



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Presidente: Prof. Antonio Azara

**“SEE AND TREAT”: NUOVO MODELLO DI GESTIONE INFERMIERISTICA
PER CODICI MINORI IN PRONTO SOCCORSO**

Relatore:

Prof. Roberto Manetti

Correlatore:

Dott. Vincenzo Pretti

Tesi di Laurea di
Paola Pedroni

Anno Accademico 2015/2016

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO I: Il Pronto Soccorso.....	2
1.1 L'U.O. di Pronto Soccorso ed il Triage.....	2
1.2 L' infermiere di Pronto Soccorso.....	5
1.3 Il fenomeno del sovraffollamento.....	9
CAPITOLO II: Il See and Treat.....	13
2.1 Gestione dei codici minori: nascita del S&T.....	13
2.2 Il See and Treat in Italia: l'esperienza toscana.....	17
2.3 Vantaggi e svantaggi.....	26
CAPITOLO III: La realtà di Sassari.....	29
3.1 DEA di Sassari.....	29
3.2 Raccolta ed analisi dei dati.....	31
3.3 Studio di fattibilità: protocolli specifici e trasversali.....	35
CONCLUSIONI.....	53
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	55

INTRODUZIONE

Questa tesi vuole essere uno stimolo per tutti quelli che credono nell'evoluzione dell'assistenza infermieristica e nel miglioramento dei percorsi di Pronto Soccorso.

Accanto alla reale urgenza sanitaria, per la quale è necessario garantire al cittadino una risposta immediata ed esperta affidata esclusivamente al Pronto Soccorso, si trova anche una sempre più incalzante domanda di assistenza per problematiche minori, che hanno trasformato il DE in una sede in cui si concentrano lunghe attese e si è sviluppato il fenomeno del sovraffollamento.

L'esperienza estera di tutta Europa ha collaudato più di 40 anni fa una gestione alternativa per i codici minori con notevole successo. In Italia, l'unica regione che ha accolto tale innovazione è stata la Toscana.

In questa tesi verrà affrontato il tema del See and Treat, dopo un *excursus* storico sulla nascita e l'adozione, verranno esposti i punti caratteristici di questa metodica, in che cosa consiste, i vantaggi e gli svantaggi, quali patologie e quali casi vengono trattati ed i protocolli correlati. Si farà riferimento alla formazione specifica che l'infermiere dovrà ottenere al fine di conseguire il titolo di *Infermiere certificato in interventi di primo soccorso*.

Nell'ultimo capitolo verrà posta particolare attenzione alla struttura ed organizzazione del polo di Sassari, alle problematiche presenti. Saranno esposti ed analizzati dei dati riguardanti gli accessi al Pronto Soccorso registrati in un tempo predefinito di sei mesi.

Il fine dell'elaborato è valutare la possibilità di introdurre questo modello anche nella realtà ospedaliera di Sassari, porre le basi per una modernizzazione gestionale, ma anche sollecitare una continua e specifica formazione per gli infermieri di Pronto Soccorso.

CAPITOLO I: PRONTO SOCCORSO

1.1 – Unità operativa di Pronto Soccorso ed il Triage

L'Unità Operativa di Pronto Soccorso¹ è l'unità operativa dell'ospedale nella quale sono trattati 24h su 24 tutti i casi di emergenza ed urgenza, ovvero tutte le condizioni patologiche, siano queste spontanee o traumatiche, che necessitano di interventi diagnostici e terapeutici immediati. Sono prestate le prime cure e, se necessario, i pazienti con quadri clinici indefiniti, possono rimanere per un breve periodo in osservazione.

Il Triage², primo momento di accoglienza, è una funzione infermieristica volta all'identificazione delle priorità assistenziali, attraverso la valutazione della condizione clinica del paziente e del loro rischio evolutivo, infatti le prestazioni vengono gestite in base all'urgenza ed alla gravità e non rispetto all'ordine di arrivo. Tale processo si articola metodologicamente in quattro fasi:

- Fase di valutazione immediata: eseguita dall'infermiere posizionato nell'area di front-office, prevede una rapida osservazione delle condizioni generali del paziente al fine di individuare i soggetti con problematiche assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
- Fase di valutazione soggettiva e oggettiva: che consiste essenzialmente nella raccolta dati, nell'anamnesi mirata e nella rilevazione oggettiva dei segni clinici, sintomi, parametri vitali e, se disponibile, nell'analisi della documentazione clinica.
- Fase di Decisione di Triage: è eseguita dall'infermiere del front-office e si concretizza con l'assegnazione del codice di priorità previa consultazione con l'infermiere dell'ambulatorio triage e successiva assegnazione dell'ambulatorio.

¹ DPR. n° 128 del 1969: Ordinamento interno dei Servizi Ospedalieri

² DPR. n° 76 del 1992: istituzionalizzazione dell'organizzazione delle strutture e dei servizi di emergenza

- Fase di Rivalutazione: può confermare il codice di priorità assegnato o, nel caso di variazioni delle condizioni cliniche o dei parametri vitali del paziente, ne comporta l'eventuale modifica ai pazienti in attesa.

Nel rispetto dei criteri definiti dal Decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992³, il sistema codifica del codice di priorità del triage è articolato su quattro tipologie di codice-colore, che sono:

- CODICE ROSSO: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure;
- CODICE GIALLO: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita;
- CODICE VERDE: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili;
- CODICE BIANCO: non critico, pazienti non urgenti²;

Il paziente verrà fatto accomodare nella sala attesa (codici bianchi o verdi) oppure negli ambulatori, dopo che l'infermiere del front-office fornirà informazioni sul paziente che dovrà avere accesso alle cure in base alla priorità rilevata (codice giallo). L'area emergenza è dedicata al codice rosso, che avrà accesso immediato e sarà gestito nelle prime fasi dall'infermiere del front-office e subito dopo dall'equipe medico-infermieristica.

L'OBI, Osservazione Breve Intensiva, è individuabile come un'area, possibilmente adiacente al Pronto Soccorso, ed uno strumento finalizzato all'osservazione e gestione clinica temporanea del paziente, la cui durata è limitata a 24h; si tratta di un trattamento in regime di non ricovero riservato ai pazienti sottoposti a rapidi percorsi diagnostici e terapeutici che consentono al personale di P.S. di

³ Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza

utilizzare al meglio la Evidence Based Medicine⁴/Nursing con il vantaggio di assumere decisioni difficili, di poter seguire le modificazioni delle condizioni cliniche e di poter valutare gli effetti del trattamento acuto.

⁴ Metodo clinico ideato per il trasferimento delle conoscenze derivanti dalle ricerche scientifiche alla cura dei singoli pazienti. – Enciclopedia Treccani

1.2 – L' infermiere di Pronto Soccorso

Sono molti i riferimenti normativi che hanno apportato profonde modifiche alla figura dell'infermiere, sia sul piano degli studi che su quello professionale; saranno citati i più importanti:

- *Decreto n. 739/94*⁵: determina il Profilo Professionale dell'infermiere, è considerato una pietra miliare nel processo di professionalizzazione della figura. Riconosce l'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica, precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, gli ambiti professionali di approfondimento culturale e operativo, le cinque aree della formazione specialistica (sanità pubblica, area pediatrica, salute mentale/psichiatria, geriatria, area critica). Il profilo delineato è quello di un operatore responsabile che opera in autonomia, capace di identificare i bisogni di salute della persona e della collettività e definire i bisogni di assistenza.
- *Legge n. 42/99*⁶: nel decreto l'art. 1 stabilisce che la denominazione <<professione sanitaria ausiliaria>> è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria". Le competenze dell'infermiere vengono definite non più dal mansionario, abrogato, ma dai contenuti del decreto ministeriale e dal Codice Deontologico; i diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni sono equipollenti ai diplomi universitari.

⁵ Definisce l'individuazione della figura e del relativo professionale dell'infermiere

⁶ Disposizioni in materia di professioni sanitarie

- *Decreto n.509/99*⁷: tale normativa ridefinisce il sistema della formazione universitaria degli atenei con le Lauree di primo e secondo livello, i Master, le Specializzazioni ed i Dottorati di ricerca. Successivamente, con il D.M. del 2 aprile 2001, il diploma universitario per infermiere diviene corso di Laurea triennale di primo livello e viene istituita la Laurea Specialistica delle professioni sanitarie.
- *Legge 43/2006*: Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega del Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali: fondamentale definisce l'iter formativo, l'obbligo di iscrizione all'albo, l'aggiornamento professionale ed istituisce l'ordine delle professioni sanitarie, la suddivisione dei professionisti. Definisce le linee per impostare la progressione di carriera, attuabile sia in ambito clinico-assistenziale (infermiere specialista) che gestionale (infermiere coordinatore e dirigente).
- *Legge 190/2014, comma 566*: tale decreto, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 29 dicembre, prevede che un accordo Stato-Regioni definisca "i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni ed obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari". Questa Legge apre la strada alla formazione dell'infermiere specialista in sei diverse aree: Pediatrica, Chirurgica, Medica, Salute mentale, Territorio (si concretizza la figura dell'infermiere di famiglia), Emergenza/Urgenza.

⁷ Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei

L'infermiere di Pronto Soccorso, attraverso un iter formativo di base e post-base, il Codice Deontologico⁸ ed il Profilo Professionale, è quel professionista in grado di intervenire in modo tempestivo ed efficace ai bisogni di salute manifestati in ambito di emergenza/urgenza. Per ricoprire tale posizione si avvale di una vasta gamma di competenze acquisite sul campo, ma lo strumento fondamentale per poter raggiungere una qualificazione specialistica è il Master di Primo livello in Area Critica, che essendo un corso di formazione avanzata, fornisce competenze professionali specifiche, necessarie negli ambiti operativi dell'Area Critica in cui è necessario gestire strategie assistenziali globali, tempestive e di elevata qualità. La preparazione però, deve essere ampliata con l'acquisizione di tecniche, come ad esempio BLS⁹, PBLs¹⁰, utilizzo di strumentazione tecnologica e presidi, ma anche di metodiche comportamentali che permettano la padronanza in regime di urgenza.

In particolare, nell'ambito del dipartimento di emergenza, l'infermiere è portato ad esplicare la propria attività su più livelli.

Sulla base di un'esperienza di almeno sei mesi e dopo aver frequentato e conseguito il titolo di Master citato in precedenza, esso può svolgere la funzione di Triage che prevede delle competenze di tipo tecnico-assistenziali, poiché l'approccio al paziente deve essere basato su un intervento metodologico che si sviluppa in più fasi e porta all'assegnazione del codice colore e ad un'attenta e continua rivalutazione, senza però tralasciare un substrato di competenza emotiva, empatica, tale da garantire la presa in carico adeguata. Un altro ambito di assistenza è svolta nelle sale visita del Pronto Soccorso, all'interno delle quali si eseguono tutti gli interventi essenziali necessari, in collaborazione con il medico. Nella Sala Rossa o delle Emergenze invece, il paziente giunge con compromissione di uno o più funzioni vitali, per cui l'assistenza dovrà essere repentina e l'intervento dovrà garantire una stretta osservazione, continua, fino

⁸ Documento che indica le regole di condotta e di indirizzo etico dell'infermiere, costituendone il fondamento e la natura nella sua attività professionale

⁹ Basic Life Support

¹⁰ Pediatric Basic Life Support

al ripristino della funzione piuttosto che interventi assistenziali di emergenza, in collaborazione con le altre figure professionali.

In sintesi, la risposta che l'infermiere di Pronto Soccorso deve fornire nelle situazioni di emergenza/urgenza, dipende da requisiti formativi e dall'esperienza sul campo, ma anche da un buon livello di elasticità mentale e capacità relazionale; un intervento non sarà mai corrispondente ad un altro, seppur rivolto alla medesima patologia o codice colore, per cui l'infermiere dovrà adeguare conoscenze e tecniche alle varie situazioni e relazionarsi nel miglior modo possibile con il paziente, stabilendo, nel rispetto del Codice Deontologico, un contatto comunicativo tale da placarne l'ansia ed eventuale disagio.

1.3 - Il fenomeno del sovraffollamento

Fino agli anni Sessanta gli ospedali erano deputati ad accogliere pazienti ricoverati in elezione e solo una piccola percentuale di essi, che presentava problematiche di carattere chirurgico, veniva successivamente ricoverata. Dagli anni Settanta in poi, in particolare negli ultimi vent'anni la situazione è cambiata notevolmente: si è assistito ad una progressiva riduzione del numero degli ospedali e del numero complessivo dei posti letto; in Italia dal 1994 al 2004 il numero di posti letto per 1000 abitanti è passato da 6,1 (5,1 pubblici + 1 accreditati) a 4,1 (3,3 pubblici + 0,8 accreditati), con una perdita di circa settanta mila posti letto. Negli stessi anni è stato registrato un altro fattore determinante, ossia il vertiginoso aumento della popolazione anziana, accompagnato dall'incremento delle necessità di assistenza socio-sanitaria: si è passati da un numero dei cittadini italiani di età > 65 anni pari a 4.200.000, a più di dieci milioni.

Accanto ad una scarsa crescita dei servizi territoriali alternativi alla degenza ospedaliera, si è assistito ad un aumento progressivo dell'utilizzo delle strutture del Pronto Soccorso da parte dei cittadini. Su tutto il territorio Nazionale risultano 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, quasi uno al secondo¹¹. Le cause del fenomeno, oltre al mutato contesto demografico, includono più fattori, tra cui:

- il crescente numero di pazienti "fragili e lungo-sopravvivenenti" con pluripatologie che necessitano di interventi in tempi rapidi;
- l'aumento dei pazienti affetti da malattie croniche (che talvolta si riacutizzano);

¹¹ www.ministerodellasalute.it

- la convinzione dell'utente di trovare nel Pronto Soccorso una soluzione rapida ad una problematica reale o potenziale, bypassando il Medico di Famiglia;
- la scarsa conoscenza di servizi alternativi e più appropriati;

Il concetto di iperaffollamento è stato definito fondamentalmente come “la situazione in cui l'attività del Dipartimento di Emergenza è ostacolata dal fatto che il numero di pazienti in attesa di essere visitati, sottoposti ad accertamenti e cure oppure dimessi, è superiore alle risorse logistiche o professionali dello stesso dipartimento”.

Nel medesimo contesto si verifica anche l'inappropriata occupazione dei posti letto di degenza ordinaria, con conseguente sovraccarico dei pazienti ricoverati ed un netto ritardo nelle dimissioni. Ciò determina un fenomeno definito dagli americani *boarding*, che si concretizza nello stazionamento degli utenti in spazi inappropriati del DE¹², in attesa di un posto letto in reparto e per il quale degli studi hanno dimostrato che lo staff sanitario dedica il 40% del tempo lavorativo, sottraendolo ai pazienti in entrata; le conseguenze sono ovvie: si manifestano dei ritardi non accettabili nel prestare ai pazienti critici cure adeguate, un incremento del tasso di mortalità fra questi stessi pazienti ed un numero significativamente maggiore di complicanze, senza tralasciare che è stato osservato un aumento degli abbandoni spontanei e degli errori medici.

Per capire meglio le cause e le possibili soluzioni è stato proposto nel 2013 un modello concettuale di sovraffollamento in Pronto Soccorso, basato su tre componenti tra di loro indipendenti¹³:

1. Input, ossia la componente di ingresso, rappresentata dall'eterogenea tipologia di pazienti che si rivolgono al DE: include soggetti con lesioni traumatiche o patologie gravi acute, trasportati dalla Centrale Operativa,

¹² Dipartimento di Emergenza

¹³ “Modello concettuale di iperaffollamento in DE”, Asplin et al., 2003

tutti i malati affetti da patologia cronica in fase di riacutizzazione, ma anche coloro che preferiscono richiedere una visita in urgenza, invece di richiedere consulenza al Medico di Medicina Generale o alla Guardia Medica pur non trattandosi di problematiche che necessitano di una risposta immediata. Il fenomeno è giustificabile con la diversa percezione del bisogno di salute da parte dell'utente, con la disponibilità di mezzi diagnostici e terapeutici disponibili (di cui l'utente non conosce il costo), l'informazione dei media che non sempre giusta, tende a suggestionare ed impaurire.

2. Throughput, la componente interna, strettamente collegata al tempo di permanenza del paziente nel Pronto Soccorso; si articola in due momenti: il primo è rappresentato dal Triage e dalla valutazione medica, mentre il secondo, più lungo, include la terapia d'urgenza ed il tempo da dedicare all'effettuazione degli esami diagnostici. E' il momento maggiormente influenzato da tutti quei fattori interni all'organizzazione e che influenzano il funzionamento del DE (es. carenza del personale, spazi fisici, efficienza dei servizi, tempi di risposta delle consulenze richieste).
3. Output, la componente in uscita. E' data dalla capacità del DE di gestire i pazienti dei quali si è deciso il ricovero o la dimissione, spesso ostacolata dalla discrepanza tra il numero di accessi ai DE e la recettività delle aree di ricovero, quindi dal *boarding*, oppure dall'allontanamento volontario scaturito dall'eccessiva attesa.

Da questa visione complessiva è facilmente intuibile che vi siano delle ripercussioni negative sul servizio fornito all'utente, a causa dell'allungamento dei tempi di attesa, dell'eccessivo carico lavorativo dei professionisti che operano in un clima di tensione, dell'aumento di mortalità e dei casi di abbandono, dell'incremento degli errori medici e purtroppo di episodi di violenza.

La soluzione non è da ricercarsi nella valutazione di un singolo fattore, piuttosto le soluzioni dovrebbero essere integrate.

E' fondamentale che vengano attuati provvedimenti politici, ma è altrettanto importante che amministratori e figure professionali cooperino ed indirizzino i loro sforzi per salvaguardare e migliorare l'obiettivo del DE, quello di garantire risposte tempestive ed efficaci a situazioni di emergenza.

La scelta del See & Treat nasce quindi da una visione globale, finalizzata nella ripartizione delle attività dei DE in flussi omogenei e che vede nell'impiego della professionalità degli infermieri un punto fondamentale della futura organizzazione della Medicina di Emergenza-Urgenza.

CAPITOLO II: IL SEE & TREAT

2.1 Gestione dei codici minori: nascita del S&T

A partire dagli anni '80 il National Health Service tentò, senza successo, di risolvere i problemi organizzativi dei Dipartimenti di Emergenza in Inghilterra. Solo nel 2001, venne intrapreso un lungo percorso che avrebbe poi portato ad una soluzione: la Modernisation Agency dell'NHS commissionò alla Business School dell'Università di Warwick la realizzazione di uno studio analitico sul sovraffollamento dei PS e delle lunghe attese a cui erano sottoposti gli utenti. Nacque il Progetto IDEA, Ideal Design of Emergency Access Project, pubblicato nel dicembre 2002.

Sostanzialmente questo studio dimostrò che una delle cause principali di disfunzione del DE fosse riconducibile al fatto che tutti i pazienti erano indirizzati verso un'analogha modalità di trattamento, pur riconoscendone dall'inizio le differenti necessità assistenziali, determinando il classico effetto "imbuto". A seconda del tipo di prestazione necessaria, sono stati identificati sette categorie di pazienti, o segmenti:

1. Pazienti che necessitano di un solo consiglio
2. Pazienti da sottoporre a valutazione e da assicurare
3. Pazienti che ricevono una prescrizione senza indagini
4. Pazienti sottoposti ad un trattamento non complesso che non necessitano di indagini
5. Pazienti che richiedono indagini ed eventuale trattamento non complesso
6. Pazienti che necessitano di indagini multiple e/o complesse
7. Pazienti affetti da grave patologia che richiedono indagini e trattamenti complessi

In base a quest'analisi, sono stati identificati due gruppi di segmenti, il primo riservato ai casi più gravi (pazienti 6. e 7.), il secondo ai casi di minor gravità

(pazienti da 1. a 5.), nei quali far confluire i pazienti al momento dell'accettazione, al fine di garantire un accesso rapido agli accessi urgenti, senza però aumentare i tempi di attesa dei codici minori. La variazione della domanda poteva essere affrontata pianificando e gestendo in modo ottimale le risorse e le professionalità disponibili. Sulla base di ciò si suggerì che i casi di minor gravità fossero trattati da personale infermieristico qualificato, appositamente formato, l'ENP¹⁴, una figura con competenze cliniche avanzate, una formazione universitaria post-base e soprattutto in grado di erogare un'assistenza sanitaria di alta qualità e che opera secondo protocollo prestabiliti.

Dal 2003 il nuovo modello venne proposto agli Emergency Departments dell'NHS, senza attuare alcuna sperimentazione preliminare: progressivamente fu esteso a tutti i servizi di Pronto Soccorso inglesi, anche se con modalità non sempre omogenee. In base alle caratteristiche delle realtà locali la metodica era gestita da un medico o un infermiere ENP, o entrambe le figure. Inizialmente si preferì affidarne la responsabilità ai più esperti, ma questo definì il motivo di maggior critica da parte dei servizi di emergenza inglesi, perché venivano impiegati simultaneamente sia medici che infermieri, scelti oltretutto tra quelli con maggior esperienza; quindi i migliori professionisti venivano distolti dalla gestione dei casi più complessi. Con il progredire della sperimentazione sul campo, le critiche sull'assenza di uno studio pilota vennero meno e tra le formule adottate per la gestione del See & Treat, prevalse quella in cui l'infermiere specializzato in emergenza operava in autonomia, in riferimento a determinati protocolli; questo fu possibile perché, a differenza della realtà italiana, in Inghilterra le norme che regolano l'attività dell'ENP attribuiscono all'infermiere maggior operatività e responsabilità: potevano ad esempio richiedere radiografie o addirittura prescrivere alcuni farmaci.

Oggi il See & Treat è diffuso in tutto in Regno Unito e la metodica è riportata nella carta dei servizi dei singoli ospedali, dove compare in relazione al

¹⁴ Emergency Nurse Practitioner

trattamento delle “minor injuries”. A prescindere dal tipo di équipe impiegata il metodo del S & T, associato alla suddivisione dei percorsi assistenziali in casi di minore e maggiore gravità, è stata l’unica innovazione che sia riuscita a ridurre i tempi di attesa dei codici minori del Pronto Soccorso inglesi, contenendoli entro le 4 ore.

In uno studio condotto nel 2008 vennero messe a confronto tre modalità di risposta dei dipartimenti di emergenza alle lesioni minori: un Pronto Soccorso tradizionale, un MATS¹⁵, gestito dal Nurse Practitioner e collocato all’interno del PS, ed una MIU¹⁶ esterna all’ospedale, sempre gestita dal NP. I risultati rivelarono che la lunghezza di degenza media in un Dipartimento di Emergenza tradizionale è risultata di 101.7’, nelle MATS di 85.6’ e nelle MIU di 56’. I pazienti visitati dai medici nel Pronto Soccorso tradizionale spendevano circa 33’ in più rispetto a quelli presi in carico negli altri due servizi. Lo studio evidenzia l’efficacia dei servizi per la gestione dei casi minori ed allo stesso tempo mette in risalto le figure che li gestiscono: medici e NP. Questa figura infermieristica, istituita diverse decine di anni fa in Nord America, possiede competenze avanzate in ambito diagnostico e di trattamento che gli permettono la presa in carico dei problemi di salute dei pazienti dal punto di vista assistenziale, ma anche clinico, in contesti territoriali, quindi di *primary care*¹⁷ e nei dipartimenti di emergenza, nei quali si configura come ENP.

Studi hanno valutato l’efficacia del Nurse Practitioner in dipartimento di emergenza, sui tempi di attesa, sul grado di soddisfazione del paziente, qualità del servizio erogato ed esiti. I risultati sono positivi e sono sovrapponibili allo studio precedentemente citato: i tempi di attesa alla visita sono ridotti e portano ad una più alta soddisfazione dell’utente, l’assistenza fornita è equivalente a quella di un medico residente di medio grado.

¹⁵ Minor Accidents Treatment Service

¹⁶ Minor Injuries Unit

¹⁷ Tutti quei servizi a cui il cittadino accede direttamente sul territorio (Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta, Guardia Medica)

I potenziali punti forza del modello sono riassumibili in nei seguenti punti:

- relative advantage, ossia vantaggio relativo nei confronti del Triage perché determina una discriminazione iniziale tra casi urgenti e non
- compatibility, il S&T può risultare compatibile con le necessità del paziente e dell'equipe, diminuendo i tempi di attesa nel PS
- trialability, si ha la possibilità di valutare in modo strutturato l'applicazione del modello per un breve periodo di tempo attraverso una pianificazione
- observability, è un modello facilmente osservabile, soprattutto in termini di risultati ottenuti che appaiono nell'immediato
- complexity, il modello è semplice da comunicare e da mettere in pratica

2.2 See and Treat in Italia: l'esperienza toscana

Il See and Treat è la perfetta trasposizione del modello anglosassone di gestione del paziente nei Pronto Soccorso. Questa metodica permette un miglioramento dei dipartimenti DEA¹⁸ che tendenzialmente vengono affollati ogni giorno dalla popolazione, sia per una scarsa informazione, sia per una mancata risposta ai bisogni in termini di continuità assistenziale da parte del Medico di Famiglia ed altre figure professionali.

In ambito nazionale, il percorso toscano del modello See & Treat è iniziato spontaneamente come risposta non istituzionale al problema del sovraffollamento, nelle varie sedi di Pronto Soccorso.

E' esperienza comune che nei momenti di iperaffollamento l'infermiere di Triage, al momento dell'accettazione, si ritrovi a dover risolvere lievi problemi traumatologici o semplici dubbi sanitari dei pazienti. E' proprio questa figura che avendo acquisito le competenze per vagliare i motivi di accesso in PS e risolvere alcune problematiche minori, si è trovata ad operare secondo il modello S & T, pur senza saperlo. Situazioni di questa tipologia sono molto frequenti nelle piccole realtà ospedaliere, dove spesso l'infermiere è una persona conosciuta e stimata dalla comunità. Nel 2006 è stata realizzata una revisione della casistica dei pazienti in un ospedale periferico (con circa 29000 accessi l'anno), tramite la quale è stato possibile individuare quanti casi potevano essere risolti rapidamente al momento dell'accettazione, evitando o riducendo i tempi di attesa. I risultati furono pubblicati sulla rivista dell'Ordine dei Medici di Firenze Toscana Medica¹⁹: nonostante derivassero da un'unica ristretta realtà ospedaliera, riflettevano l'esperienza di molti PS, per cui furono accolti positivamente dalla maggioranza dei professionisti della Medicina di Emergenza-Urgenza.

¹⁸ Dipartimento di Emergenza e Accettazione

¹⁹ Strumento di informazione e dibattito per i professionisti medici e odontoiatri

Il fatto che il modello proposto fosse presente in letteratura e già istituzionalizzato sotto forma di S&T nell'ambiente anglosassone, ha indotto a considerarlo una naturale evoluzione del modus operandi in PS. Grazie alla pubblicazione degli studi nel gennaio 2007, fu promossa una Giornata di Studio alla quale parteciparono attivamente medici ed infermieri dei servizi di Pronto Soccorso della Regione, mossi dalla necessità di operare un profondo rinnovamento organizzativo dei Dipartimenti di Emergenza.

Promotrice di questa esigenza fu la Giunta Regionale Toscana, con il DGRT n° 140 del 25 febbraio 2008, atto legislativo in cui il concetto di "accesso improprio" è superato e sostituito con quello di "urgenza percepita", sottolineando così la totale mancanza di alternative ai servizi di PS per una rapida e completa risposta ai bisogni di salute dell'utente.

Negli Ospedali dotati di Unità Operative specialistiche la necessità di trovare un nuovo metodo di gestione ha portato all'adozione di altri modelli, diversi dal S & T, ma che presentavano le stesse finalità, in primis ridurre i tempi delle attese lunghe ed inutili. Tra questi emerse il modello di Fast Track²⁰, che non prevede la valutazione diretta del Medico del DE, ma è l'infermiere che possiede la capacità e responsabilità di indirizzare direttamente allo specialista i pazienti che arrivano in PS con problemi per i quali è stato precedentemente concordato l'invio in area specialistica. Anche in questo caso ci si affida completamente alle competenze dell'infermiere che, dopo aver in alcuni casi consultato il medico, agisce in modo opportuno in relazione alla problematica.

Altre soluzioni invece sono quelle mirate all'ottimizzazione dei tempi di attesa: si anticipano alcune indagini strumentali e di laboratorio, prima che si effettui la valutazione clinica secondo precisi protocolli, come avviene nel modello operativo chiamato post-triage.

²⁰ Percorso rapido

La sperimentazione toscana divenne realtà nel novembre 2010. Il tempo trascorso dal 2007 non solo è servito per realizzare concretamente un progetto, ma anche per superare degli ostacoli di natura ideologica. Anche se con i piani regionali sanitari del 2005-2007 e del 2008-2010²¹, lo sviluppo strategico dei piani assistenziali “ospedale-territorio-domicilio” ha determinato una sempre più forte integrazione fra le professioni sanitarie e la professione medica, la gestione autonoma di problemi clinici (anche se di bassa criticità) da parte degli infermieri, ha suscitato e tutt’ora suscita, resistenze e critiche. Non bisogna tralasciare che tutto ciò è avvenuto in assenza di specifiche norme di legge che distinguano l’atto medico da quello infermieristico, ma ad indicare la necessità di una stretta collaborazione tra medici ed infermieri in percorsi complessi, sono stati in primis i sistemi operativi di Emergenza-Urgenza. Lo svolgimento di atti sanitari che integrassero le varie professionalità ha determinato naturalmente un ampliamento delle funzioni del personale infermieristico; con l’approvazione della DGRT n° 958 del 17 dicembre 2007²², in materia di See & Treat, si è delineata una nuova fase di gestione amministrativa di sistemi articolati come quelli di Pronto Soccorso, in cui le esigenze organizzative hanno permesso di valorizzare la professione infermieristica. Le Istituzioni hanno giocato un ruolo fondamentale, perché hanno avuto la sensibilità di trasformare delle riflessioni ed esperienze maturate spontaneamente nell’ambito sanitario di piccole realtà ospedaliere in un progetto di ampio respiro, stabilendo di affidare specifiche problematiche assistenziali ad infermieri opportunamente formati e certificati.

Per ciò che concerne la sperimentazione vera e propria del modello See & Treat, l’Assessorato alla Sanità della Regione Toscana stabilì nel gennaio 2007 che ogni caso affidato al personale infermieristico venisse supervisionato da un Tutor medico, il quale doveva validare l’appropriatezza e la coerenza del trattamento

²¹ Concernenti obiettivi specifici e processo di valutazione e miglioramento del Piano Sanitario Regionale

²² Proposta di sperimentazione del modello “See and Treat” in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori

effettuato. Nel dettaglio, tale sperimentazione fu caratterizzata da specifiche fasi:

- Prima fase: selezione delle problematiche da trattare in See & Treat. Le problematiche a bassa criticità da curare in regime di S&T sono stabilite da un gruppo di lavoro, incaricato dalla Regione Toscana, sulla base della loro incidenza, gravità, tipo di intervento diagnostico e terapeutico necessario; sostanzialmente vengono selezionati i problemi clinici minori di accesso frequente che non richiedono esami strumentali o di laboratorio, ad eccezione di quelli radiologici, per un inquadramento diagnostico e terapeutico. (segue tabella)

Casistiche di riferimento per la sperimentazione dei problemi clinici minori

<p>OCULISTICI Irritazione da lenti a contatto Congiuntivite Ecchimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva Emorragia sottocongiuntivale Corpo estraneo congiuntivale</p>	<p>GASTROENTEROLOGI Diarrea acuta non ematica Singhiozzo Rimozione/sostituzione sondino nasogastrico</p>
<p>OTORINOLARINGOIATRICI Corpo estraneo nell'orecchio esterno Tappo di cerume Otite esterna Corpo estraneo nel naso Epistassi Rinite</p>	<p>UROLOGICI Infezioni del tratto urinario inferiore Ostruzione/sostituzione di catetere vescicale</p>
<p>MUSCOLOSCHIELETRICI Torcicollo Lombalgia acuta ricorrente Dolore monoarticolare acuto di origine non traumatica</p>	<p>TRAUMATOLOGICI Ferite Rimozione dei punti di sutura Abrasione Avulsione superficiale della punta del dito Contusioni minori degli arti Pronazione dolorosa del gomito Intrappolamento nella lampo Rimozione di anello da un dito Rimozione di amo da pesca Punture di insetto Punture di animale marino Ritenzione di zecca Ustioni minori Ustioni solari Trauma delle dita della mano e del piede</p>
<p>ODONTOSTOMATOLOGICI Lussazione ricorrente della mandibola Odontalgia Problemi post-estrazione dentaria</p>	<p>DERMATOLOGICI Cisti sebacea Geloni Dermatite da contatto (eczema) Foruncolo Orticaria Infezioni ungueali Idrosadenite Verruche Pediculosi</p>

•

- Seconda fase: elaborazione di protocolli di intervento. Dopo l'individuazione delle problematiche minori il cui trattamento poteva essere affidato all'infermiere, sono stati stilati dallo stesso gruppo di lavoro, con la collaborazione di medici e l'approvazione del Consiglio Sanitario Regionale, dei protocolli operativi.
- Terza fase: identificazione dei Pronto Soccorso da coinvolgere nella sperimentazione. I DE sono stati selezionati in base a dei criteri come l'assenza di PS specialistici, il numero di accessi annui (> 25000), distribuzione nel territorio; sono stati scelti due Pronto Soccorso per ognuna delle Aree Vaste in cui è organizzativamente diviso il territorio toscano.
- Quarta fase: ideazione e realizzazione dei percorsi formativi per medici tutor ed infermieri. Per organizzare la "formazione", elemento centrale del progetto, è occorso molto tempo, si sono dovute affrontare delle tematiche ed impiegare strumenti non facenti parte della cultura tradizionale italiana.
- Quinta fase: sperimentazione sul campo. Iniziata nel novembre 2010, terminata nel maggio 2011; in questo lasso di tempo sono stati trattati oltre settemila casi nelle sedi prescelte. L'attivazione di una specifica area di See & Treat dalle 8:00 alle 20:00 di tutti i giorni feriali, ha determinato l'impiego di un infermiere dedicato che, con la collaborazione del medico tutor, si è occupato della presa in carico di tutti i pazienti con problematiche minori, selezionati appositamente al momento del Triage. Durante i mesi di sperimentazione, il ruolo del medico tutor ha subito delle modificazioni, passando da una funzione di controllo ad un ruolo di consulenza per i casi più complessi; il parere del medico è comunque vincolante per la dimissione del paziente che prevede la doppia firma del medico e dell'infermiere. Questa fase non ha solo concretizzato l'intero modello, ma ha anche permesso,

attraverso incontri mensili tra i partecipanti, di esporre i problemi riscontrati durante l'attività e di ricercarne la soluzione.

- Sesta fase: rilevazione dei dati. Per rendere adeguata ed attendibile la rilevazione dei dati, si è resa necessaria una modifica dei software gestionali dei Pronto Soccorso; è stata infatti realizzata un'estensione della scheda di Triage, ma è stata anche introdotta una nuova scheda per l'ambulatorio del See & Treat.

Il Gruppo di Lavoro per il Progetto di Miglioramento del Pronto Soccorso nell'ambito dell'Osservatorio Regionale sull'Emergenza-Urgenza, nominato dall'Assessorato alla Sanità della regione Toscana ha partecipato attivamente alla fase di sperimentazione, individuando le sedi di sperimentazione in base alle casistiche che giungevano ai Pronto Soccorso ed alle specialità, e fornendo anche gli indicatori per valutare i risultati del percorso, in termini di efficienza, sicurezza e gradimento. E proprio grazie ai risultati positivi raccolti sul livello di gradimento del S & T da parte dei pazienti, l'Assessorato ha stabilito non solo di prolungare l'esperienza del nuovo modello alle sedi che hanno preso parte al progetto, ma di estenderla successivamente anche ad altri PS toscani.

Sostenere lo sviluppo di nuove competenze infermieristiche nelle fasi di valutazione, trattamento e dimissione in sicurezza della persona che accede al Pronto Soccorso è l'obiettivo generale della sperimentazione. Si è voluta definire una solida base formativa, condivisibile dalle Aziende Sanitarie coinvolte, e dalla quale fosse possibile intraprendere ulteriori azioni a sostegno dello sviluppo del nuovo modulo operativo. L'attiva partecipazione e collaborazione tra Gruppo di Lavoro, direzioni aziendali, direttori e coordinatori infermieristici dei Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie, ha mantenuto alto il livello di interesse dei partecipanti ai corsi. Sono stati realizzati due corsi, uno per medici tutor ed uno riservato al personale infermieristico, nominato "Infermiere certificato in interventi di See & Treat". La selezione per il reclutamento del personale idoneo

a prender parte alla fase sperimentale è avvenuta attraverso l'emissione di un bando aziendale interno, nel rispetto delle indicazioni generali della Regione. Sono stati scelti 36 infermieri (sei per ogni servizio di Pronto Soccorso) e 24 medici (quattro per ogni sede); successivamente si è passati alla realizzazione del corso stesso.

Inizialmente il Gruppo di Lavoro ha contribuito alla stesura dei protocolli operativi ed alla definizione del progetto formativo, in seguito ha realizzato un corso di formazione di 42h per i medici tutor, comprendente esercitazioni sui protocolli operativi da mettere in pratica con il supporto dei membri del gruppo stesso ed altri esperti; dopo esser stati formati, i tutor collaborano alla formazione degli infermieri, in aula e sul posto di lavoro, affiancando ogni partecipante nell'attuazione degli specifici protocolli operativi del See & Treat. Il corso per gli infermieri invece è strutturato in tre UCF²³ finalizzate ad acquisire una serie di competenze in ambito clinico-assistenziale, organizzativo, tecnico-professionale operativo, etico-relazionale; ha una durata complessiva di 180h. I corsi, della durata di 55 giorni, sono stati suddivisi in quattro edizioni (due per i medici e due per gli infermieri), per evitare che fosse ostacolato il normale svolgimento delle attività assistenziali dei Pronto Soccorso.

Sono stati coinvolti nelle diverse realtà anche tutti gli infermieri ed i medici del DE, compreso il personale dei servizi di diagnostica. Questa integrazione del personale ha implementato il processo di formazione e di intervento sulle modifiche apportate al sistema gestionale.

La molteplicità dei soggetti ha indotto ad elaborare un sistema di valutazione distinto in due punti. Per tutta la durata della sperimentazione sono stati organizzati incontri mensili con i 60 professionisti che vi partecipavano; la traccia su cui discutere era fornita dal Gruppo di Lavoro Regionale e si focalizzava su vari temi tra cui l'impatto del nuovo modello sulla realtà aziendale, i suoi punti di forza e di debolezza, l'integrazione professionale, il livello di gradimento dei pazienti, la condivisione di episodi significativi, per un monitoraggio

²³ Unità Formative Capitalizzabili

dell'andamento della sperimentazione. Sono state ideate delle specifiche prove di verifica per valutare le conoscenze e le capacità in linea con gli obiettivi da perseguire, la tipologia delle competenze incluse delle UFC ed il livello di apprendimento. Il compito di valutazione è stato affidato al Comitato Tecnico Scientifico di Progetto che al termine di ogni UFC accertava la frequenza di ogni partecipante, il grado di raggiungimento delle competenze richiesto, attraverso continue verifiche durante tutto l'iter formativo ed un esame finale, incentrato su tre categorie di prove: prove di simulazione, prove scritte, colloquio orale.

2.3 Vantaggi e Svantaggi

Gli aspetti innovativi del See & Treat possono essere così riassunti:

- Dal consueto Triage derivano due accessi distinti, uno per i casi più gravi trattati tradizionalmente ed uno per le urgenze minori, permettendo una discriminazione iniziale tra casi urgenti e non;
- Esiste un'area dedicata al See & Treat, di solito adiacente al Pronto Soccorso, con personale proprio;
- Chi accede al See & Treat è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, Infermiere o Medico, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine;
- Gli operatori addetti devono essere nel numero necessario per prendere in carico immediatamente il paziente ed evitare il determinarsi di lunghe code;
- Il personale dell'area See & Treat è costituito dagli operatori più esperti che hanno ricevuto una formazione specifica per patologie di competenza e questo costituisce una maggiore garanzia di mantenimento della qualità della prestazione;
- Viene ammessa al See & Treat una casistica selezionata per appropriatezza; ad oggi sono 47 le problematiche minori trattabili direttamente da un infermiere specializzato;
- Introduzione del Fast Track, parallelamente al See & Treat, rivolto ai pazienti che presentano patologie minori, ma di pertinenza specialistica;

I vantaggi sono facilmente intuibili, riscontrabili nella realtà in cui il modello è già stato attuato ed auspicabili nelle realtà italiane in cui potrà essere introdotto. L'efficacia del See & Treat sulla riduzione dei tempi d'attesa dei pazienti con lesioni e malattie minori è stata valutata in un Dipartimento di Emergenza a Cambridge; sono stati confrontati i dati delle liste di attesa due settimane

antecedenti e tre posteriori all'adozione del modello. Il 70% dei pazienti in categoria 4 di triage (codici verdi-bianchi) erano candidabili al See & Treat e tra i risultati principali è emersa una riduzione della media del tempo di attesa per la visita (da 56 m' a 30 m') e del tempo medio totale trascorso nel dipartimento (da 1h e 39 m' a 1h e 17 m').

A livello nazionale invece, la Regione Toscana ha attuato il modello riscontrando una diminuzione del tempo di attesa medio prima della visita del 65%; anche per i tempi di permanenza media i dati sono significativi: evidenziano una riduzione netta rispetto al tradizionale percorso di Pronto Soccorso pari al 71%. Nella fase di sperimentazione non sono stati documentati reingressi spontanei per persistenza o complicità del motivo di accesso e non si sono verificati eventi avversi. L'indagine è stata rivolta anche a tutti gli utenti maggiorenni trattati durante una parte della sperimentazione nelle sei strutture di Pronto Soccorso, con l'obiettivo di verificare quale fosse per i cittadini il valore aggiunto differenziale di questo nuovo modello di risposta assistenziale ed ovviamente rilevare il livello di soddisfazione del servizio di Pronto Soccorso.

Gli utenti sono stati sottoposti ad un questionario contenente domande incentrate sull'esperienza riguardo alcune specificità della procedura S & T ed altre legate alla mera valutazione del servizio: modalità di accesso, qualità della comunicazione e dell'assistenza, rapporto fra personale e paziente, informazioni fornite al momento della dimissione. Su 141 utenti, l'81,2% di essi ha apprezzato la qualità del servizio ricevuto definendola ottima o buona, il 72,7% afferma che in caso di bisogno il personale si è sempre dimostrato disponibile ed il 91,5% dichiara di essersi sentito coinvolto nell'intero processo (aspetto determinante ai fini della *compliance*)²⁴. I risultati hanno confermato l'esito di uno studio precedentemente condotto nel 2002, che evidenziò quanto i pazienti fossero più soddisfatti nel consultare un infermiere rispetto ad un medico, perché

²⁴ La disponibilità del paziente a collaborare con l'operatore sanitario e trarre il maggior beneficio possibile dal trattamento terapeutico ricevuto

tendenzialmente il primo impiega più tempo nelle visite e fornisce informazioni più chiare, dando consigli sulla gestione e sul self-care.

Il nuovo modello delinea quindi la visione olistica del paziente²⁵, determina una riduzione degli errori medici ed infermieristici dovuto all'eccessivo carico di lavoro e stress al quale sono costantemente sottoposti, elevando la qualità delle cure.

Nonostante i numerosi aspetti positivi, sono emerse anche delle critiche che focalizzano l'attenzione sull'eventualità di una scarsa umanizzazione dell'assistenza non considerando il paziente come un soggetto di cui prendersi cura, ma solo come un numero da smaltire al fine di perseguire gli obiettivi del modello, ridurre l'attesa ed il sovraffollamento. Oltretutto, essendo questa una realtà nuova, potrebbe nascere nel paziente un iniziale sentimento di sfiducia e preoccupazione, soprattutto se anziano e non accuratamente informato, il quale arriva in Pronto Soccorso e si ritrova ad essere gestito non dal medico, ma da un infermiere, per tutta la durata del soggiorno.

Affidando ulteriori compiti all'infermiere si potrebbe assistere ad un notevole successo del personale infermieristico, ma ad un conseguente sottodimensionamento del medico, il quale potrebbe essere concepito dall'utente come una figura con meno autorità e che svolge meno lavoro a causa del servizio gestito dagli infermieri. Questo si contrappone ad un ulteriore svantaggio circa le limitazioni dei protocolli: l'infermiere infatti può operare all'interno dell'ambulatorio See & Treat solo in riferimento ai protocolli elaborati e non può gestire ulteriori prestazioni oltre quelle stabilite. In ultimo, la reperibilità dei fondi, perché i costi che scaturiscono dal See & Treat sono ovviamente superiori rispetto ad una normale gestione di Pronto Soccorso, in quanto il numero dei pazienti visitati, le prestazioni offerte ed il personale interessato è maggiore e non tutte le realtà ospedaliere italiane hanno la possibilità di istituire questo nuovo modello.

²⁵ Codice Deontologico

CAPITOLO III

3.1 La realtà ospedaliera di Sassari

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione di Sassari è uno dei due poli sardi classificati come DEA di II livello, una struttura che assicura dunque oltre alle prestazioni fornite dal DEA di I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza: terapia intensiva neonatale, cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare ed anche la stroke unit ed un reparto per grandi ustionati. Il Personale Sanitario del Pronto Soccorso è formato complessivamente da 25 infermieri e 18 medici.

Dal punto di vista organizzativo presenta:

- Area Triage: è l'area adibita alla valutazione dei pazienti da parte del personale infermieristico appositamente formato; si stabiliscono i bisogni del paziente, si valutano segni e sintomi, parametri vitali e si assegna un codice colore in relazione alla criticità delle condizioni dell'utente che sarà immesso in una lista d'attesa, stilata in base all'ordine di criticità.
- Area Rossa: o Area dell'Emergenza, fornita di due posti letto riservati agli utenti con codice rosso; questi necessitano di cure intensive o semi-intensive erogate dal personale medico ed infermieristico. Viene garantito immediatamente, dal Triage, il supporto delle funzioni vitali, il monitoraggio intensivo o semi-intensivo e l'avvio delle prime indagini diagnostiche.
- Ambulatori: presieduti da un medico ed un infermiere; le visite sono gestite in base al codice di priorità.
 - Ambulatorio 1, dotato di 3 posti letto
 - Ambulatorio 2, dotato di 2 posti letto

- Ambulatorio 3, dotato di 6 posti letto

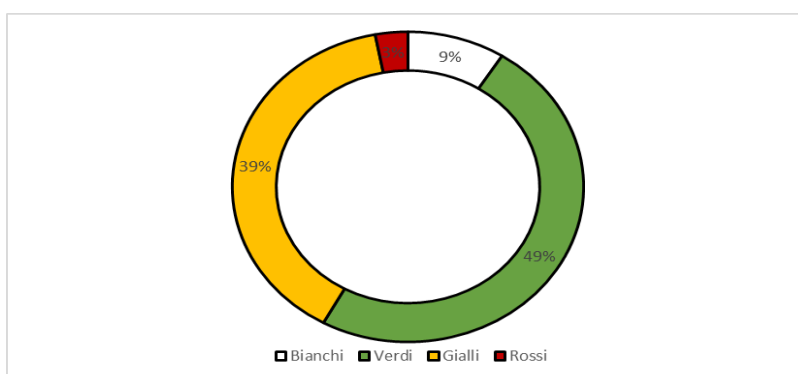
- Area Flusso: è l'area gestita da un infermiere di flusso che collabora con il personale ausiliario e definisce ordine e priorità agli interventi da attuare (ricoveri o esami diagnostici strumentali).

Dal primo maggio sarà ufficialmente attivato il servizio OBI, area dotata di 10 posti letto tecnici (autorizzata all'esercizio dalla Regione Sardegna, in attesa di accreditamento).

3.2 Raccolta e analisi dei dati

Facendo riferimento ai dati forniti dalla letteratura medica circa il numero di accessi annui nei PS nazionali, possiamo affermare che anche nel DEA di Sassari sono confermati questi numeri: nel 2016 sono stati registrati circa 47.000 accessi.

Suddivisione accessi per codice di priorità anno 2016



Analizzando i dati di accesso per un periodo di tempo pari circa a sei mesi, da aprile 2016 a novembre 2016, gli utenti che si sono rivolti al Pronto Soccorso sono stati 23.351, nello specifico è stato assegnato il Codice Rosso al 3% di questi, il Codice Giallo al 34%, il Codice Verde al 47%, il Codice Bianco al 16%. Circa 130 utenti si sono recati nella struttura in una sola giornata.

Distribuzione per codice colore aprile 2016 – novembre 2016

	ROSSO	GIALLO	VERDE	BIANCO
Accessi	3,00%	34,00%	47,00%	16,00%

I tempi di attesa (dal Triage alla presa in carico del paziente da parte del medico) per tutti i codici hanno registrato un aumento. Risultano essere decisamente elevati per i codici gialli che registrano una media di circa 58 minuti d'attesa,

contro i 22 rilevati mediamente in Italia da una recente indagine²⁶; i codici verdi e bianchi hanno delle tempistiche meno critiche, ma anche in questo caso vengono superati i tempi medi registrati a livello nazionale.

Anche i tempi di permanenza in Pronto Soccorso dal momento della presa in carico alla dimissione sono elevati: dai 62' per i codici bianchi ai 175' per i codici gialli. Questo può essere in parte giustificato con l'aumento degli accertamenti diagnostico-strumentali eseguiti, la richiesta di esami di secondo livello richiesti dai reparti prima di accettare un ricovero e l'espletamento di indagini rinviabili, ma necessarie al fine di evitare un ricovero.

Il numero dei pazienti che permane in Pronto Soccorso dalla presa in carico fino alla dimissione o ricovero, oltre il limite delle 6 ore, corrisponde a 940. Se invece si considera anche il tempo di attesa dal triage alla presa in carico, molti pazienti che restano in osservazione dalle 3 alle 6 ore, hanno superato le 6 ore di permanenza.

Partendo dal presupposto che l'équipe sanitaria è solitamente formata da tre medici e quattro infermieri, risulta chiaro che anche in questa realtà ci troviamo a dover rispondere ad un eccesso di domanda con una disponibilità minima di organico. La situazione è determinata da più fattori:

- l'invecchiamento della popolazione, frutto di miglioramento delle condizioni di vita, della maggior efficienza della medicina ed i risultati della ricerca;
- l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche;
- gli ingressi impropri in Pronto Soccorso, causati da un incalzante desiderio da parte dell'utente di ricevere risposte di salute nel più breve tempo possibile;
- la mancanza di una continuità assistenziale, causata dall'interruzione del servizio che funzionava H12 tutti i giorni feriali;

²⁶ Condotta da Cittadinanza Attiva in collaborazione con la SIMEU

- la “medicina difensiva”, ossia la richiesta e l’effettuazione da parte del medico del PS di esami non urgenti, ma che occorrono per delineare un quadro generale diagnostico del paziente, in modo da tutelarsi se malauguratamente il paziente dovesse subire delle complicanze subito dopo la dimissione;
- l’impiego del personale del PS, in termini di tempo, per la ricerca di posto letto, dovuto alla mancanza di un flusso costante e sincrono tra dimissioni e necessità di posti;
- la limitatezza di strutture ad impronta sanitaria come RSA²⁷;

Un aspetto da non sottovalutare è la percentuale di abbandono. Questa è decisamente elevata ed il dato andrebbe correlato all’incremento parallelo dei tempi di attesa per la presa in carico del paziente. Durante questi sei mesi i pazienti registrati che si sono allontanati volontariamente dal Pronto Soccorso prima di aver effettuato la visita medica sono stati 2467 (il 10.6% del totale).

Le soluzioni di questo problema possono ricercarsi sia a monte che a valle del Pronto Soccorso.

Si potrebbe avviare un percorso di collaborazione tra le figure assistenziali ed il Medico di Famiglia, inserendolo come un dipendente del Sistema Sanitario Nazionale, in modo da garantire il totale soddisfacimento dei bisogni di salute dell’utente; avrebbe la possibilità di poter usufruire della tecnologia diagnostica e dei dispositivi necessari alla cura complessiva del paziente, accrescerebbe le sue competenze e garantirebbe uno smistamento e diminuzione delle utenze al PS.

E’ necessario un monitoraggio dell’appropriatezza del posto letto nelle strutture territoriali, sia ospedaliere che di controllo; sarebbe opportuno favorire le dimissioni dagli ospedali per acuti e garantire la degenza in altre strutture di

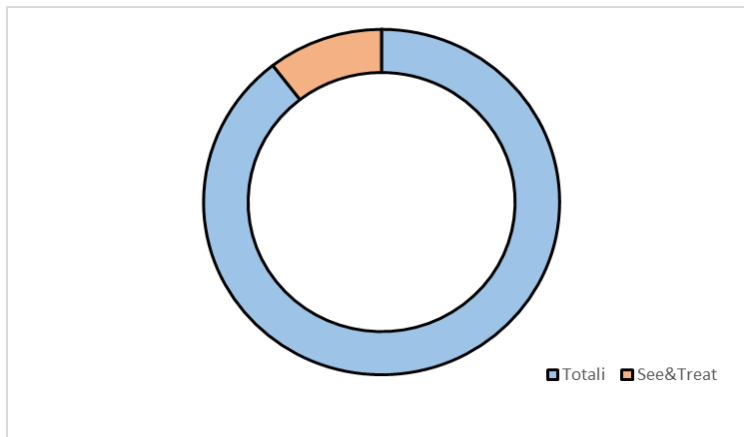
²⁷ Residenza Sanitaria Assistenziali

supporto per quei pazienti che necessitano di un'accurata assistenza, ad esempio piccoli ospedali specializzati o residenze.

In ultimo, è fondamentale garantire un'adeguata selezione delle problematiche degli utenti, in modo tale che il loro percorso all'interno del sistema sanitario sia il più fluido possibile e mirato ai bisogni reali. Questi percorsi non sono altro che il See and Treat ed il Fast Track.

Nei sei mesi analizzati sono stati selezionati circa 1154 codici bianchi e circa 1577 codici verdi che si sarebbero potuti trattare col il metodo S & T sul totale di 23351 accessi. L'attesa media di questi codici è di circa 4 ore, in particolare nelle ore diurne.

Codici totali e codici trattabili con il metodo See and Treat



3.3 STUDIO DI FATTIBILITA': PROTOCOLLI SPECIFICI E TRASVERSALI

Come già detto precedentemente, il modello organizzativo del See and Treat si sviluppa solo nella regione Toscana; nelle altre realtà italiane tale metodo non è ancora abbastanza conosciuto pur risultando un incipit, un punto di avvio per il rinnovamento dell'assistenza infermieristica e parte della gestione dei Pronto Soccorso.

Obiettivo dell'elaborato è valutare la possibilità di introdurre questo innovativo modello anche nella realtà ospedaliera di Sassari che registra un numero di utenze notevole, come si evince dai dati raccolti sui possibili codici indirizzabili verso un percorso See and Treat. Le problematiche minori che possono essere gestite attraverso questo percorso sono diverse, ma per questo studio di fattibilità ne sono state selezionate tre, sulle quali poi è stato stilato un protocollo specifico, in particolare una per l'area traumatologica, una per quella gastroenterologica ed infine quella urologica.

Verranno infine inseriti per chiarezza anche i Protocolli Trasversali.²⁸

²⁸ definiti dal Gruppo di Lavoro Regionale della Toscana

PROTOCOLLO: **FERITE**

L'ispezione della ferita rappresenta la fondamentale modalità di indagine semeiologica che offre la possibilità di determinare la sede, la profondità ed evidenziare l'eventuale coinvolgimento di strutture sottostanti come vasi, nervi, tendini, ecc. Si può effettuare in modo diretto o effettuando una leggera trazione dei lembi della cute in senso opposto, perpendicolarmente alla ferita; è possibile anche agire attraverso l'uso di strumenti chirurgici come pinze o divaricatori. In assenza di lesioni profonde si può programmare una sutura adeguata, ma se si nota l'eventuale coinvolgimento di strutture contenute nel sottocute o più in profondità, il paziente non dovrà essere indirizzato al See and Treat.

AREA TRIAGE

Modalità di presentazione al Triage

Sanguinamento, dolore, con o senza segni di flogosi, a seguito di recente trauma; in caso di trauma pregresso la presentazione può essere motivata dal persistere del sanguinamento o dalla comparsa di segni di infezione.

Segnali di allarme/esclusione

- lesioni a seguito di violenza sessuale o violenza su minori
- associazione con altre lesioni traumatiche ad eccezione degli arti
- comorbilità importante o terapia cronica immunodepressiva
- diatesi emorragica congenita o acquisita, terapia con anticoagulanti orali
- sospetta lesione tendinea o vascolare o nervosa
- sedi: volto compreso l'orecchio, collo, genitali, perineo, ferite penetranti nel gomito, ginocchio, polso, caviglia
- ferite da punta o punta e taglio con agenti lesivi di lunghezza superiore a 3 cm o in sedi con scarso spessore del sottocute e/o massa muscolare
- gravidanza

Attenzione

- identificare possibili situazioni di violenza di fronte a ferite in particolare lacero-contuse, subite da bambini, anziani, donne; mantenere un elevato indice di sospetto che esse possano essere segno di abuso e considerare eventuali accessi ripetuti per trauma, atteggiamenti reticenti e non coerenti con l'accompagnatore, ecc.
- richiedere sempre se sono note allergie alle sostanze da utilizzare prima della disinfezione o della somministrazione di anestetico locale; chiedere al paziente se è allergico al lattice

Scopo

- assicurare adeguato controllo del dolore
- applicazione di mezzi di sutura (punti, cerotti, colle) che consentano la stabilizzazione e la vicinanza dei lembi per garantire un corretto processo di cicatrizzazione
- ridurre il rischio infettivo (incluso quello legato al tetano)

Materiali

- fonte luce adeguata (lampada scialitica)
- DPI: guanti monouso non sterili, guanti monouso sterili, camici di protezione, visiere
- telini sterili
- disinfettante (Iodio Povidone o alternativo)
- soluzione fisiologica
- acqua ossigenata per detersione del sangue dalla cute circostante la lesione
- siringhe da 5-10 ml
- siringa per lavaggio a pressione 20 ml

- aghi di piccole dimensioni (25 G)
- anestetico locale
- strumenti chirurgici (pinza anatomica, porta-aghi, pinza porta-tamponi di piccole dimensioni, pinze chirurgiche, forbici, divaricatori, bisturi monouso)
- fili di sutura non riassorbibili (seta, Ethilon da 5/0 a 2/0) e riassorbibili (Vicryl, Dexon)
- materiale per suture non chirurgiche: cerotti sterili di varie dimensioni, colla al cianoacrilato, tintura di benzoino
- materiale per medicazione: garze, garze non aderenti, garze al betadine, cerotti, bende elastiche, rete tubolare elastica
- contenitore per smaltimento rifiuti
- contenitore per smaltimento del materiale tagliente
- rasoio elettrico con testina monouso per eventuale tricotomia

Interventi

Fase di preparazione

- lavaggio sociale delle mani
- indossare DPI adeguati
- informare il paziente
- accertarsi sull'esistenza nota di allergie a Iodio, lattice, eventuali anestetici
- preparare il materiale disponendolo su un tavolo servitore, coperto da telino sterile
- posizionare la scialitica
- posizione il paziente in una posizione che garantisca la piena visibilità dell'area lesa, il comfort del paziente e dell'operatore
- rimuovere eventuali indumenti od oggetti che ostacolano il campo visivo dell'area di intervento

- detergere con acqua ossigenata diluita il sangue coagulato circostante l'area lesa evitando il contatto del liquido con la ferita
- praticare tricotomia se necessario
- smaltire il materiale utilizzato
- effettuare lavaggio antisettico delle mani
- indossare guanti puliti

Fase operativa

- ispezionare la lesione per rivalutare la sede e la tipologia della ferita per confermare l'eleggibilità al trattamento in S&T secondo le indicazioni
- effettuare il lavaggio a pressione della ferita mediante siringa da 20 ml con applicato ago cannula (19 G) utilizzando soluzione fisiologica o, nelle ferite più contaminate, soluzione di Iodio Povidone non alcolico in soluzione fisiologica all'1%; irrigare più volte.
- praticare la toilette della ferita asportando accuratamente eventuali corpi estranei
- disinfettare l'area circostante la lesione
- scegliere il metodo di sutura più appropriato:

1. *Cerotti*

Indicazioni:

- ferite rettilinee, superficiali, con poca tensione dei lembi, localizzate sulla faccia anteriore del tronco o nelle zone non articolari degli arti
- ferite superficiali potenzialmente infette nelle quali non si voglia creare un ambiente completamente chiuso
- ferite a lembo nella gamba nella persona anziana con cute distrofica; per accostare aree cutanee troppo sottili; per supportare anche il traumatismo del punto di sutura

Controindicazioni:

zone umide al di sopra di superfici articolari (ascella, pianta piedi e mani)

Vantaggi:

- elimina la necessità di anestetico
- riduce il traumatismo dei tessuti
- assenza di cicatrici da sutura
- non richiede la visita medica per la rimozione

Svantaggi:

- necessita di un'emostasi accurata
- ha minore resistenza rispetto alla sutura tradizionale

Tecnica di applicazione

- al fine di garantire una migliore e più prolungata tenuta della sutura è consigliato applicare un sottile strato di tintura di benzoino colloidale ai lati di entrambi i lembi; evitare il contatto del prodotto con la ferita; far asciugare per un paio di minuti
- scegliere le strisce di cerotto delle dimensioni più appropriate
- applicare i cerotti partendo dal centro della ferita e poi ai due estremi
- i cerotti vanno applicati perpendicolarmente ai margini cercando di farli avvicinare perfettamente, evitando che si sovrappongano
- nell'applicazione del singolo cerotto, iniziare posizionando un'estremità del cerotto sulla cute sana a distanza di almeno 2cm da un lembo: fatto aderire il cerotto con una leggera pressione della cute, si esercita una trazione sull'estremità libera avvicinando il lembo a quello opposto
- ottenuto la giustapposizione dei lembi si fissa la parte libera del cerotto sulla cute del lato opposto
- si possono applicare dei cerotti di rinforzo parallelamente ai lati della ferita

2. *Sutura chirurgica con ago e filo*

Indicazioni

- i punti possono essere applicati su ogni tipo di ferita comprese quelle che potrebbero essere trattate con gli altri metodi: la scelta dipende dalla valutazione del caso

Vantaggi

- i punti sono applicabili su qualsiasi tipo di ferita ed in ogni sede
- garantiscono una sicura tenuta della sutura, resistendo anche a piccoli traumi accidentali

Svantaggi

- i punti richiedono una certa manualità da parte dell'operatore
- è necessaria un'anestesia locale
- è necessario l'intervento di personale sanitario per la rimozione
- possono generare piccoli problemi estetici

Tecnica di applicazione

La tecnica è oggetto di specifico approfondimento in sede formativa;

- controllare l'efficacia dell'emostasi
- disinfettare di nuovo l'area
- rimuovere con acqua ossigenata il sangue coagulato circostante
- applicare la medicazione più opportuna

Cercare corpi estranei

- durante l'ispezione di una ferita contaminata da terra, ghiaia, asfalto, ecc. si deve eliminare quanto più possibile il materiale estraneo visibile mediante lavaggio ed asportazione diretta con pinze

- nel caso di piccole ferite multiple esplorando con le pinze bisogna cercare in ogni piccola lesione la presenza di frammenti estranei; in casi di dubbio consultare il medico per un'eventuale radiografia con quesito specifico

Controllare la vitalità dei lembi

Nelle ferite lacero-contuse i lembi si presentano talvolta ischemici e fortemente contusi, di colorito violaceo-bluastrò, sottili e/o sfregiati: è opportuno asportare con le forbici dei piccoli lembi di tessuti ed applicare i punti solo su tessuti ben perfusi e trofici

Istruzioni per il rinvio a domicilio

- terapia antibiotica da prescrivere in caso di "rischio infettivo" e in caso di morsi umani o animali (protocollo trasversale, vedi avanti)
- terapia analgesica da prescrivere (protocollo trasversale, vedi avanti)

Avvertenze per il paziente (eventuale foglio informativo)

Gentile signora, gentile signore, per il problema che l'ha portata alla nostra osservazione la invitiamo a seguire le raccomandazioni riportate:

- eviti di bagnare la medicazione fino alla rimozione della sutura o dei cerotti; eviti trazioni sulla ferita o grattamento
- nei primi giorni, nel caso di ferite agli arti, l'arto va tenuto in posizione sollevata
- effettui un cambio della medicazione ed un controllo della ferita suturata dopo 2-3 giorni per individuare eventuali segni di infezione; anticipi l'azione se la medicazione risulta sporca o se insorge dolore locale o febbre
- la medicazione può essere effettuata dal suo medico curante o da lei stessa/o
- dopo 7-8 giorni la ferita deve essere sottoposta a rimozione dei punti, azione eseguibile dal suo medico curante; se la ferita è stata trattata con cerotti, può rimuoverli lei stessa/o dopo 8-10 giorni
- è possibile che nei primi giorni la cicatrice tenda ad iperpigmentarsi a seguito di esposizione al sole, per cui eviti l'esposizione o utilizzi delle creme protettive sulla zona interessata
- la ferita solitamente guarisce con una formazione di una cicatrice

PROTOCOLLO: RIMOZIONE/SOSTITUZIONE SONDINO NASO-GASTRICO

Il posizionamento di sondino naso-gastrico (SNG) consiste nell'introduzione, con posizionamento provvisorio o permanente, di una apposita sonda nello stomaco per via transesofagea.

AREA TRIAGE

Modalità di presentazione al Triage

rimozione accidentale di SNG; ostruzione del SNG o cambio programmato.

Segnali di allarme

- presenza nota di varici esofagee e/o stenosi esofagea

AREA SEE AND TREAT

Attenzione

- in caso di lesione o sospetta lesione della colonna non inserire il sondino in posizione semiseduta e non far flettere la testa
- la presenza di sintomi respiratori (tosse, dispnea) durante l'introduzione del sondino può indicare un mal-posizionamento, soprattutto nei pazienti coscienti; nei pazienti incoscienti o con ridotto livello di coscienza questi sintomi potrebbero non essere ben riconoscibili
- il tempo di permanenza del sondino varia in base al motivo per cui è stato inserito ed al materiale del sondino; controllare sempre le indicazioni del produttore nelle schede tecniche
- lo spostamento del SNG dalla sede corretta aumenta il rischio di polmoniti *ab ingestis*; i pazienti più a rischio sono quelli con degenerazione cognitiva, confusi, agitati o in uno stato di incoscienza

Scopo

- proteggere le vie aeree
- garantire un adeguato apporto nutritivo/farmacologico

Materiali

- aspiratore
- sondini per aspirazione di varia misura
- acqua
- bicchiere di plastica
- cannuccia monouso
- lubrificante idrosolubile
- DPI
- siringa cono grande da 60ml
- SNG di varie misure
- sacca di raccolta
- cerotto anallergico
- fonendoscopio
- pinza
- contenitore per protesi dentaria

Interventi

Fase di preparazione

- lavaggio sociale delle mani
- se possibile, informare il paziente
- indossare DPI adeguati
- rimuovere, se presente, la protesi dentaria
- se possibile, chiedere al paziente di mettersi in posizione semiseduta
- misurare la lunghezza del sondino da introdurre (valutare distanza tra punta del naso ed orecchio e tra questo e processo xifoideo dello sterno) visionando le tacche distanziometriche del SNG

- esaminare il naso e scegliere la narice più pervia chiedendo al paziente, se collaborante, di inspirare chiudendo alternativamente una delle due narici
- informarsi dal paziente, se collaborante, di pregresse storie di deviazione o frattura del setto nasale; se non collaborante, chiedere ai familiari/accompagnatori o consultare eventuale documentazione clinica
- lubrificare la parte terminale del sondino

Fase operativa

- inserire il sondino in una narice
- quando il sondino è in orofaringe far flettere leggermente la testa del paziente in avanti chiedendogli, se possibile, di deglutire; è consigliabile far deglutire sorsi d'acqua attraverso una cannucchia e avanzare il sondino fino alla lunghezza precedentemente stabilita
- se il paziente manifesta conati di vomito durante la manovra e non si riesce a far avanzare il sondino, è possibile che questo si sia arrotolato in gola, per cui occorre ritirarlo indietro; successivamente va di nuovo spinto in avanti delicatamente fino a che non raggiunge l'esofago
- verificare il posizionamento tramite le seguenti azioni:
 1. Ispezione visiva di contenuto gastrico, preferibilmente iniettando con una siringa circa 30ml di aria nel sondino per liberarlo da eventuali tappi di muco o residui di cibo e quindi procedere all'aspirazione. Il secreto gastrico solitamente è verdastro, o incolore in sedimenti biancastri, in rari casi è giallo paglierino; oppure contiene evidenti residui alimentari.
 2. Insufflare circa 20ml di aria nel sondino ed auscultare tramite fonendoscopio il gorgoglio prodotto nell'epigastrio.
- assicurare il sondino con un cerotto anallergico alla narice del paziente, per esempio con il sistema "a cravatta"

Fase conclusiva

- riordino del materiale
- lavaggio sociale delle mani

Istruzioni per rinvio a domicilio

- invitare il paziente a seguire tutte le avvertenze che gli vengono fornite verbalmente o su un foglio delle Avvertenze

Avvertenze per il paziente (eventuale foglio informativo)

Gentile signora, gentile signore, per il problema che l'ha portata alla nostra osservazione la invitiamo a seguire le raccomandazioni riportate:

- verifichi quotidianamente il corretto posizionamento del sondino al naso
- segni con un pennarello il punto di fuoriuscita del sondino dalla narice
- verifichi il corretto posizionamento del SNG prima di ogni somministrazione di farmaci o fluidi, oppure ogni 12h in caso di nutrizione artificiale, controllando la posizione delle tacche di misurazione e valutando il contenuto del sondino e l'assenza di problemi respiratori
- provveda a lavare periodicamente (ogni 20h circa) il sondino con 30ml di soluzione fisiologica
- controlli/cambi il punto di fissaggio del sondino alla narice ogni 2-3giorni per evitare lesioni
- esegua 2-3 rotazioni e spostamento in avanti e indietro della testa ogni 12h circa per evitare aderenze dei fori di aspirazione del sondino alla mucosa
- garantisca un'adeguata umidificazione/pulizia della cavità orale
- lo spostamento del sondino dalla sede corretta aumenta il rischio di polmonite *ab ingestis*

PROTOCOLLO: INFEZIONE DEL TRATTO URINARIO INFERIORE

Le infezioni del tratto urinario inferiore (cistiti/uretriti) si manifestano tipicamente con disturbo isolato della minzione quale pollachiuria (aumento della frequenza delle minzioni), stranguria (dolore di solito urente che accompagna o segue la minzione), disuria (difficoltà alla minzione).

AREA TRIAGE

Modalità di presentazione al Triage

- bruciore/dolore ad urinare
- dolore/bruciore lungo il percorso uretrale (nell'uomo)
- pollachiuria
- impellenza urinaria, talora incontinenza da urgenza/sforzo (soprattutto nelle donne)
- dolore sovrapubico lieve

Segnali di allarme ed esclusione

- ematuria
- piuria
- riferiti rapporti a rischio
- presenza nota di patologia renale e delle vie urinarie
- febbre elevata > 38°
- forme recidivanti
- recenti traumi
- riferite violenze
- gravidanza in atto
- pazienti G6PDH-

AREA SEE AND TREAT

Conferma eleggibilità al percorso See and Treat.

Effettuare un'accurata anamnesi per riconoscerne l'eleggibilità al trattamento. Lo stick urine risulta positivo quasi solamente per presenza di globuli bianchi e nitriti.

Attenzione

- accertarsi dell'assenza di eventuali allergie a farmaci, in particolare antibiotici chinolonici
- utilizzare i chinolonici con cautela nei pazienti con pregressa storia di epilessia, miastenia gravis, insufficienza renale, donne in fase di allattamento o in gravidanza; effetti indesiderati dei chinolonici: nausea, vomito, dispepsia, dolore addominale, diarrea, cefalea, vertigini, disturbi del sensorio, rash cutanei

Scopo

- portare a guarigione l'infezione del tratto urinario

Interventi

- effettuare stick urine
- prescrizione di antibiotico

Istruzioni per rinvio a domicilio

Se il trattamento consigliato risulta inefficace, rivolgersi al medico curante per eventuale uricocoltura.

Avvertenze per il paziente (eventuale foglio informativo)

Gentile signora, gentile signore, per il problema che l'ha portata alla nostra osservazione la invitiamo a seguire le raccomandazioni riportate:

- non indossi indumenti troppo stretti
- astenersi da rapporti sessuali fino alla completa scomparsa dei sintomi della malattia
- bere nel corso della giornata almeno 6-8 bicchieri di acqua o prediligere bevande che possano acidificare le urine (es. spremuta di limoni)
- è preferibile evitare l'assunzione di caffè, tè, alcol e cibi piccanti in corso di cistite
- i pazienti con cistite/uretrite dovrebbero urinare frequentemente e favorire lo svuotamento completo della vescica
- contatti il suo medico curante o lo specialista di riferimento se:
 - compare febbre > 38°
 - si sviluppano dolori in sede renale o marcata astenia generalizzata
 - sopravvengono nausea, vomito o diarrea
 - problemi causati dai farmaci assunti

Oltre ai protocolli specifici per le singole problematiche gestibili nell'ambito del See and Treat, ne sono stati introdotti degli altri incentrati su problemi di trattamento che ricorrono continuamente nelle diverse situazioni cliniche. Sono stati definiti "trasversali", poiché affrontano aspetti comuni nelle varie aree patologiche. La loro elaborazione ha permesso di evitare la ripetizione delle stesse indicazioni nei protocolli operativi delle diverse aree e di limitarne la trattazione agli specifici disturbi affrontati in ogni protocollo.

Gli argomenti oggetti dei Protocolli Trasversali sono:

- **Dolore:** presente in molte situazioni cliniche, soprattutto di natura traumatologica; medici ed infermieri operano un'attenta analisi della sintomatologia dolorosa attraverso un accurato esame del paziente e

l'uso degli strumenti di oggettivazione del dolore, quali scale di valutazione VAS²⁹, NRS³⁰, NRS³¹, Face Pain Scale³², operando una sostanziale distinzione tra adulti e bambini.

- **Anestesia:** si è voluto rafforzare l'impegno generale a considerare il dolore un sintomo eliminabile o almeno alleviabile.
- **Profilassi antitetanica:** il protocollo di immunoprofilassi permette di somministrare correttamente una dose di vaccino o siero, a seconda della situazione di immunizzazione del paziente.
- **Terapia antibiotica:** è importantissimo indicare quale antibiotico utilizzare, sia come profilassi che come terapia; l'impiego di questi farmaci richiede necessariamente conoscenze approfondite sul piano delle indicazioni terapeutiche, delle controindicazioni, degli effetti indesiderati e avversi.
- **Applicazioni fredde:** è stato ritenuto opportuno inserire una delle prassi maggiormente diffusa nel trattamento di contusioni o traumi minori, perché l'applicazione del freddo deve essere eseguita seguendo delle modalità precise al fine di non generare effetti indesiderati.
- **Test gravidico di esclusione:** viene utilizzato in tutte le occasioni in cui, con il consenso del soggetto, sia clinicamente utile escludere una gravidanza.

²⁹ Visual Analogue Scale

³⁰ Verbal Rating Scale

³¹ Numeric Rating Scale

³² Di uso principalmente pediatrico

CONCLUSIONI

L'esperienza condotta in Toscana dimostra come i modelli organizzativi dell'assistenza possano essere modificati ed ampliati con successo e come la continua formazione rappresenti l'elemento chiave per la realizzazione di strategie finalizzate all'ottimizzazione delle risorse. Credo che non si possa rimanere indifferenti davanti all'incalzante crescita del sovraffollamento che sta coinvolgendo tutti i Pronto Soccorso d'Italia, incluso quello di Sassari, e tutto ciò che esso comporta.

Il See and Treat è definibile come il cambiamento che serviva, si è insinuato per mera necessità nella pratica e nella gestione, si è reso strumento di accrescimento per l'infermiere, di professionalità ed innovazione organizzativa. Non è un semplice percorso formativo, ma è anche un'opportunità per il cittadino e le organizzazioni che ricevono risposte adeguate alle mutate esigenze ed ai bisogni di salute, attraverso le competenze dei professionisti. L'infermiere, occupandosi delle patologie minori, migliora il livello di soddisfazione del paziente, permettendogli di tornare a casa in tempi molto più rapidi e determinando conseguentemente anche una maggiore disponibilità dei medici del Pronto Soccorso verso la presa in carico di problematiche più complesse.

In ambito di Pronto Soccorso, è stato un grande passo conferire all'infermiere la facoltà di riconoscere e classificare il motivo per cui un paziente accede alla struttura, ma questo non è stato assolutamente concepito come delegare a questa figura un atto esclusivamente medico, ossia quello di diagnosticare.

All'infermiere sono riconosciute delle competenze strettamente correlate all'interpretazione dei segni e sintomi in tempi brevissimi, guidata da protocolli e linee guida redatti anche da una commissione medica. Il Triage è stato la prima risposta istituzionale alla gestione degli accessi nei Pronto Soccorso, il See and Treat invece vuole essere un'evoluzione, un'estensione della prima: non ci si limita ad attribuire un codice di priorità, ma si determina lo specifico percorso che il paziente dovrà seguire durante la permanenza nel DEA.

Potrebbe sembrare un sogno utopico ed è sicuramente necessaria la collaborazione ed il supporto dell'istituzione politica regionale ed il sostegno dei medici al fine di poter realizzare tutto questo, ma soprattutto è fondamentale la forza di volontà degli infermieri più competenti.

BIBLIOGRAFIA

1. "Il Profilo Professionale dell'Infermiere" definito dal D.M. 14 Settembre
2. Rastrelli G., Cavazza M., Cervellin G. - *"Sovraffollamento in pronto soccorso."* - Emergency care journal 2010
3. Australasian College for Emergency Medicine, *"Access Block and Overcrowding in Emergency Department"* - 2004 April :
4. Modello concettuale di iperaffollamento in ED, da Asplin et al., *"A conceptual Model of Emergency Department Crowding in Annals of Em. Med."* - Agosto 2003;
5. Byrne G., Richardson M., Brunsdon J., Patel A., *"An evaluation of the care of patients with minor injuries in emergency settings."* Accid. Emerg. Nurs. - 2000;
6. Carter AJE, Chochinov AH. *"A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department."* Can J Emerg. Med - 2007;
7. Roselli A., Becattini G., Cappugi M., Francois C., Ruggeri M., *"See & Treat. Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso"* Giunti – 2012
8. *"Ratio Legis Anno 1, Numero 6"* Giulio Perrotta – Primiceri Editore 2016
9. Rogers T., Ross N., Spooner D., *"Evaluation of a See and Treat pilot study introduced to an emergency department."* Accid. Emerg. Nurs. – 2004;
10. Rosselli A., Francois C., Massai D., Becattini G. et al. *"Risultati della sperimentazione del See and Treat. Analisi dei dati e sviluppi futuri."* Toscana Medica - 2011
11. Horrocks S., Anderson E., Salisbury C., *"Systematics review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors."* BMJ - 2002

SITOGRAFIA

1. www.sanita24.ilsole24ore.com
2. www.salute.gov.it
3. www.sardegناسalute.it
4. www.ipasvi.it
5. www.nursingproject.it
6. www.gazzettaufficiale.it
7. www.wales.nhs.uk
8. www.ccm-network.it
9. www.regionetoscana.it
10. www.sintef.usl11.toscana.it
11. www.ordinemediciterni.it