo ma sempre dopo i codici rossi e gialli.

-Codice Bianco: Paziente non critico. E' un paziente che non ha necessità di essere visitato in tempi brevi. Attenderà il suo turno in ordine d'arrivo con le utenze definite con il medesimo codice. Mentre verranno visitati prima i codici maggior priorità descritti prima (rosso,giallo,verde).

E' noto che più l'attesa si protrae più interventi di rivalutazione saranno necessari da parte dell'infermiere di triage, in modo da individuare qualsiasi peggioramento del quadro che potrebbe comportare anche un cambio di priorità e quindi un cambio di codice.

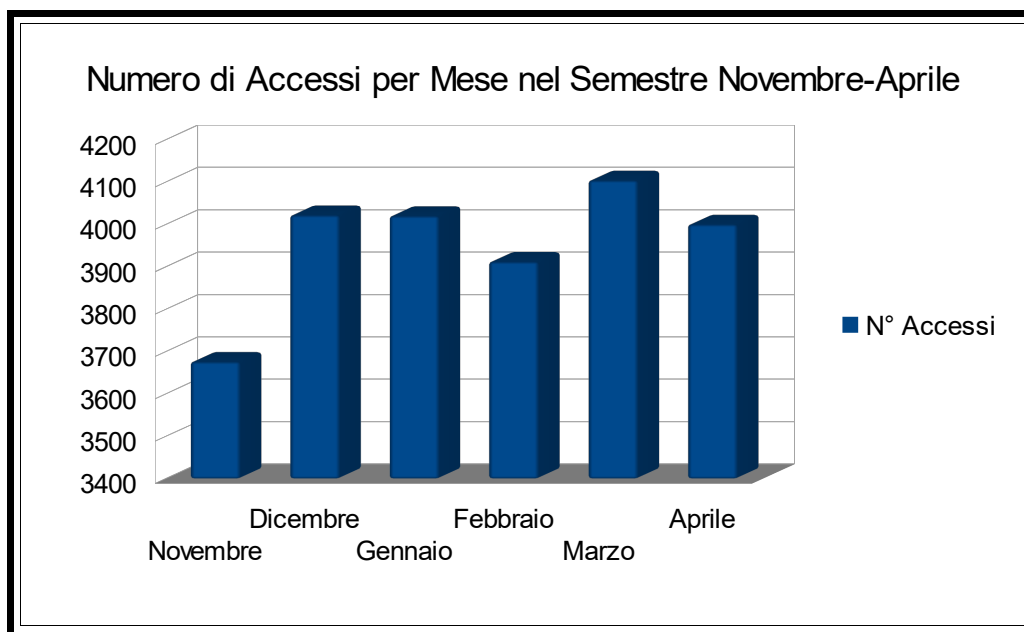
CAPITOLO III

IL SOVRAFFOLLAMENTO: CAUSE E SOLUZIONI

Utilizzando una metafora potremmo definire il Pronto Soccorso come il grande imbuto del Sistema Sanitario Nazionale. Fonti di letteratura medica ci mostrano che su tutto il territorio Nazionale ci sono circa 844 Pronto Soccorso in cui lavorano in media 12000 medici e 25000 infermieri. Gli accessi annui sono circa 24 milioni, circa 2 milioni al mese, per un netto di 67 mila al giorno e 2800 all'ora, 48 al minuto, insomma quasi uno al secondo.³²

Anche a nel DEA Sassarese questi numeri sono di gran lunga confermati dai dati raccolti nei sei mesi che vanno da Novembre 2015 ad Aprile 2016.

| | Novembre | Dicembre | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile |
|------------|----------|----------|---------|----------|-------|--------|
| N° Accessi | 3676 | 4022 | 4020 | 3912 | 4104 | 4000 |

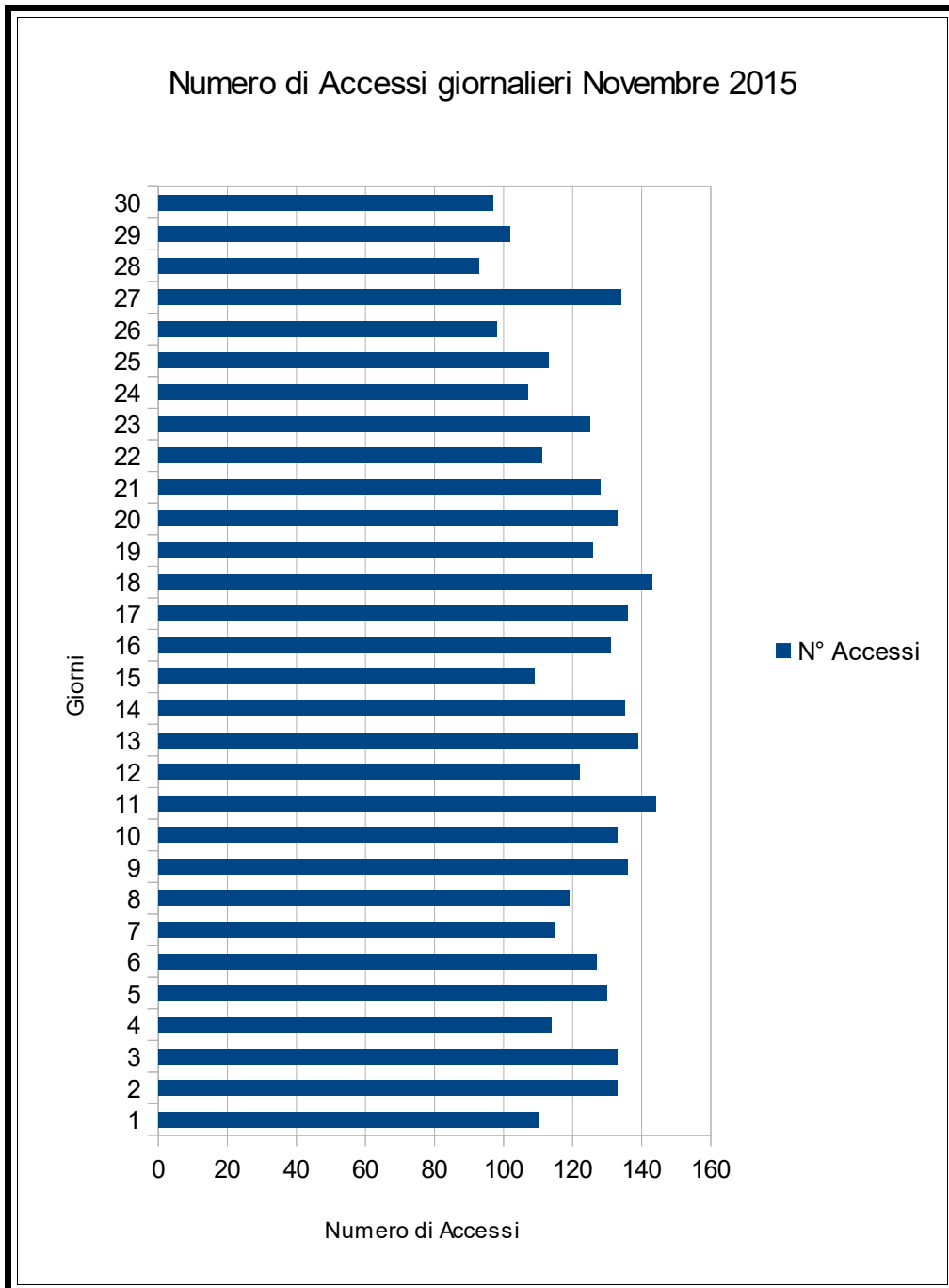


³² Fonte www.ministerodellasalute.it

Dati giornalieri mese Novembre 2015:

| Giorno | N° Accessi |
|---------------|-------------------|
| 1 | 110 |
| 2 | 133 |
| 3 | 133 |
| 4 | 114 |
| 5 | 130 |
| 6 | 127 |
| 7 | 115 |
| 8 | 119 |
| 9 | 136 |
| 10 | 133 |
| 11 | 144 |
| 12 | 122 |
| 13 | 139 |
| 14 | 135 |
| 15 | 109 |
| 16 | 131 |
| 17 | 136 |
| 18 | 143 |
| 19 | 126 |
| 20 | 133 |
| 21 | 128 |
| 22 | 111 |
| 23 | 125 |
| 24 | 107 |
| 25 | 113 |
| 26 | 98 |
| 27 | 134 |
| 28 | 93 |

| | |
|----|-----|
| 29 | 102 |
| 30 | 97 |



Facendo una stima dei dati possiamo sostenere che accedono al Pronto Soccorso Sassarese in media 25000 utenze ogni sei mesi, circa 50000 ogni anno. Circa 125 utenti invece si recano in media in una giornata

Prendendo in considerazione che l'équipe sanitaria è formata solitamente da quattro infermieri e tre medici a turno è chiaro che anche in questa realtà ci troviamo davanti ad una situazione critica.

Da questi dati territoriali ma anche da quelli Nazionali emerge che il sovraffollamento è una grossa piaga nell'interno Sistema Sanitario Nazionale.

III.I Invecchiamento della Popolazione: Ruolo del Medico di Famiglia e dei Servizi Territoriali

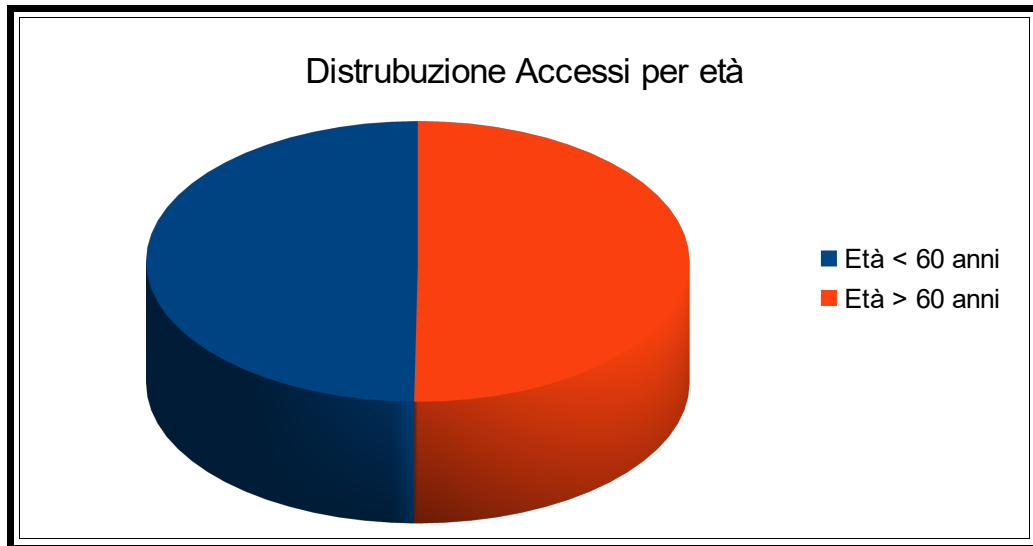
E' senza dubbio chiaro che ci sarebbe tutto un sistema da rimodellare e aggiornare ai tempi odierni, perché che le migliori condizioni di vita, la maggior efficienza della medicina e i risultati della ricerca hanno senza dubbio portato ad un invecchiamento della popolazione è cosa ormai nota anche ai più scettici.

Così le malattie croniche sono di fatto diventate molto più bisognose di aiuto, sia a livello assistenziale, sia a livello sociale, oltre che economico (dati del ministero della salute ci indicano che circa il 78% della spesa sanitaria pubblica è utilizzata per far fronte all'assistenza e al bisogno di malati cronici).

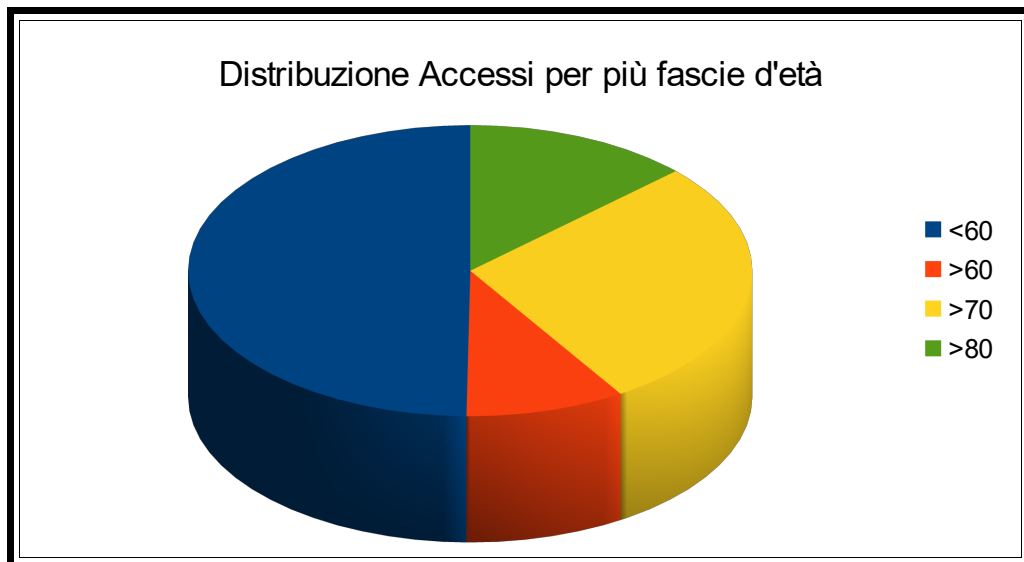
Insomma le patologie croniche hanno sostituito quelle acute e ad oggi sono il problema dominante per la salute.

Questo invecchiamento della popolazione e questa importanza crescente delle patologie croniche è documentato anche sulla base di dati rilevati nel mese di novembre 2015 nel Pronto Soccorso AOU di Sassari.

| | Totale | Età < 60 anni | Età > 60 anni |
|-------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|
| N° Accessi | 3676 | 1830 | 1846 |



| | Totale | <60 | >60 | >70 | >80 |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| N° Accessi | 3676 | 1830 | 337 | 1031 | 478 |



Da questi dati emerge ancor più chiaramente come l'età media si sia alzata drasticamente, e come le patologie croniche sono senza dubbio il maggior problema della sanità moderna.

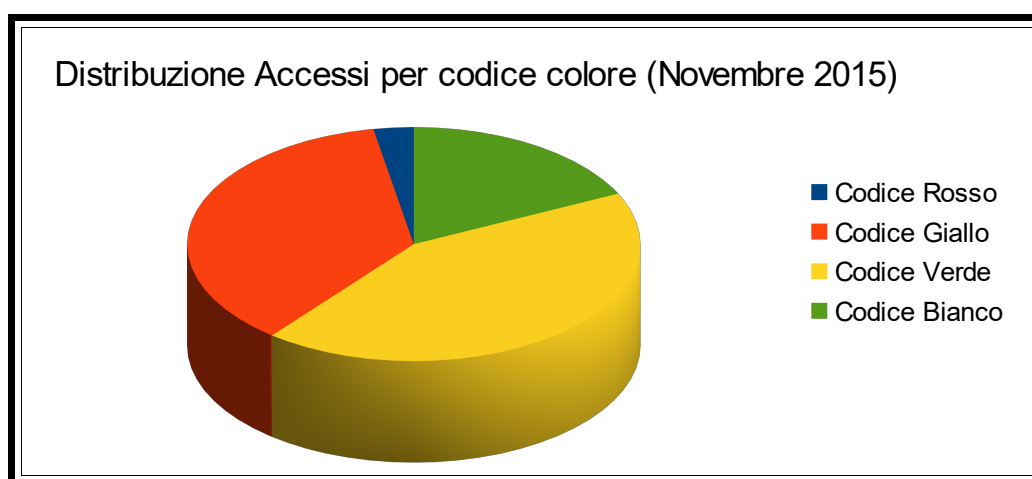
Il Pronto Soccorso ha la funzione primaria di salvare la vita a quei pazienti in codice rosso che come dice qualcuno “sono ancora troppo sani per morire”, oltre che effettuare un inquadramento diagnostico, stabilizzare e avviare, se necessario, ai reparti di cura tutti i pazienti che instabili vengono registrati con un codice giallo.

I codici Rossi sono sempre in media <5%, mentre i codici gialli si attestano più o meno intorno al 20-25%, questa è la funzione primaria del Dipartimento di Emergenza-Urgenza.³³

Tutti gli altri interventi, che sono differibili, ambulatoriali e di basso o nullo livello non sono prioritari, anzi molto spesso sono più o meno impropri.

Indagine compiuta nel mese di Novembre 2015 sul numero di accessi per priorità in base al codice colore assegnato al Triage:

| | Codice Rosso | Codice Giallo | Codice Verde | Codice Bianco |
|-------------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| N° Accessi | 105 | 1338 | 1576 | 658 |



³³ Fonti www.ministerodellasalute.it

Nel Sassarese sono in parte confermati i dati Nazionali, con il 3% di codici di priorità massima, codice rosso, a seguire si attestano al 36% i codici gialli, mentre la restante percentuale è formata da quei codici che sono considerati più o meno impropri, con i verdi al 43% e i codici bianchi al 18%.

C'è da chiedersi il perché di così tanti accessi più o meno impropri nei Pronto Soccorso. Ci sono tanti motivi validi che spingono così tante utenze a rivolgersi direttamente ai DEA, oltrepassando i servizi territoriali.

Uno di essi è perché si è investito tanto sui Dipartimenti di Emergenza e sugli Ospedali ma poco sul territorio, e ad oggi ci ritroviamo con un sistema-salute che ha come eccellenza gli ospedali che però non rendono come dovrebbero, perché sono slegati dai servizi territoriali che risultano indietro di un ventennio.

Il Medico di Famiglia, non dovrebbe essere più l'unico gestore della cura, ma membro di un team multi-professionale, in grado di elaborare un piano di cura e assistenza che venga incontro alla molteplicità dei bisogni dell'utenza, così da garantire una continuità assistenziale valida. Egli non può più permettersi di lavorare attraverso interventi puntuali ma tra loro discontinui; c'è sempre da formarsi ed informarsi su dati sempre più aggiornati in modo da sviluppare sempre maggiori strategie assistenziali al passo con i tempi.

Tutto ciò servirebbe a costituire quella realtà chiamata “primary care”³⁴, passando da un sistema assistenziale puntiforme e passivo ad uno costruito da forme di aggregazione territoriale, che si faccia carico anche dei malati cronici (diabete, bronchite cronica, scompensi..) in modo integrato con altre figure professionali quali infermieri, dietisti, fisioterapisti e alcuni altri specialisti.

Ma molto spesso è anche la cultura che spinge così tanti accessi impropri, infatti effettuare una visita dal Medico di Famiglia non è nemmeno paragonabile a quella fatta in un Pronto Soccorso. Questo per tanti motivi ma uno dei più importanti è

³⁴ Non sono altro che le cure primarie, un'assistenza globale mirata a soddisfare i bisogni primari del paziente, che dovrebbero essere garantite dai Servizi Territoriali

senza dubbio la disponibilità immediata o quasi di risorse, che un grande Ospedale può garantire rispetto al medico di base. Ed ecco che il medico del pronto soccorso può richiedere tanti esami, molto spesso anche inutili alla causa in atto, che possono soddisfare le esigenze e non del paziente immediatamente, senza magari ricorrere ad appuntamenti ambulatoriali o visite specialistiche che richiederebbero una lista d'attesa o una prenotazione.

E' anche vero però che sempre più spesso il medico del pronto soccorso, viste le denunce in aumento e la cronaca nera degli ultimi anni, ricorre a quella che è chiamata medicina difensiva; che consiste nell'effettuare esami non utili in urgenza, ma che servono per fare un quadro generale diagnostico del paziente, in modo da non ricorrere in denunce per magari un ictus celebri che insorge poche ore dopo la dimissione dal Pronto Soccorso per otalgia.

E' chiaro che anche questo provoca ritardi e iperaffollamento del Triage e più in generale del Pronto Soccorso, perché se ogni medico deve giustamente tutelare la propria figura, perché non è tutelato da altri e per ogni paziente effettuare un quadro generale è inevitabile che i tempi di visita si allunghino e così i tempi di attesa.

Bisogna dunque evitare che il PS diventi il “Super Medico di Famiglia Italiano”, anche perché questo è un lavoro dedito al medico di medicina generale che conosce meglio i suoi pazienti e può far molto meglio del PS.

E' evidente che per ottenere questi risultati sia necessario potenziare e di molto le strutture territoriali e anche le RSA³⁵, in maniera che possano rispondere sempre meglio ai bisogni della popolazione anziana, cronica e spesso anche sola; invece in questo senso si fa e si continua a fare poco, e si continua impertentitamente a pesare su quelli che sono o almeno dovrebbero essere gli ospedali per acuti, con annessi costi in più; infatti è noto quanto siano più alti i costi di questi ultimi.

Un'altra possibilità per cercare di ridurre gli accessi più o meno impropri sarebbe

35 Residenza Sanitaria Assistenziale

quell'opportunità, assai politicamente pesante, di evitare l'accessibilità totalmente gratuita al PS. Introdurre cioè un piccolo ticket per i pazienti non esenti e che non necessitano di ricovero, in modo da non limitare a nessuno l'accesso in condizioni di bisogno, ma almeno far pensare quei pazienti che si rivolgono al PS per puro opportunismo. Questo non deve essere visto ovviamente come guadagno finanziario ma come guadagno operativo, per migliorare la reale accessibilità al PS per coloro che ne hanno bisogno, a vantaggio della collettività.

Le soluzioni di questo grande problema del sovraffollamento sono quindi innanzitutto a monte del PS.

Dovrebbe cambiare il ruolo del medico di famiglia che dovrebbe diventare dipendente del SSN, e lavorare in strutture territoriali in collaborazione con altre figure assistenziali in modo da garantire il soddisfacimento dei bisogni 365 giorni l'anno e 24 ore al giorno.

Essendo parte di una struttura avrebbero a disposizione la tecnologia diagnostica di alto profilo e i materiali utili al prendersi cura a tuttotondo del paziente in carico.

Molto importante in linea con i tempi sarebbe anche un collegamento on line con le strutture della rete ospedaliera regionale. Ma ancora, i piccoli ospedali, non dovrebbero essere chiusi ma si dovrebbero realizzare al loro interno delle eccellenze in alcuni campi, essere riconvertiti quindi per esempio in radiologia di qualità, esami invasivi o specialistiche.

Questa nuova realtà rivolta al territorio avrebbe nel medico di famiglia il ruolo centrale, avrebbe più responsabilità e un cambio culturale sia a livello di prestazioni di più alto range sia dal punto di vista del rapporto con paziente e famiglia. Infatti si occuperebbe a 360 gradi del paziente e si avrebbe finalmente una più attenzione verso la cronicità dell'assistito, volta ad alleggerire i grandi ospedali per acuti da questi accessi, ma allo stesso tempo garantendo un'assistenza importante a tutta la popolazione, portata avanti da strutture territoriali che con un

personale formato da più professionalità, e allo stesso tempo in stretto contatto con i grandi ospedali.

Nei PS a questo punto arriverebbero solo codici rossi e gialli e pochi codici verdi. Sarebbe un alleggerimento notevole che però farebbe dei DEA quel che sono deputati a fare: gestire le criticità di urgenza ed emergenza.

La cosa più importante a quel punto sarebbe lo sviluppo in termini di formazione della medicina dell'emergenza-urgenza, in modo che sia sempre del più alto profilo possibile per tutte le situazioni che si possono verificare in campo.

III.II Appropriatelyzza del posto letto e andamento sincrono ricovero-dimissione

Ma non abbiamo solo problemi a monte del PS, ma anche a valle dello stesso.

Infatti è necessario che venga garantito dalle grandi strutture sanitarie un flusso costante che proceda sincrono tra dimissioni e necessità di posto letto. Sarebbe necessario un monitoraggio dell'appropriatezza del posto letto da strutture intermedie e di controllo.

Non serve che vengano moltiplicati i posti letto per acuti, ma sarebbe invece necessario favorire le dimissioni, anche attraverso quella che potremmo chiamare “Intermediate Care”, un'assistenza verso chi ancora ha bisogno ma può essere accuratamente assistito anche in strutture territoriali o per esempio in piccoli ospedali convertiti alla riabilitazione post operatoria e non per forza deve occupare un letto nell'ospedale per acuti.

III.III Percorsi Fluidi già dal Triage: Il See and Treat

E per ultimo ma non per minore importanza, c'è una criticità da risolvere all'interno del PS. C'è la necessità di selezionare in modo adeguato le

problematiche in modo da indirizzare il paziente nel percorso idoneo e rendere l'ingresso dell'utenza nel SSN più fluido e ricercato ai reali bisogni. Esempi di questi percorsi alternativi sono il See and Treat e il Fast Track.

Il primo non è altro che un nuovo modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che sta avendo una rapidissima ed ampia diffusione nel Sistema Sanitario Nazionale Inglese e che ha ottenuto qualche riscontro anche in Italia, soprattutto in Toscana. E' un modello che risulta efficace soprattutto nel contenimento delle attese oltre che a creare un percorso fluido e di più semplice accesso al SSN. Questo modello ha come protagonista un professionista sanitario, precedentemente formato in maniera adeguata, che può essere indifferentemente un medico o un infermiere che si occupa delle cosiddette urgenze minori, individuate prima dal Triage, che poi vengono valutate, trattate e dimesse o indirizzate alla struttura, seguendo dei protocolli precedentemente redatti e approvati dalla Regione. Garantirebbe un minor affollamento dei Pronto Soccorso, oltre ad essere il metodo di più facile messa in atto tra quelli citati per risolvere il grande problema del sovraffollamento dei DEA. I professionisti ci sono, perché deprofessionalizzarli?

CAPITOLO IV

IL SEE AND TREAT

Il See and Treat come abbiamo già detto in precedenza non è altro che un nuovo modello assistenziale che consente un percorso facilitato per quelli che sono considerati codici minori nei Pronto Soccorso. Questi infatti dopo essere stati sottoposti ad un triage classico che li identifica come codici See and Treat vengono indirizzati verso un ambulatorio proprio dove vengono accolti, valutati, trattati, e dimessi da personale sanitario precedentemente formato, sia indifferentemente medico o infermiere.

Ha come obiettivo principe quello di alleggerire il peso del sovraffollamento nei PS; e come obiettivi di contorno ma comunque importanti, diminuire il periodo di attesa precedente alla visita ma anche alleggerire e rendere più specifico il lavoro del Medico di PS che come da protocollo si dovrebbe occupare solo di medicina di emergenza-urgenza.

Ecco perché tra le tante possibili soluzioni citate in precedenza sembra la più perseguibile a breve termine. Ed ecco perché già in alcune realtà, sia in Inghilterra ma anche da noi, soprattutto in Toscana si sta provando a risolvere una delle piaghe di ormai quasi tutti i dipartimenti di emergenza-urgenza, il sovraffollamento, utilizzando una soluzione interna che garantisce professionalità, competenza e maggiore fluidità dei percorsi, meglio definito come See and Treat.

IV.I L'esperienza Inglese

A partire dagli anni Ottanta il National Health Service (NHS) aveva tentato in vario modo , ma sempre ottenendo scarsi risultati, di risolvere i problemi organizzativi degli Emergency Departments (ED) inglesi. La strada che ha definitivamente portato ad una soluzione fu intrapresa solo a partire dal 2001,

quando la Modernisation Agency dell'NHS commissionò alla Business School dell'Università di Warwick uno studio analitico riguardante il problema del sovraffollamento e delle attese in Pronto Soccorso.

Nacque così il Progetto IDEA,³⁶ le cui conclusioni furono pubblicate nel gennaio 2002.

Quest'indagine dimostrava come una delle principali cause delle disfunzioni degli ED fosse ascrivibile al fatto che all'ingresso i pazienti venivano indirizzati tutti ad un unico percorso nonostante avessero diversi bisogni, e quindi si creava il solito effetto a “collo di bottiglia” sul flusso degli accessi.

Questo processo suddivise le utenze in sette categorie, o segmenti d'ingresso ben distinguibili tra loro:

1. pazienti a cui dare solo un consiglio
2. pazienti da sottoporre a valutazione e da assicurare
3. pazienti da sottoporre a valutazione e a cui consigliare una prescrizione
4. pazienti da sottoporre ad un trattamento non complesso, senza alcun bisogno di ulteriori indagini
5. pazienti da sottoporre a indagini ed eventuale trattamento non complesso
6. pazienti da sottoporre ad indagini multiple e/o complesse
7. pazienti affetti da grave patologia, da sottoporre a indagini e trattamenti complessi

In base a questi parametri erano individuati due differenti percorsi, nei quali far confluire i pazienti fin dal momento dell'accettazione in PS. Il primo era riservato ai casi più gravi e complessi (6-7), il secondo a quelli di minor gravità (1-5).

Secondo il progetto IDEA, questa suddivisione degli accessi avrebbe portato dei vantaggi solo a patto che i due flussi viaggiassero in due strade parallele ma mai comuni durante tutto l'iter diagnostico-terapeutico.

36 Ideal Design of Emergency Access Project

In tal modo infatti veniva garantito l'accesso rapido agli accessi di maggior gravità, senza d'altra parte aumentare i tempi d'attesa dei codici minori, come invece accadeva con il tradizionale Triage.

Si sosteneva a conclusione di questo studio che la variazione della domanda può essere affrontata pianificando l'uso delle risorse e delle professionalità; su tale assunto si suggeriva che i casi di minor entità venissero trattati da personale infermieristico appositamente formato (Emergency Nurse Practitioner), al quale veniva attribuita la diretta responsabilità delle procedure effettuate secondo alcuni protocolli prestabiliti.

Ciò costituiva la base della teoria del “Guarda e Tratta” ovvero See and Treat, il principale contributo al contenimento delle lunghe attese in PS emerso dal Progetto IDEA.

Nel 2003 il nuovo metodo fu proposto dall'NHS agli Emergency Departments, senza peraltro effettuare alcuna sperimentazione preliminare. Progressivamente il S&T fu esteso a tutti i servizi di Pronto Soccorso del Regno Unito anche se non in maniera omogenea.

A gestirne la metodica, in base alle caratteristiche delle diverse realtà locali, potevano essere un medico o un infermiere ENP³⁷, oppure entrambe le figure. Inizialmente si era preferito affidare questa responsabilità ai medici e agli infermieri più esperti, e ciò insieme all'assenza di una sperimentazione preliminare, ha costituito il motivo di maggior critica da parte dei servizi di emergenza inglesi, che non giudicavano positivo il contemporaneo impiego di medici e infermieri, inoltre tra quelli più esperti, che venivano distolti dalla gestione dei casi più complessi.

Delle varie formule adottate poi successivamente per la gestione del S&T, la più diffusa è stata quella che ha visto l'infermiere specializzato in emergenza (ENP) operare in autonomia sulla base di protocolli che includevano anche la richiesta di

37 Emergency Nurse Practitioner

esami strumentali quali radiografie e la prescrizione di alcuni farmaci.

A prescindere dal tipo di équipe utilizzata nel metodo S&T, associato alla suddivisione delle utenze in “major” e “minor accidents”, è stata l'unica innovazione che sia riuscita a ridurre nei PS inglesi i tempi di attesa dei codici minori, contenendoli in linea di massima entro le 4 ore.

IV.II La situazione in Italia: l'esempio Toscano

Il percorso toscano del modello S&T inizia spontaneamente nelle varie sedi di PS come risposta non istituzionale alla piaga del sovraffollamento.

Nei periodi di iperaffollamento è infatti esperienza comune che al momento del triage, l'infermiera si trovi a risolvere piccoli problemi di traumatologia o semplici dubbi sanitari dell'utente. E' proprio questa figura professionale, che avendo acquisito maggiore responsabilità e competenza nel vagliare i motivi d'accesso in PS, e nel risolvere alcuni “minor accidents”, si è trovata ad agire secondo modello il modello S&T senza nemmeno conoscerlo. Situazioni di questo tipo si verificano con maggior facilità e frequenza negli ospedali più piccoli, dove spesso l'infermiere è una persona di fiducia e professionalmente stimata dalla comunità. E' proprio in un ospedale periferico che nel 2006 è stata effettuata una revisione della casistica dei pazienti, grazie alla quale è stato possibile individuare quanti casi potevano essere rapidamente risolti al momento dell'accettazione in PS, evitando o riducendo i tempi d'attesa.

I risultati di quest'indagine furono poi pubblicati in un articolo della rivista dell' "Ordine dei Medici di Firenze Toscana Medica". Essi pur derivando da un unico Ospedale riflettevano l'esperienza di molti altri PS, e per questo sono stati favorevolmente accolti dalla maggioranza dei Professionisti della Medicina di Emergenza-Urgenza.

Il fatto che il modello operativo proposto fosse presente in letteratura, peraltro già istituzionalizzato sotto forma di S&T in Inghilterra, ambiente culturale diverso dal nostro ma comunque con le stesse problematiche, ha indotto tutti a considerarlo quasi come una rivoluzione del “Modus Operandi” in PS. Anche perché pur essendo luoghi diversi, diverse culture, diverso modo di operare solitamente uno stesso problema ha una soluzione comune.

A seguito della pubblicazione di questi studi, nel gennaio del 2007 fu promossa una Giornata di Studio che ha avuto la partecipazione ampia sia da parte di medici, sia di infermieri dei Servizi Sanitari della Regione. Uno dei motivi del favore con cui la maggior parte dei professionisti di Emergenza-Urgenza ha accolto questa iniziativa è da ricercare nella necessità di operare un profondo rinnovamento nei Dipartimenti di Emergenza.

Di questa necessità si è fatta carico la Giunta Regionale della Toscana con il DGRT n° 140 del 25 febbraio 2008, un atto legislativo in cui il concetto di “accesso improprio” è stato superato e sostituito da quello di “urgenza percepita”, ammettendo così l'attuale obiettiva mancanza di alternative ai servizi di PS per una rapida e completa risposta ai bisogni di salute della comunità.

Il nuovo modo di interpretare il problema del sovraffollamento delle strutture di emergenza ha dato origine ad un nuovo movimento di pensiero che a partire dalla necessità di gestire il fenomeno dell'iperafflusso, per il momento non correggibile a breve termine per i suoi problemi di fondo, ha portato ogni PS a dare risposte diverse, spesso legate alle proprie caratteristiche gestionali e locali, ma comunque in ogni caso comprensibili dalla maggior parte dei professionisti della Medicina dell'Emergenza-Urgenza.

Nell'ambito dell'esigenza di trovare un nuovo “modus operandi”, negli ospedali dotati di Unità Specialistiche sono stati adottati diversi modelli, differenti dal S&T, mirati alla riduzione delle lunghe e inutili attese. Tra questi ricordiamo i percorsi veloci, chiamati anche “Fast Track”, che saltando la valutazione del

medico di Pronto Soccorso, attribuiscono all'infermiere di Triage la facoltà di indirizzare direttamente dallo specialista le utenze che giungono in PS per problemi per i quali è stato già preventivamente concordato l'affidamento in area specialistica. Anche in questo ci si affida alla professionalità e competenza del professionista Infermiere che si prende la responsabilità dopo aver in alcuni casi informato il medico, e in momenti di grande iperafflusso, di indirizzare i pazienti direttamente all'area specialistica della struttura senza farlo attendere inutilmente in PS.

Altre soluzioni mirano invece, non a ridurre il tempo d'attesa, ma ad utilizzarlo in maniera più proficua, anticipando alcuni esami ed indagini strumentali che solitamente si compiono nel post-triage. Soluzione non alquanto facile perché necessiterebbe di maggior personale al triage, cosa che in tempi di magra come questo non è possibile.

L'idea di sperimentare un modello S&T in Toscana, nata nel 2007 è stata tradotta in realtà nel novembre 2010.

Il tempo intercorso tra il pensato e il fatto è servito non solo a realizzare concretamente il progetto, ma anche a superare tutta una serie di ostacoli ideologici.

La gestione autonoma di problemi clinici da parte degli infermieri ha suscitato e ancora suscita numerose resistenze. Per questo e per altri motivi di competenze e formazione nella fase di sperimentazione al personale infermieristico venne affiancato un supervisore medico Tutor che di volta in volta validasse l'appropriatezza e la coerenza del trattamento attuato.

La Sperimentazione nel suo complesso può essere divisa in diverse fase operative:
-Prima Fase: Selezione delle problematiche da trattare in S&T. Un gruppo incaricato dalla Regione Toscana, che si è occupato di mettere a punto e sperimentare questo progetto, ha selezionato precedentemente le problematiche a

bassa criticità da curare in regime di See and Treat; tutto ciò sulla base della loro incidenza, della gravità, e del tipo di intervento diagnostico-terapeutico necessario. In altre parole sono stati selezionati tutti i problemi clinici minori di accesso frequente che per un corretto inquadramento diagnostico non richiedono esami strumentali e di laboratorio con la sola eccezione di quelli radiologici legati alla valutazione dei traumi delle dita delle mani e dei piedi.

-Seconda Fase: Elaborazione dei Protocolli di intervento. Dopo aver identificato le problematiche minori, il cui trattamento poteva essere affidato agli infermieri, è stato necessario stabilire specifici protocolli operativi che sono stati elaborati dal gruppo di lavoro con la collaborazione di medici Tutor e con l'approvazione del Consiglio Sanitario Regionale.

-Terza Fase: Identificazione dei Pronto Soccorso da coinvolgere nella sperimentazione. Sono stati identificati due Pronto Soccorso per ognuna delle Aree Vaste del Territorio Toscano.

-Quarta Fase: Ideazione e realizzazione dei percorsi formativi per medici Tutor e infermieri. La Formazione ha rappresentato l'elemento centrale di questo progetto sperimentale. Per organizzarla si è impiegato anche parecchio tempo perché si sono dovute affrontare tematiche, e impiegare strumenti, che non facevano parte della cultura tradizionale Italiana.

-Quinta Fase: Sperimentazione sul campo. Iniziata a novembre 2010, e terminata nel maggio del 2011. In questo arco di tempo sono stati trattati complessivamente 7000 casi. L'attivazione di un area specifica See and Treat dalle ore 8 alle ore 20 di tutti i giorni feriali, ha visto l'impiego di un infermiere dedicato, che con la costante collaborazione di un medico Tutor, ha preso in carico tutti i pazienti con

specifiche problematiche minori appositamente selezionati al momento del Triage.

Nei sei mesi di sperimentazione il compito del medico Tutor è cambiato, passando progressivamente da una funzione di controllo ad un ruolo di consulenza per i casi più complessi.

Il questa fase sperimentale è comunque vincolante, infatti per la dimissione del paziente è necessaria la doppia firma infermiere e medico.

In questa fase sono stati particolarmente proficui gli incontri a cui hanno preso parte mensilmente i vari partecipanti al progetto.

Si trattava infatti di particolari momenti di confronto e verifica di ciò che stava accadendo sul campo.

-Sesta Fase: Rilevazione dei dati e valutazione della sperimentazione. Per consentire un adeguata e attendibile rilevazione dei dati inerenti alla sperimentazione si è resa preliminarmente necessaria una modifica dei software gestionali del Pronto Soccorso, con un ulteriore scheda, oltre a quella del triage che identificava il percorso effettuato dall'ambulatorio See and Treat.

IV.III Protocolli di intervento in Toscana

Il Gruppo di Lavoro Regionale ha analizzato, prima di procedere alla sperimentazione in campo, la casistica di utenze che giungono al Pronto Soccorso, individuando tra queste le categorie che avrebbero dovuto far parte del progetto, basandosi sul loro impegno assistenziale, l'urgenza, la frequenza dei casi e la letteratura medica.

Durante la prima sperimentazione tra le patologie oggetto di studio vennero escluse le problematiche riguardanti l'apparato nervoso, quello cardiovascolare e

respiratorio, poiché richiedevano un approfondimento diagnostico maggiore. Per lo stesso motivo sono state esonerate le utenze che si presentavano all'attenzione del personale sanitario per dolore addominale anche se all'apparenza non gravi. Nel primo progetto erano state identificate oltre 100 patologie diverse, queste però sono state ridotte un totale di 44 problematiche, appartenenti a 9 categorie diverse che andremo ad esplicitare in questa tabella:

| | |
|----------------------|--|
| Oftalmologiche | Ecchimosi periorbitale senza disturbi della vista; Congiuntivite; Corpo estraneo congiuntivale; Emorragia sottocongiuntivale; Irritazione da lenti a contatto |
| ORL | Tappo di cerume; Otite esterna; Corpo estraneo nell'orecchio; Epistassi; Corpo estraneo nel naso; Rinite |
| Odontostomatologiche | Lussazione ricorrente della mandibola; Dolore dentario; Problemi post estrazione dentaria |
| Urologiche | Infezione basse vie urinarie; Sostituzione/Ostruzione catetere vescicale |
| Gastroenterologiche | Singhiozzo isolato; Diarrea acuta non ematica; Reinserimento/ Ostruzione Sondino Naso-gastrico |
| Ginecologiche | Test Gravidici di esclusione |
| Muscoloscheletriche | Torcicollo; Lombalgia acuta ricorrente; Dolore acuto monoarticolare |
| Traumatologiche | Contusioni minori degli arti; Traumi delle dita delle mani e dei piedi non complicati; Pronazione dolorosa; Ferite semplici e abrasioni; Avulsione superficiale della punta del dito; Rimozione di anello; Rimozione di amo da pesca; Punture da animali marini e punture di insetti; Intrappolamento lampo; Rimozione punti di sutura |
| Dermatologiche | Dermatiti da contatto; Ustioni solari; Ustioni minori; Geloni; Orticaria; Pediculosi; Verruche; Foruncoli; Cisti sebacea; Idrosadenite; Infezione del letto ungueale |

IV.IV La Formazione dell'operatore di See and Treat

L'obiettivo generale perseguito dal progetto S&T della Regione Toscana è stato quello di sostenere lo sviluppo di nuove competenze infermieristiche nella valutazione, nel trattamento e nella dimissione in sicurezza di una persona che accede al servizio del Pronto Soccorso e fa parte di quelle utenze a minor criticità. Con tale progetto e in accordo con le Aziende Sanitarie coinvolte si è voluta definire una solida base a partire dalla quale fosse possibile intraprendere ulteriori azioni a sostegno dello sviluppo e dell'espansione del sistema organizzativo proposto.

Nella prima fase come abbiamo già detto precedentemente, il processo formativo ha coinvolto sei servizi di PS della Toscana, due per Area Vasta, che sono stati individuati sia come sedi di Sperimentazione sia come sedi di Formazione.

Sono stati istituiti due differenti corsi, uno per i medici Tutor nell'ambito della sperimentazione del See and Treat in Pronto Soccorso, e l'altro riservato al personale infermieristico, denominato “Infermiere certificato in interventi di See and Treat”, per l'acquisizione di specifiche competenze pratiche.

I Corsi della durata di 55 giorni sono stati suddivisi in quattro edizioni, due per professione, in modo da non ostacolare il normale svolgimento dell'attività assistenziale di ogni PS, e allo stesso tempo ci fosse una collaborazione tra i diversi partecipanti.

E' stata riservata una particolare attenzione al reclutamento del personale idoneo a prendere parte alla fase sperimentale; sono così stati scelti 36 infermieri e 24 medici, rispettivamente 6 e 4 per ogni sede.

Una volta definiti i partecipanti, si è provveduto alla realizzazione del corso, che ha rappresentato il vero e proprio cuore del processo di formazione.

Si è così proceduto attraverso un approccio a cascata; in una prima fase è stato istituito un gruppo di lavoro regionale, che ha contribuito alla realizzazione dei

protocolli operativi e alla definizione del progetto formativo. Successivamente questo gruppo ha realizzato un corso di formazione di 42 ore per medici Tutor comprendente esercitazioni verticali sui protocolli operativi.

Successivamente, dopo essere stati formati i medici Tutor hanno a loro volta collaborato alla formazione degli infermieri, sia con lezioni teoriche in aula, sia sul posto di lavoro, affiancando ogni singolo partecipante negli interventi definiti dai protocolli operativi del S&T.

Durante la terza fase poi si è realizzato il corso per la formazione degli infermieri, strutturato in tre Unità Formative Capitalizzabili (UFC), finalizzate all'acquisizione di un insieme di competenze nell'area clinico-assistenziale e organizzativa, in quella tecnico-professionale operativa, e in quella etico-relazione, per una durata complessiva di 180 ore.

Oltretutto la pluralità dei soggetti chiamati in causa ha portato a progettare un sistema di valutazione articolato in due momenti distinti: uno di monitoraggio dell'andamento della sperimentazione, l'altro di valutazione di ogni Unità Formativa Capitalizzabile; il tutto attraverso il confronto tra i diversi componenti sia essi docenti che studenti.

Per tutto la durata della sperimentazione sono stati organizzati incontri mensili con 60 professionisti che vi hanno preso parte, in modo che a costituzione di una comunità professionale potesse creare nuove modalità di apprendimento.

Gli argomenti di discussione erano vari: l'integrazione inter-professionale, l'impatto del nuovo modello, il livello di gradimento dei pazienti, le criticità incontrate, la risoluzione de problemi sorti.

Inoltre dal momento che, il percorso di formazione previsto presupponeva l'acquisizione di saperi diversificati e la loro messa in pratica, non ci si poteva esimere dal prevedere un esame finale, che certificasse l'apprendimento.

Questo esame si è tenuto al termine del corso ed è stato incentrato su tre grandi categorie di prove: prove di simulazione, prove scritte, colloquio orale.

CAPITOLO V

LA REALTA' DI SASSARI

V.I La struttura

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione di Sassari fa capo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria ed è uno dei due poli sardi classificati come DEA di secondo livello.

Esso oltre a garantire le prestazioni fornite dal DEA di primo livello assicura funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la neurochirurgia, la cardiocirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia toracica e la chirurgia vascolare, ma anche la stroke unit e il reparto di grandi ustionati.

Dal punto di vista gestionale è divisa in:

-Area Triage: Nella quale i pazienti vengono valutati da personale infermieristico appositamente formato che dopo aver analizzato i bisogni del paziente, valutato segni, sintomi e parametri vitali assegna un codice colore in base alla criticità delle sue condizioni, e attraverso il quale viene stilata una lista d'attesa in ordine di priorità critica.

-Area Rossa: E' l'Area dell'Emergenza, dotata di 2 posti letto riservati ad utenti con codice rosso che necessitano di cure intensive o semi intensive, fornite dal personale infermieristico e medico, che accoglie i pazienti provenienti dal triage garantendo supporto alle funzioni vitali, monitoraggio intensivo o semi intensivo e indagini diagnostiche.

-Ambulatorio 1: Dotato di 3 posti letto. Garantisce le visite a codice di priorità e non; si occupa di codici gialli, verdi e bianchi. Solitamente presieduto da un medico e un infermiere.

-Ambulatorio 2: Dotato di 2 posti letto. Garantisce le visite a codice di priorità e

non; si occupa di codici gialli, verdi e bianchi. Solitamente presieduto da un medico e un infermiere.

-Ambulatorio 3: Dotato di 6 posti letto. Garantisce le visite a codice di priorità e non; si occupa di codici gialli, verdi e bianchi. Può essere presieduto da uno o due medici e uno o due infermieri.

-Area Flusso: Area nel quale vengono indirizzati i pazienti che necessitano di ricovero o esami diagnostici strumentali. Qui agisce l'infermiere di flusso che collaborando con personale ausiliario mette ordine e priorità agli interventi da attuare in tale area.

Il Personale Sanitario del Pronto Soccorso è formato da circa 25 infermieri e 18 medici.

V.II Statistiche Novembre 2015-Aprile 2016

I dati di seguito riportati si riferiscono all'arco di tempo che va dal 01/11/2015 al 31/04/2016.

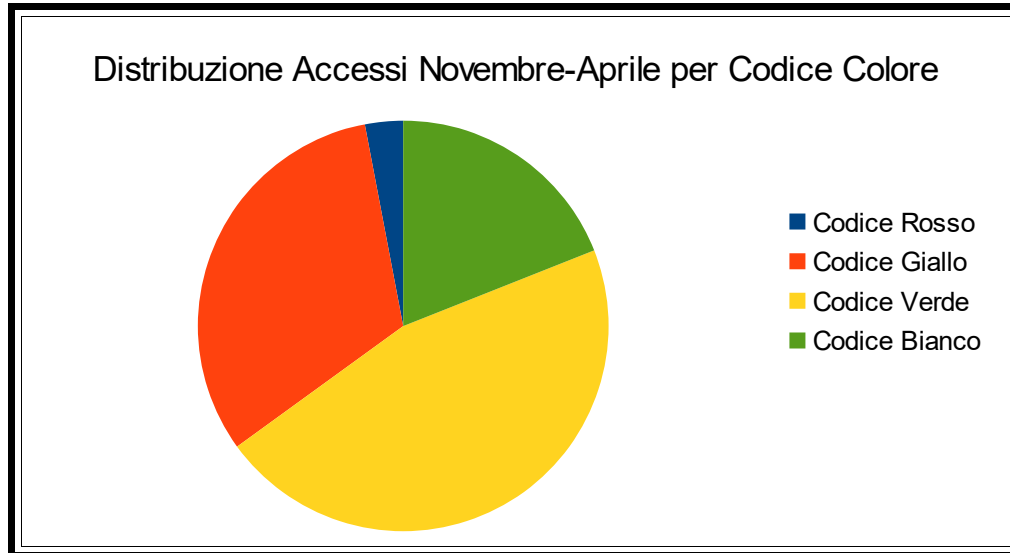
In questi sei mesi di studio gli utenti che si sono rivolti al Pronto Soccorso Sassari sono stati esattamente 23734; di cui a circa il 3% è stato assegnato il Codice Rosso, al 32% il Codice Giallo, al 46% il Codice Verde e al 19% il Codice Bianco.

| | Codice Rosso | Codice Giallo | Codice Verde | Codice Bianco |
|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| N° di Accessi | 3,00% | 32,00% | 46,00% | 19,00% |

Il media accedono al Pronto Soccorso 130 utenze al giorno.

Le fasce orarie interessate dal maggiore afflusso sono dalle ore 10:00 alle ore 14:00 del turno mattutino; dalle ore 14:00 alle ore 16:00 e dalle ore 18:00 alle ore 21:00 del turno pomeridiano; e dalle ore 21:00 alle ore 01.00 del turno notturno.

I cosiddetti codici minori rappresentano il 65 % degli accessi totali, mentre il restante 35% comprende i codici di emergenza-urgenza.



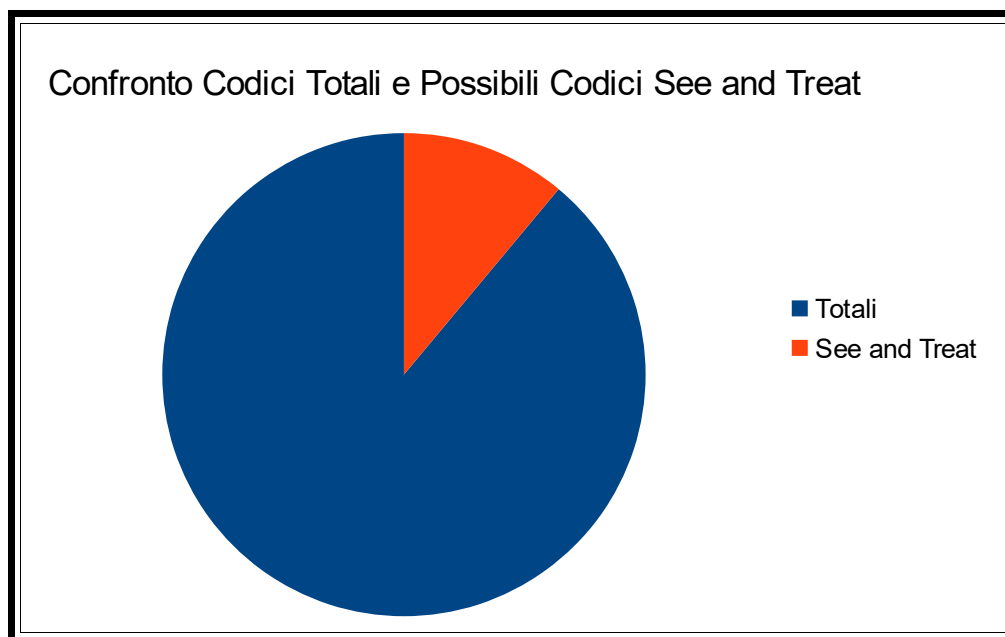
V.III Scopo dello Studio

L'obiettivo della tesi consiste nel valutare la possibilità di avviare una sperimentazione del modello organizzativo “See and Treat” presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari attraverso l'analisi dei dati statistici sui possibili codice S&T.

V.IV I risultati

Nei sei mesi analizzati sono stati identificati circa 1223 codici verdi e circa 1730 codici bianchi che si sarebbero potuti trattare con il metodo See and Treat su un totale di 23734 accessi in Pronto Soccorso.

| | Totali | See and Treat |
|-------------------|---------------|----------------------|
| N° Accessi | 23734 | 2953 |



L'attesa media di questi codici è di 4 ore, con alcuni utenti fortunati che aspettano “solo” due ore e altri meno fortunati che attendono anche 10-12 ore prima di poter essere visitati.

Con i successivi dati analizziamo in particolare il mese di Novembre 2015 che ha avuto una mole di accessi totali pari a 3676, di cui circa 542 potenzialmente risolvibili con il metodo See and Treat. Di questi 208 erano stati identificati al Triage con un Codice Verde, e i restanti 334 con un Codice Bianco.

Facendo una media si può sostenere che circa 18 casi quotidianamente potrebbero essere trattati con il metodo See and Treat, con prevalenza delle ore diurne.

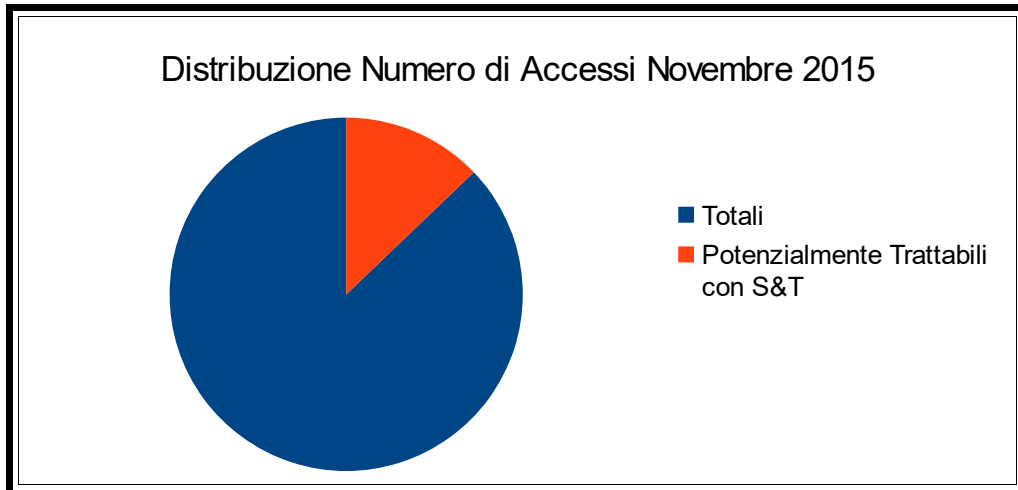
L'attesa media di questi codici è per il mese di Novembre di circa 3 ore, ma come già sostenuto si tratta di una media, ci sono pazienti che attendono un'ora e altri più di sei, sette ore. Considerato poi che si tratta di problematiche minori l'attesa media è abbastanza alta.

Altra considerazione è quella sugli orari di maggior afflusso di questi codici potenzialmente trattabili con il modello See and Treat. Infatti come già sottolineato in precedenza le ore diurne sono quelle maggiormente interessate dai codici minori. Per esempio facendo una stima giornaliera sui trenta giorni del mese di Novembre 2015, per i codici verdi si ha una prevalenza dei turni diurni con 159 accessi sui 49 del turno notturno.

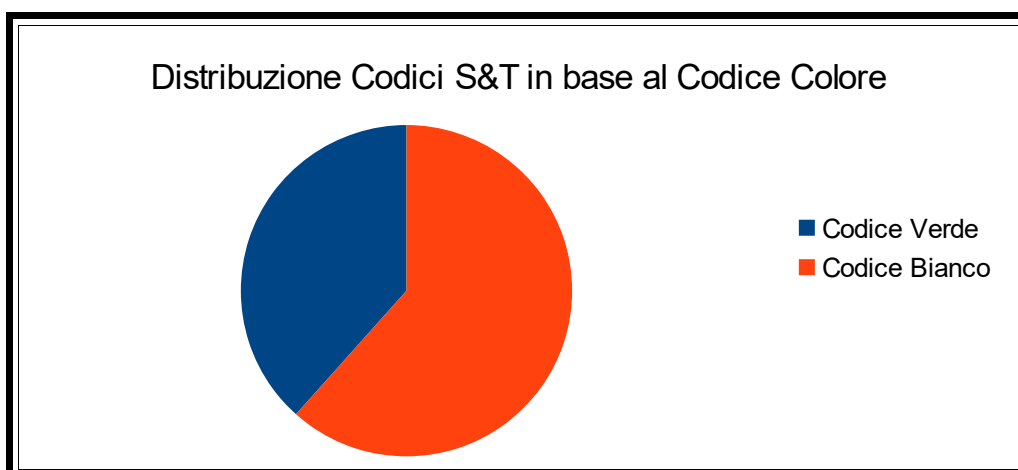
Invece per quanto riguarda i Codici Bianchi abbiamo una prevalenza dei codici nei turni diurni con 307 accessi sui 334 totali, con i restanti accessi delle ore notturne che su attestano a 27. Considerando il totale dei numero degli accessi potenzialmente trattabili con il nuovo metodo See and Treat possiamo sostenere che su 542 accessi totali, 467 potrebbero essere trattati con il nuovo metodo nelle ore diurne.

Mese di Novembre 2015:

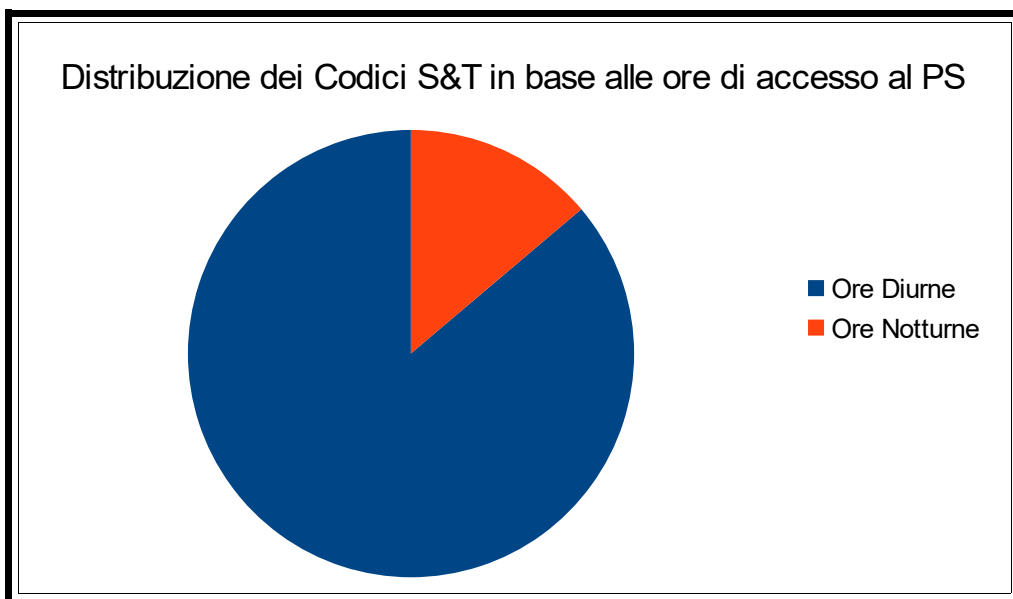
| | Totali | Potenzialmente Trattabili con S&T |
|-------------------|---------------|--|
| N° Accessi | 3676 | 542 |



| | Codici S&T | Codice Verde | Codice Bianco |
|-------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|
| N° Accessi | 542 | 208 | 334 |



| | Codici S&T | Ore Diurne | Ore Notturne |
|-------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|
| N° Accessi | 542 | 467 | 75 |



DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le organizzazioni crescono e si sviluppano solo se si sviluppano gli attori al loro interno. La formazione ha sempre rappresentato e sempre rappresenterà la linea guida di riferimento per la costituzione e lo sviluppo delle competenze professionali, assicurando tutti gli interventi innovativi necessari per l'allineamento con le nuove esigenze poste dall'innovazione tecnologica e dal modificarsi della domanda.

Il See and Treat è un modello di processo assistenziale che sottolinea l'importanza del profilo professionale nel contesto operativo nel quale il professionista sanitario esercita e lo rende in grado di contemplare le specificità individuali e professionali nel contesto e negli interessi generali finalizzati all'assistenza.

Solo la formazione certificata costituisce in un contesto di ambulatorio See and Treat l'unico tipo di processo che permette di attribuire un valore formale e legale alle competenze acquisite.

Il Triage e il See and Treat, non sono semplici percorsi formativi, ma possono considerarsi vere e proprie opportunità per il cittadino e per le organizzazioni che vedono nelle competenze avanzate dei professionisti un'opportunità di risposta alle mutate esigenze e bisogni di salute. Parallelamente alla crescita del livello di complessità deve necessariamente crescere il livello di competenza.

Il futuro è difficile, ma è un sogno possibile, e il miglior modo per predirlo è costruirlo.

Non possiamo rimanere inerti di fronte al grave problema che incombe sempre più forte e causa sempre più iperafflusso all'interno di ormai ogni Pronto Soccorso in Italia. Per tanti l'unica soluzione a questa piaga del Sistema Sanitario Nazionale è un incremento esponenziale e antieconomico delle assunzioni di personale sanitario.

Con questo studio invece abbiamo dimostrato che c'è un altro metodo, una soluzione interna che porterebbe tanti vantaggi: il See and Treat.

Esso può essere considerato uno modello assistenziale con soluzione a breve termine che comporterebbe innanzitutto una maggiore disponibilità dei medici di Pronto Soccorso alla presa in carico di problemi clinici complessi, proprio perché una parte dei codici definiti minori possono essere affidati ad altre figure sanitarie. Inoltre garantirebbe una crescita della professionalità degli infermieri, proporzionalmente all'aumentato livello della loro istruzione e preparazione.

La continua e attualmente rapida evoluzione della medicina impone i medici ad un perfezionamento e differenziamento sempre maggiore in ambito di competenze in attività specifiche oltre che specialistiche.

La nostalgica e amata figura del medico condotto che doveva saper drenare un ascesso, secondare il parto, eseguire ingessature ed elaborare diagnosi complesse, eseguendo anche indagini strumentali, ad oggi non è più proponibile.

Con il progredire della scienza medica si è evoluto anche il medico generalista che ha dovuto per necessità delegare, non solo al collega specialista ma anche ad altre professionalità, alcune funzioni non caratterizzate dalla specificità medica. Per esempio in passato, le iniezioni endovenose erano solo di competenza medica, ad oggi questo concetto è superato, ed è passato di competenza infermieristica. Stessa cosa è avvenuto per la figura dell'infermiere che avendo ottenuto un rapporto sempre più forte di collaborazione reciproca con il medico, negli anni ha dovuto cedere delle mansioni tradizionalmente infermieristiche a quella che ad oggi chiamiamo la figura dell'Operatore Socio Sanitario.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso è stato un grande passo verso la realizzazione della nuova professionalità conferire all'infermiere la facoltà di riconoscere e classificare il motivo per cui un paziente accede al Pronto Soccorso. Ciò non è stato certamente sinonimo di delegare a questa figura professionale l'atto medico del diagnosticare, che per sua natura è più complesso e sicuramente

non alienabile ai medici.

All'Infermiere viene invece riconosciuta una serie di competenze connesse con l'interpretazione immediata dei segni e sintomi, guidata da protocolli e linee guida precedentemente redatti anche da commissione medica.

Il Triage è stata la prima risposta istituzionale alla gestione organizzata degli accessi in Pronto Soccorso. In certo senso questa istituzione può essere definita quasi superata, ma è stato innegabilmente il seme del nuovo ruolo assunto dall'infermiere di Pronto Soccorso.

Il See and Treat vuole essere un'evoluzione in termini di progettualità e organizzazione, che si traduce in un ulteriore accrescimento di professionalità della figura Infermieristica e in un'innovazione organizzativa.

Il Futuro dovrà continuare essenzialmente in tal direzione; ci dovrà essere una crescita sia della professione medica, sia di quella infermieristica in modo da creare e alimentare processi organizzativi più razionali ed efficienti.

Il fine ultimo è far sì che i bisogni assistenziali possano essere tutti esauditi, senza sacrificare le risposte più urgenti e complesse.

La situazione nel Pronto Soccorso di Sassari, come rappresentata dai dati raccolti, è una situazione critica. Il problema del Sovraffollamento è una vera e propria piaga. Ecco perché gli stessi dati dimostrano quanto sia potenzialmente positiva un'esperienza di un ambulatorio diurno di See and Treat anche in questa realtà analizzata.

Non di rado infatti i pazienti si rivolgono al Triage per piccoli problemi di traumatologia, per un semplice consiglio o per un colloquio, per misurare un parametro come la pressione che magari a casa risultava alterato, o per essere semplicemente tranquillizzati per un problema familiare o una diagnosi non ben compresa; tutti problemi che vengono risolti dal personale di triage senza ricorrere all'ausilio del personale medico; anche questo può essere considerato una forma di See and Treat non istituzionalizzata.

Di fatto il S&T può essere considerato un'estensione del Triage di PS, sul quale è stato attuato un'intensa opera di organizzazione e modernizzazione. Con questo modello infatti non ci si limita più ad assegnare un codice di priorità ma si indica anche lo specifico percorso che ogni paziente dovrà seguire durante la sua permanenza nel DEA.

Lo sviluppo ed il progresso sono alla base della Sanità Italiana che evolve sempre più velocemente; il “See and Treat” rappresenta un esempio di avanguardia in termini di efficienza di gestione dei codici minori che inoltre amplia le competenze dell'Infermiere, che conferma il proprio ruolo chiave a servizio dei bisogni del cittadino.

GLOSSARIO ACRONIMI UTILIZZATI

| | |
|----------------|---|
| DE | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| DEA | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE |
| DGRT | DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE TOSCANA |
| DLGS | DECRETO LEGISLATIVO |
| DM | DECRETO MINISTERIALE |
| DPR | DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA |
| DR | DECRETO REGIO |
| ECM | EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA |
| ED | EMERGENCY DEPARTMENTS |
| ENP | EMERGENCY NURSE PRACTITIONER |
| IPASVI | INFERMIERI PROFESSIONALI, ASSISTENTI SANITARI E VIGILATRICI D'INFANZIA |
| MIUR | MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA |
| NHS | NATIONAL HEALTH SERVICE |
| OSS | OPERATORE SOCIO SANITARIO |
| PS | PRONTO SOCCORSO |
| RSA | RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE |
| S&T | SEE AND TREAT |
| SSN | SISTEMA SANITARIO NAZIONALE |

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. “ Il Profilo Professionale dell'Infermiere” definito dal D.M. 14 Settembre 1994
n° 739
2. Articolo 1.1, “Profilo Professionale dell'Infermiere”
3. Sacra Bibbia, Mc 12,28-34
4. “Storia dell'Assistenza Infermieristica” (Internet)
www.doccity.com/storia-dell-assistenza-infermieristica-dalle-origini/
5. Celeri Bellotti G.- Destrebecq A.I. Storia dell'Assistenza e dell'Assistenza Infermieristica in Occidente. Piccin; Ottobre 2013
6. “Alla Ricerca delle Nostre Radici” (Internet)
www.marinacattabiani.it/materiali/radici%20dell'infermieristica.pdf
7. Bifulco C. Storia dell'Assistenza Sociale ed Infermieristica. Casa Editrice L'Azienda Ospedaliera. Pontedera 1953
8. Calamandrei C. L'Assistenza Infermieristica: Storia, Teoria, Metodi. Nuova Edizione Aggiornata. NIS, 1993
9. Cruset J. Un avventuriero alluminato. Edizioni Paoline. 1960
10. Valante F. Un Benefattore dell'Umanità, San Camillo da Lellis, Fondatore dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi. 1614-1914. 90 pp. Tip. Camilliana. Verona. 1911.
11. Mezzadri L. San Vincenzo de Paul, una Carità senza Frontiere. Cinisello Balsamo (MI). CLV
12. “Storia dell'Infermieristica. Dall'Inizio del 1900 all'abolizione del Mansionario (Internet)
www.infermieristicamente.it
13. “La Nascita dell'IPASVI” (Internet)
www.ipasvi.it/chisiamo/notedistoria

14. “I passi avanti degli infermieri italiani e le sfide dell'immediato futuro”
(Internet)
www.ipasvi.it
15. “Pronto Soccorso e Sistema 118” (Internet)
www.ministerodellasalute.it
16. “Il Pronto Soccorso” (Internet)
www.simeu.it
17. Enciclopedia Medica Italiana. Dipartimento di Emergenza e Accettazione.
Seconda Edizione. Vol. 3.
18. Enciclopedia Medica Italiana. Il Triage. Seconda Edizione. Vol 3.
19. Enciclopedia Medica Italiana. La Formazione del Personale. Seconda
Edizione. Vol 3.
20. “Il Sovraffollamento in Pronto Soccorso” (Internet)
www.acemc.it/docs/sovraffollamento
21. “Il Sovraffollamento nel Dipartimento di Emergenza: Efficacia di una
nuova strategia multifattoriale isorisorse” (Internet)
www.evidence.it/articoli/pdf
22. “Il Pronto Soccorso” (Internet)
www.saluteinternazionale.info
23. “Primary Health Care” (Internet)
www.saluteinternazionale.info
24. “Cure Primarie” (Internet)
www.salute.gov.it
25. Roselli A. Becattini G. Cappugi M. Francois C. Ruggeri M. See & Treat.
Protocolli medico-infermieristici:la sperimentazione toscana nei pronto
Soccorso. Giunti. 2012
26. American College of Emergency Physicians, Emergency Department

Crowding: High-Impacts Solutions, 2008 April

27. Bernstein S.L., Asplin R.A., Emergency Department Crowding: Old Problem, New Solutions, in *Emerg. Med. Clin. N.Am.* (Emergency Medicine Clinics of North America), 2006, 24:821-837
28. Forero R. et al., Access Block and Emergency Department OverCrowding, in *Critical Care* 2011; 15: 216
29. Wiler J.L. Et al., Optimizing Emergency department front-end Operations, in *Ann. Emerg. Med.* (Annals of Emergency Medicine),2011 1,1-10
30. Bean B.D., Roshon M., Garvey J.L., Il dolore Toracico: Strategie diagnostiche per salvare vite, tempo e denaro nel Dea, in *Emergency Medicine Practice. An Evidence-based Approach to Emergency Medicine*, ed.italiana, 2003; 4 (9): 1-32
31. Brown J.E., Hamilton G.C., Chest pain in Marx J, Hockberger R., Walls R. Hockberger R.S. (a cura di), *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*, 5th ed, Philadelphia (PA) Mosby Elsevier, 2002.
32. Combs S., Chapman R. Bushby A., Evaluation of Fast Track, in *Accid. Emerg. Nurs.* (Accident of Emergency Nursing),2007 Jan, 15(1):40-47
33. Cooke M.W., Wilson S., Pearson S., The effect of a separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times, in *Emerg. Med. J.* (The Journal of Emergency Medicine), 2002, 19:28-30
34. Hart L., Mirabella J. A patient survey on emergency departement use of nurse practitioners in *Adv. Emerg. Nurse J.* (Advanced Emergency Nursing Journal), 2009, Jul-Sep; 31(3):228-35
35. Leaman A.M., See and Treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? One size does not fit all, in *Emerg, Med. J.* (Journal of Emergency Medicine),2003;20:118
36. Rogers T. Ross N., Spooner D. Evaluation of a See and Treat pilot study introduced to an emergency department, in *Accid. Emrg. Nurs.* (Accident

and Emergency Nursing),2004 Jan; 12(1):24-27

37. Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 140 del 25-02-2008 (Interventi ed iniziative per il miglioramento dei Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie Toscane).
38. Giornata di Studio “La adattabilità del modello See & Treat ai Pronto Soccorso della Regione Toscana, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, Firenze 30 gennaio 2007
39. Tonelli L., Francois C., Adattabilità del modello “ See & Treat” in Pronto Soccorso in Toscana Medica n.1 gennaio 2007:20-23
40. Benci L. La responsabilità dell'Infermiere, in Salute e Territorio, 181,2010:252-254
41. Massai D. Cappugi M., La sperimentazione del See and Treat in Salute e Territorio, 181,2010:241-243
42. Massai D. Amerini, Bargellini S. Bugnoli S. Un'analisi ragionata, da discutere e condividere, delle competenze cliniche, formative e gestionali degli infermieri nei processi di assistenza sanitaria in L'infermiere: notiziario aggiornamenti professionali-numero speciale n.4/2007.
43. Rullani E. La formaione: nella ridefinizione di un pensiero metodologico e di una “teoria della pratica” in FOR Rivista per la Formazione AIF, n.86 gennaio-marzo 2011, ed Franco Angeli, sez Focus di Reato di Nubila citazione:11
44. Schon D.A., Formare il Professionista riflessivo, ed Franco Angeli, Milano, 2006

RINGRAZIAMENTI

Innanzitutto vorrei esprimere la mia gratitudine alla Prof.ssa Maria Domenica Piga, relatore della mia tesi, per l'aiuto e il sostegno fornitomi durante la stesura del lavoro e per le numerose ore dedicate alla mia tesi.

Vorrei ricordare e ringraziare anche tutto il personale dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso di Sassari per il sostegno ricevuto durante la raccolta dati e il tirocinio durato ben nove mesi.

Ma in particolare, la mia Tutor, Gavina Sanna, per l'aiuto, la competenza, la professionalità dimostrata nel suo ruolo, la simpatia e il sostegno.

Ringrazio poi con affetto i miei genitori, mia sorella Serena e la mia famiglia tutta, per avermi sostenuto durante questi tre anni di università.

Infine colgo l'occasione per ringraziare mia madrina Valeria, mia figlioccia Maria Sofia e i miei più cari amici Salvatore, Laura, Eleonora, Giorgia e Fabiana, e tutti coloro che mi hanno sostenuto in questo percorso universitario; i miei compagni di viaggio, nonché colleghi Matteo, Fabio, Luca, Rossella, Denise, Giulia e Ilaria per aver condiviso gioie e dolori in questo percorso.