



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**SEE AND TREAT:
MODELLO PER ABBATTERE IL
SOVRAFFOLLAMENTO OSPEDALIERO**

Relatore: Chiar.mo
Dott. Stefano Marcelli

Tesi di Laurea di:
Davide Mignini

Correlatore: Chiar.ma
Dott.ssa Tiziana Traini

A.A. 2020/2021

INDICE

Introduzione	1	
 Capitolo 1: PRONTO SOCCORSO		
1.1. Le Origini del Pronto Soccorso	2	
1.2. Triage.....	2	
1.3. Sovraffollamento.....	4	
 Capitolo 2: IL SEE AND TREAT		
2.1. See and Treat	6	
2.2. See and treat in Italia	8	
2.3 Formazione del personale.....	14	
 Capitolo 3: ANALISI DEI DATI E RISULTATI DELL'APPLICAZIONE DEL MODELLO SEE AND TREAT IN ITALIA.....		16
 Capitolo 4: TIMORE ATIPICO: ESPOSTO DELL'ORDINE DEI MEDICI.....		20
 CONCLUSIONI		24
BIBLIOGRAFIA		26
SITOGRAFIA		29
RINGRAZIAMENTI		30

INTRODUZIONE

Il See and Treat, nato in Inghilterra nei primi anni '80, è un modello assistenziale applicato nelle U.O. del Pronto Soccorso per garantire una risposta immediata, in autonomia da un infermiere opportunamente formato ed esperto, alle urgenze classificate come "minori".

Tale progetto pur essendo molto discusso e creando molti dibattiti avversi ancora tutt'ora aperti, è uno dei migliori modelli, come si è potuto evincere dalla letteratura e dei dati esaminati e citati di seguito, per prevenire e trattare l'overcrowding, il cosiddetto sovraffollamento, negli ospedali italiani.

In Italia la sperimentazione di questa nuova pianificazione nei dipartimenti di Emergenza si ha solo nel 2007 nella Regione Toscana promotrice di tale progetto, attuandolo dopo varie riorganizzazioni solo nel 2010.

L'obiettivo del seguente elaborato è dimostrare che è possibile ridurre notevolmente il sovraffollamento nel Pronto Soccorso Italiani determinato da un afflusso sempre maggiore, in questi ultimi anni, di utenti con problemi di salute minori che non permette di assisterli nella maniera adeguata e creando avvolte lunghe code di attesa, che potrebbero essere ridotte attuando tale modello, come attualmente si nota nella regione Toscana e in altri paesi del mondo garantendo delle prestazioni migliori agli utenti. Inoltre, come ultima ma non meno importante, si propone un miglioramento e una valorizzazione alla figura e alla professione infermieristica, sperando che il See and Treat sia un nuovo punto di partenza e rappresenti una nuova frontiera da raggiungere per la stessa professione.

CAPITOLO I

PRONTO SOCCORSO

1.1 LE ORIGINI DEL PRONTO SOCCORSO

In medicina il termine Pronto Soccorso indica l'unità operativa che raccoglie al suo interno l'insieme di interventi tempestivi e immediati, con lo scopo di salvaguardare la salute del paziente. L'obiettivo del pronto soccorso è quello di fare una prima diagnosi basandosi su una classificazione della gravità o rischio dei casi. "Negli ospedali regionali e provinciali il servizio di Pronto Soccorso è espletato da personale sanitario con organico proprio, sotto la diretta vigilanza della direzione sanitaria, ed è organizzato in modo da assicurare, attraverso il coordinamento con il servizio di anestesia, rianimazione e trasfusionali, nonché con le divisioni esistenti, l'efficienza polispecialistica, la continuità, la prontezza, e la completezza delle prestazioni." (DPR del 27 Marzo 1969 n 128 Art. 13). Molto tempo fa l'accettazione del paziente in Pronto Soccorso avveniva in base all'ordine di arrivo. Seguendo questo principio, però, pazienti con problemi di salute gravi dovevano fronteggiare un'attesa pari a pazienti con problemi di salute minori, o addirittura, rischiavano di riportare gravi danni in quanto non si agiva tempestivamente. Dunque questo metodo si dimostrò inappropriato.

1.2 TRIAGE

Per fronteggiare tale problematica, fu emessa il 27 marzo 1992 una legge basata sull'emergenza sanitaria locale e territoriale. Questa legge introduce il sistema di Triage all'interno dei Pronto Soccorso in Italia, il quale afferma che deve essere previsto in ogni dipartimento di emergenza come primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti.

Successivamente dalla stesura delle sue Linee Guida nel 1996, si evince che il triage debba essere "svolto da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio.", ampliando le competenze dell'infermiere, che conferma il proprio ruolo chiave a servizio del cittadino.

Il professionista del triage è quindi l'infermiere, che attraverso una formazione specifica, valuta la condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo attraverso l'attribuzione di una scala di codici colore che indica la priorità del trattamento che

permette di migliorare l'efficienza del servizio di Pronto Soccorso non solo in termini di tempistiche di attesa, ma anche di qualità di cure erogate.

Tale concetto viene successivamente ripreso ed integrato nelle nuove Linee Guida del 2001 con l'introduzione di una codifica colore, definendo la priorità con cui il paziente sarà visitato dal medico, basata sulla decisione dell'infermieristica formulata sugli elementi raccolti nelle fasi di valutazione. Secondo le linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero espresse dal ministro della salute, si assegna la codifica di priorità e tempi di attesa secondo il seguente schema

Tabella n.1 – Nuova codifica di priorità e tempi di attesa

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

Fonte: Ministero della salute "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero".Pag 9

Lo scopo del Triage si basa sulla presa in carico e gestione di tutti gli utenti che accedono al Pronto Soccorso che ormai è diventato la principale porta d'accesso al Servizio Sanitario a cui si rivolgono sempre più persone con bisogno di salute aumentano notevolmente negli ultimi anni.

Attraverso l'identificazione del paziente e l'attribuzione di una priorità è possibile garantire una riduzione dei tempi di attesa e del trattamento, diminuendo il sovraffollamento nel Pronto Soccorso pur mantenendo un'ottimizzazione dei processi di cura, rispettando i LEA, attenendosi ai protocolli definiti.

1.3 SOVRAFFOLLAMENTO

Il sovraffollamento (*overcrowding*), rappresenta uno dei maggiori problemi che incide sul normale funzionamento del Pronto Soccorso, condizionando l'erogazione di adeguate risposte sanitarie alla richiesta di assistenza dell'utente. Tale fenomeno è dovuto a fattori quali:

- Incremento demografico;
- Incidenza delle patologie legate all'invecchiamento della popolazione;
- Incidenza delle malattie croniche;
- Numero ridotto dei posti letto nei Pronto Soccorso;
- Ridotto numero complessivo di posti letto nelle rispettive unità di degenza, associato ad una riduzione progressiva del numero degli ospedali.

Tutto questo comporta delle conseguenze negative che partono da un incremento esponenziale del tempo di attesa, come citato dal Senato della Repubblica nel documento XVII n. 10 , nella seduta del 19 Aprile 2011, che rivela dati sconvolgenti con i 241 minuti d'attesa media nei dipartimenti di emergenza e accettazione, con una punta di 451 minuti in Abruzzo; e una ridotta efficacia dei processi di valutazione e trattamento degli utenti che si rivolgono al Pronto Soccorso con risvolti avversi anche sul piano assistenziale da erogare.

Tale condizione, infatti, costituisce una delle circostanze nelle quali più frequentemente si possono verificare degli eventi non desiderati, intesi come danni involontariamente procurati ai pazienti.

Per arginare questo fenomeno, sono state redatte delle scale di valutazione del sovraffollamento che sono il: Real-time Emergency Analysis of Demand Indicators (READI); l'Emergency Department Work Index (EDWIN); il National Emergency Department Overcrowding Study (NEDOCOS) Scale 28 e l'Emergency Department Crowding Scale (EDCS).

Ciascuno score di valutazione relativo alle scale, si basa su formule matematiche di complessità variabile che comunque richiedono la disponibilità di rilevazione informatica in real-time di comuni parametri, come il calcolo del tempo di attesa tra la valutazione di triage e l'ingresso ai box, la durata del periodo di permanenza nel Pronto Soccorso e il numero complessivo dei pazienti in carico. Pertanto, tali parametri risultano di per se, variabili e soggettivi.

A causa di tutte queste limitazioni dei sistemi di rilevazione attualmente in uso nei Pronto Soccorso Italiani, appare fondamentale introdurre altre metodiche di valutazione, per la risoluzione di tale fenomeno riguardanti l'implementazione di determinati servizi offerti all'utenza:

- Ambulatorio codici bianchi/PPI/PTA;
- Guardie mediche;
- See and treat;
- Fast track

CAPITOLO II

2. SEE AND TREAT

Il see and treat, letteralmente “guarda e tratta”, consiste in un nuovo modello prettamente infermieristico nato in Inghilterra nei primi anni '80, per dare una risposta efficace al sovraffollamento dei pronto soccorso inglesi.

Secondo la letteratura inglese uno dei primi ospedali ad utilizzare questa metodologia fu a Kettering nell'unità operativa di emergenza, in cui gli amministratori delegati dell'ospedale convocarono medici e infermieri con esperienza e al termine della loro carriera lavorativa, ai quali affidarono casi di rilevanza minore da gestire in maniera autonoma; a questi veniva somministrato tempestivamente il trattamento e dimessi, in maniera tale da diminuire i tempi di attesa della stessa unità operativa.

La notizia si espanse in tutta l'Inghilterra, sfruttando come cassa di risonanza i mass media che misero in buona luce la tipologia di trattamento con cui l'ospedale fronteggiava il continuo e preoccupante sovraffollamento.

D'altro canto, però, in contrapposizione ad essi si schierarono numerosi scienziati e studiosi che, per mancanza di dati scientifici e matematici certi, non riscontravano ciò nella realtà. Successivamente fu condotto uno studio a riguardo (T. Rogers et al, 2004). Furono raccolti dei dati dall'ospedale di Hills Road di Cambridge; il risultato che ottennero fu che il numero di utenti che si rivolgevano al pronto soccorso aumentò esponenzialmente, di circa il 16%, nell'ultimo decennio.

Evidenziarono che il 75% dei pazienti che frequentavano il pronto soccorso presentavano lesioni e/o malattie di entità minori, i cui tempi di attesa prolungati dipendevano dalla necessità di trattare casi più gravi. Tali dati, quindi, hanno portato a galla la necessità di un cambiamento nel sistema della presa in carico e del trattamento dei pazienti, all'interno di queste unità operative. Confrontando le liste di attesa delle due settimane prima dell'utilizzo del see and treat e le successive tre, si ci trovò di fronte ad un dato sorprendente:

- La percentuale dei pazienti trattati entro un'ora era salita dal 63% al 90% - La percentuale dei pazienti dimessi entro un'ora era slittata dal 16% al 41%.

- L'attesa media dall'essere assistiti da un medico o da un infermiere scese dai 56 ai 30 minuti. In sintesi dunque, il reparto aveva guadagnato del tempo medio che, mentre prima si aggirava attorno ad 1 ora e 39 minuti, adesso era di circa 1 ora e 17 minuti.

Seguendo delle revisioni bibliografiche degli articoli pubblicati fino ad oggi sulla banca dati Pubmed (Mengoni e Rappini 2007), si evince come gli accessi con urgenza minore (quindi delegabili al percorso See and Treat), nei diversi paesi del mondo sia: tra il 9% e il 54,1% negli Usa, in Canada tra il 25,5 e il 60%, e in Europa tra il 19,6% e il 40,9%.

In molti di questi paesi, negli ultimi anni, per contrastare questo continuo sovraffollamento del Dipartimento di Emergenza, sono state adottate diverse strategie che possono essere raggruppate sostanzialmente in due macroaree: la prima, prevede la riorganizzazione delle cure primarie al fine di trattare le urgenze minori nel territorio; la seconda, consiste nella riorganizzazione del Dipartimento di Emergenza.

Alla luce di ciò, nel resto del mondo, dalla revisione della letteratura (Leanne H Fowler, Jessica Landry at al. 2019) sono emersi tre temi principali per affrontare tale problema:

- Nascita di modelli di gestione degli accessi non urgenti e relativa organizzazione nei Dipartimenti di Emergenza;
- Ruoli, abilità e formazione degli Infermieri di Emergenza
- Nascita dell' *Emergency Nurse Practitioner (ENP)*, e valutazione della sua efficacia.

Nel sopraelencato schema il primo e ultimo punto sono direttamente proporzionali dato che dalla nascita del primo scaturisce la creazione di una nuova figura professionale, appunto, il Nurse Practitioner.

Il *Nurse Practitioner* è un professionista a tutti gli effetti, in Australia per fare un esempio, ma del resto in quasi tutti i paesi del mondo, è stato riconosciuto dall'ordine degli infermieri, pertanto riconosciuto dalla legge.

Da un punto di vista formativo è obbligatorio frequentare un master di primo livello scientifico universitario specifico e almeno 4 anni di esperienza lavorativa. In Australia questo infermiere specializzato esiste già dal 2007! (Currie at al., 2007).

In USA invece quest'ultimo può diagnosticare e prescrivere farmaci in autonomia, (Cooms, 2015)

Il datore di lavoro dal NP si aspetta che riesca a prendersi cura di una vasta molteplicità di pazienti anche complessi. E che abbia formazione per poter eseguire procedure quali sutura, lettura di referti di raggi X, ed essere competente, ad esempio, di gestire una frattura.

Nel resto del mondo il See and Treat non è stato contrastato, ma bensì ha creato dei nuovi percorsi formativi e così facendo ha portato la nostra professione ad un livello più complesso ed evoluto.

2.1 SEE AND TREAT IN ITALIA

Partendo dal 2007, l'unica regione che ha avviato in via del tutto sperimentale il modello del "see and treat" è stata la Toscana, con la Delibera n 958 del 17 Dicembre 2007, entrata in vigore con la Delibera n 449 del 31 Marzo del 2010. Con la seguente delibera la regione Toscana chiedeva:

1. La creazione di un percorso diverso da quello del pronto soccorso, per il trattamento delle urgenze minori (ovvero il percorso see and treat).
2. L'introduzione della professionalità infermieristica, adeguatamente formata, per la gestione di alcune patologie ritenute appropriate al seguente trattamento.
3. L'accrescimento della funzione di triage affinché, oltre ad individuare le consuete priorità, sia possibile indicare anche un percorso professionale differenziato all'interno dell'Area attribuendo alla competenza infermieristica, per alcune tipologie d'urgenza, l'invio del paziente allo specialista attraverso un percorso facilitato (percorsi Fast Track).

Bisogna però precisare che finora si è presentato il modello "See and Treat" in maniera prettamente teorica; si è parlato della sua origine, delle sue caratteristiche, del ruolo che riveste l'infermiere e della sua preparazione. Adesso però, per semplificare e per entrare meglio nel vivo di questo concetto, è opportuno riportare un esempio concreto di come è strutturata un'ipotetica giornata in un ospedale italiano con tale procedura. Per l'esattezza, si prende come punto di riferimento la Regione Toscana, poiché è stata la prima ad aver importato ed emulato il modello inglese. Di conseguenza, non solo è una delle poche regioni ad averlo adottato, ma rispetto a quello inglese ne ha migliorato l'efficienza e l'organizzazione, per quanto riguarda la pianificazione in Italia, favorendone un maggior potenziamento.

Come già precedentemente trattato, il See and Treat viene erogato in uno specifico ambulatorio situato nelle immediate vicinanze del pronto soccorso e lo si differenzia da quest'ultimo non solo per la localizzazione, ma anche dal fatto che l'ingresso in questa struttura è concesso solo nell'arco delle dodici ore diurne, e che offre l'assistenza di un proprio personale esperto.

L'accesso a tale servizio e dunque la presa in carico del paziente da parte dell'operatore sanitario avviene sostanzialmente in due modi nel Pronto Soccorso attraverso:

- accettazione
- triage

A ciascun paziente viene assegnato un codice colore di priorità del trattamento.

I codici colori che consentono l'idoneità a tale percorso sono il:

- bianco
- verde
- azzurro

Se l'ospedale offre la possibilità di tale servizio, ovvero adotta il modello See and Treat, il paziente una volta ottenuto il codice colore, verrà preso in carico dal personale dell'ambulatorio citato sopra.

Ovviamente, dato che è presa come esempio la Regione Toscana, presenterà, questa organizzazione.

Successivamente, dopo essere entrato nella struttura, il primo operatore libero avrà cura di raccogliere tutta l'anamnesi remota del paziente (valutando dunque eventuali allergie o patologie) e di conseguenza, valuterà la presa in carico o meno del paziente.

Nello specifico, l'infermiere dovrà valutare se ci siano dei criteri di esclusione, oppure dei segnali che consentano al paziente di uscire da tale percorso per andare in quello tipico e conosciuto da tutti del pronto soccorso, ed essere dunque seguito più accuratamente dal medico.

Nel caso in cui non sia necessario tornare in PS, l'infermiere avrà l'incarico di trattare eventuali ferite, lussazioni, etc; se non vi è nessun rischio, quest'ultimo potrà autonomamente dimettere il paziente.

Naturalmente si evince che l'infermiere potrà trattare solo alcune condizioni cliniche e sintomi, e si dovrà inoltre attenere ai protocolli e alle procedure disposte dalla regione Toscana.

Di seguito si cita una tabella dove vengono approfondite e definite tutte le condizioni cliniche che verranno trattate con il "See and Treat". Sono state escluse le affezioni dell'apparato nervoso, vascolare e respiratorio, dato che tali condizioni cliniche richiedono un approfondimento maggiore.

Ad oggi le patologie trattate sono:

TIPOLOGIA	MOTIVO DI PRESENTAZIONE
Oftalmologiche	Ecchimosi periombelicale
	Congiuntivite
	Corpo estraneo congiuntivale
	Corpo estraneo corneale
	Edema proibitale e congiuntivale
	Emorragia sottocongiuntivale
	Cheratocongiuntivite da ultravioletti
	Irritazione da lenti a contatto
	Lente a contatto dislocata
	Patologie palpebrali e annessi
ORL	Tappo di cerume
	Otite esterna (orecchio del nuotatore)
	Otite media
	Corpo esterno nell'orecchio
	Scissione lobo dell'orecchio
	Epistassi pregressa
	Corpo estraneo nel naso
	Sinusite e rinite
	Faringite e altre flogosi minori
Odontostomatologiche	Dolore articolare
	Temporomandibolare
	Lussazione abituale della mandibola

	Ulcera afosa
	Herpes simplex della bocca
	Gengivite
	Candidosi orale
	Cheilite angolo della bocca
	Lingua arrossata
	Edema dell'uvula
	Dolore dentario dopo estrazione
	Dolore dentario generico
	Stomatiti
Toracopolmonari	Raffreddamento prime vie aeree
	Costocondrite
Gastroenterologie	Singhiozzo
	Ingestione di corpo estraneo
	Chiamata al centro antiveleni
	Vermi intestinali
	Dolore emorroidario
	Stipsi cronica
	Dispepsia
	Gastroenterite non complicata
Urologiche	Cistite
	Urine colorate
	Uretrite
	Herpes genitale
	Ritenzione urinaria (cateterismo vescicale)
Ginecologiche	Dolore mestruale
	Test gravidici di esclusione
Muscoloscheletriche	Colpo di frusta cervicale

	Torcicollo
	Lombalgia acuto
	Fibromialgia
	Artrite acuta mono articolare
	Contusioni minori
	Storta del piede
	Effusione traumatica
	Neuropatia radiale
	Intrappolamento del nervo radiale
	Tenosinovite del pollice
	Dislocamento del dito
	Rottura del tendone plantare
	Frattura del dito
	Sintomatologie altiche osteo-articolari
Tessutali	Lacerazione semplice
	Avulsione superficiale della punta del dito
	Rimozione di anello
	Ematoma o ecchimosi subungueale
	Corpo estraneo sotto l'unghia
	Infezione della base ungueale
	Medicazione delle dita
	Rimozione di amo da pesca
	Traumatismi e abrasioni da tatuaggi
	Morsi
	Profilassi antitetanica
	Ferita per brevi suture
	Punture da animale marini e insetti
	Contusione
	Ferite superficiali da non suturare
	Rimozioni di punti
	Abrasioni

Dermatologiche	Dermatiti da contatto
	Ustioni solari
	Ustioni a medio spessore
	Geloni
	Puntura di ape/vespa
	Corpo estraneo nella pelle
	Puntura da punta di penna
	Corpo estraneo nel sottocute
	Granuloma piogenico
	Intrappolamento nella lampo
	Herpes simplex
	Orticaria moderata entità
	Lesione dermatologica pruriginosa
	Pediculosi
	Alopecia
	Eritema da bavaglino
	Verruche
	Foruncoli
	Cisti sebacee
	Idrosoadenite
	Cisti pilonidale
	Unghia incarnita
ALTRO	Prurito isolato
	Rialzo pressorio asintomatico
	Ansia.

2.2 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Dopo l'avvio della sperimentazione, nella delibera, sono stati sottolineati i requisiti che un professionista infermiere deve avere per far parte del progetto S&T. Infatti, per trattare in maniera del tutto autonoma le patologie trattabili, si necessita di un'adeguata formazione e cooperazione tra tutti i professionisti. A favore di questa autonomia che da molti è vista in modo negativo, vale la pena ricordare il continuo crescere e perfezionarsi delle competenze che negli ultimi venticinque anni ha ottenuto l'infermiere professionista.

A tal proposito si sottolinea che nell'esercizio di ogni attività infermieristica sono riconosciuti, secondo la legge n°42 del Febbraio 1999 tre criteri guida:

- il profilo professionale;
- il codice deontologico;
- la formazione base post-base;

E due criteri limite:

- la professione del medico;
- le altre professioni sanitarie.

Dunque, tornando al discorso precedente e al nuovo ruolo dell'infermiere in questo sistema, benché abbia una nota positiva ossia maggiore affermazione della propria figura, per quanto riguarda invece la sua formazione, necessita di ulteriori requisiti che bisogna soddisfare e che sono riportati nella sopra citata giunzione.

Tale procedura prevede:

- Per chiunque entri a far parte di questa nuova gestione del pronto soccorso, è importante sottolineare che non tutti gli infermieri possono accedervi, ma solo coloro che operano all'interno del Pronto Soccorso da almeno 3 anni, dunque con maggior esperienza in campo lavorativo e che inoltre abbiano acquisito tutte le competenze del triage.
- Una volta individuato il campione di infermieri selezionati, ovvero muniti di maggior esperienza, lo step successivo prevede la partecipazione ad un percorso formativo obbligatorio che si divide in 3 moduli, per un totale di 350 ore.

All'interno di questi, vengono appresi i criteri su come discriminare i pazienti che possono essere trattati con il See and Treat, le varie procedure da attuare, i protocolli e le linee guida che devono essere prese in considerazione e ai quali ogni professionista infermieristico deve attenersi nello svolgere le proprie attività.

In definitiva, il seguente percorso formativo ha una durata complessiva di 6 mesi e al cui termine sono previste tre prove di tipo orale e pratiche su come comportarsi nel percorso see and treat davanti ad una commissione composta da docente medico e infermieristico, tutor infermieristico e un segretario formalmente incaricato.

CAPITOLO III

ANALISI DEI DATI E RISULTATI DELL'APPLICAZIONE DEL MODELLO SEE AND TREAT IN ITALIA

Alessandro Rosselli è direttore del dipartimento di emergenza-urgenza dell'agenzia sanitaria di Firenze. Da molti anni si occupa dello sviluppo della medicina di emergenza ed è responsabile del gruppo per i miglioramenti del pronto soccorso della regione Toscana. Il progetto di sperimentazione è iniziato il 10 novembre 2010 ed è terminato a maggio per un totale di sei mesi in sei pronto soccorso, selezionati in base al numero di accessi (<25.000).

I pronto soccorso, sedi di sperimentazione, sono stati:

Area Vasta Nord-Ovet: Livorno e Pontedera;

Area Vasta Centro: Firenze, Santa Maria Annunziata e Prato;

Area Vasta Sud-Est: Grosseto e Poggibonsi.

Nel periodo di sperimentazione i sei pronto soccorso hanno visto oltre 156.958 utenti di questi 116.035 sono arrivati in pronto soccorso in orario diurno, all'interno della fascia di apertura del See and Treat.

I casi trattati nel percorso See and Treat rappresentano 6,37% di tutti i pazienti che hanno avuto accesso nella fascia 8-20.

Dei 66.752 pazienti valutati al triage con codice verde-azzurro-bianco, 7387, pari all'11% è stato assegnato al percorso See and Treat.

Di questo 11%, il 15% è rappresentato da codici bianchi, il 57% da codici azzurri e il 28% da codici verdi. Se si considerano solo i codici minori (bianchi e azzurri), si rileva che questi hanno rappresentato il 29% di tutti gli accessi bianchi-azzurri, nella fascia oraria di attività del See and Treat.

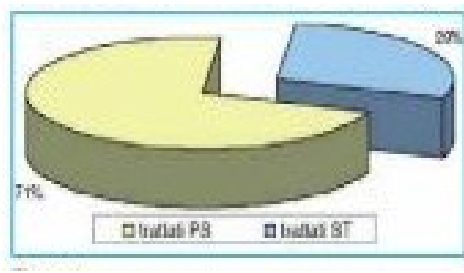


Figura n°1 percentuale dei casi trattati con il See and Treat

Dei 7.387 casi, la patologia traumatologica ha rappresentato di gran lunga la patologia maggiore.

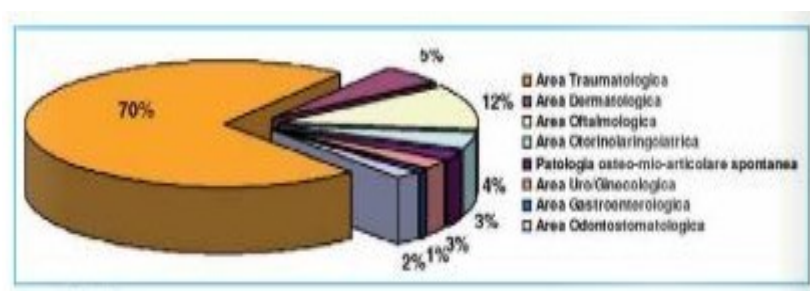


Figura n°2 rappresentazioni delle aree trattate dal seguente metodo

L'analisi dei tempi di attesa della metodica del See and Treat rispetto al percorso tradizionale, evidenzia una netta e significativa diminuzione delle attese per tutti i casi trattati nell'ambulatorio See and Treat.

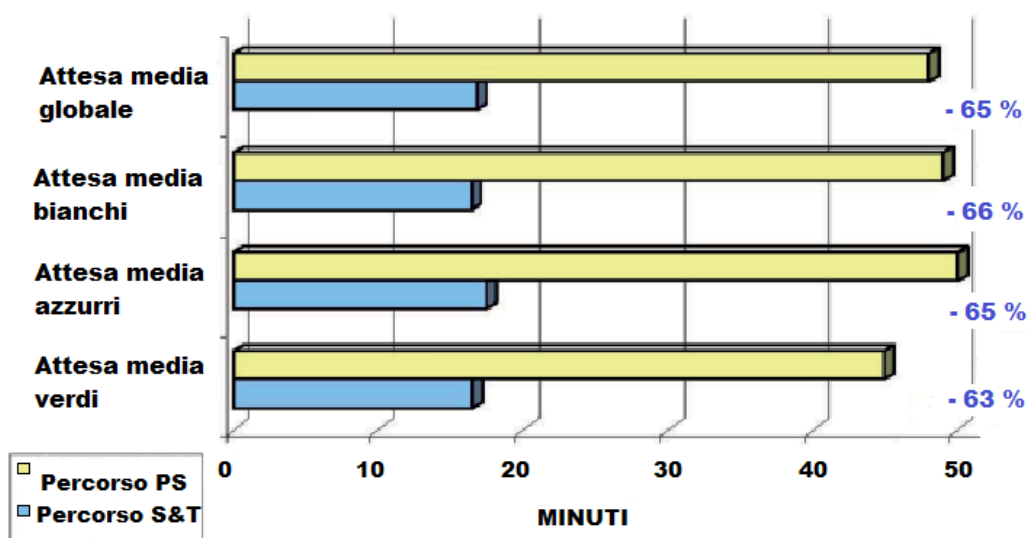


Figura n°3 Percentuale dei tempi di attesa medi in Pronto Soccorso

Durata attesa	N. Accessi	% Accessi
0-2 min	279	19.9%
2-5 min	446	31.8%
5-15 min	451	32.2%

Figura n°4 Tempi di attesa espressa in percentuale in riferimento ai numeri di accessi nelle sedi di sperimentazione della regione Toscana.

Nella fase di sperimentazione non sono stati documentati reingressi spontanei per persistenza o complicità del motivo di accesso, non si sono verificati eventi avversi, non si sono ricevuti reclami formali.

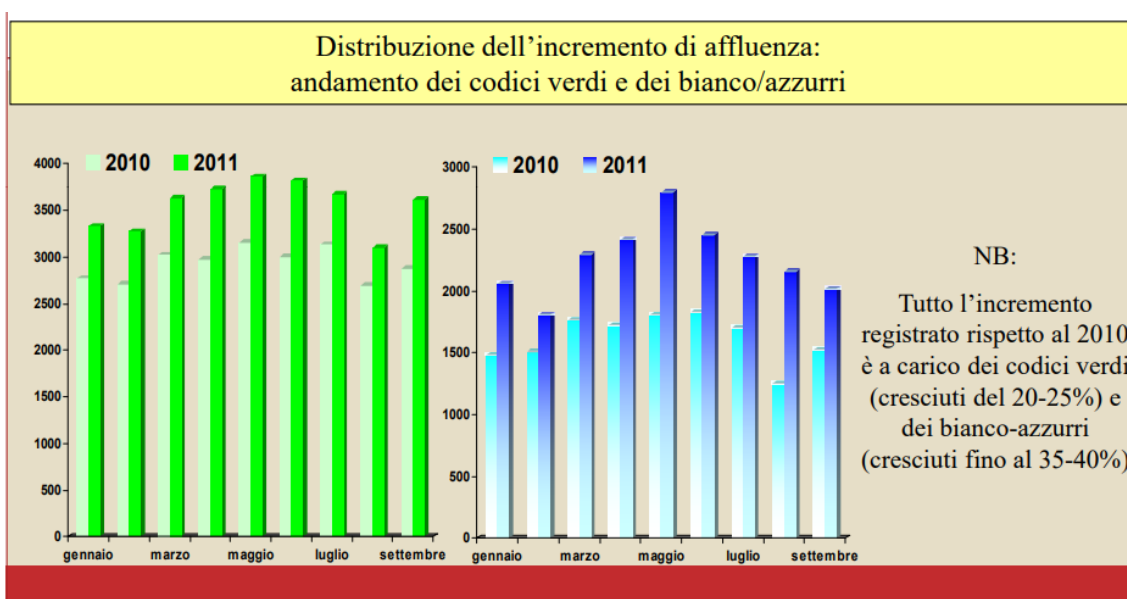


Figura n°5 Distribuzione dell'incremento di affluenza dei codici verdi, bianchi e azzurri.

Considerando specificatamente una determinata zona, ad esempio l'Area Vasta Sud-Est, i numeri di tutti gli accessi al pronto soccorso nell'anno 2014 corrispondono a 57.508 di cui sono stati possibili trattare tramite il metodo del See and Treat 4002 equivalente a una percentuale del 6.95% dei casi. Procedendo a un'analisi più dettagliata si evince dal sito regionale della Toscana che nel mese di Gennaio del 2015 tra i 5.135 di accessi al pronto soccorso ben 410 pazienti sono stati valutati tramite il See and Treat, pertanto un 7.98% dei casi. Si può dedurre un notevole aumento della percentuale dei casi trattati tra l'intero anno del 2014 al solo primo mese del 2015. (vedi figura)

Nel 2015 il PS di Poggibonsi ha registrato 27.690 accessi, con trend in aumento confermato anche nel 2016; ben 17.440 casi di entità minore sono stati trattati con il metodo S&T.

Gli studi più recenti si riferiscono all'anno 2019 nel Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero Misericordia di Grosseto dove gli accessi complessivamente registrati sono 62.655. Dei casi a minore complessità assistenziale e potenzialmente eleggibili al trattamento con un percorso S&T, trattati e conclusi dall'infermiere, sono stati 3408: in termini percentuali il 23,5% delle problematiche minori. Di questi le cinque prevalenti problematiche di accesso sono state: "*Ferite multiple*", con una percentuale del 18,22% (622 casi), "*Iperemia della congiuntiva*" con una percentuale di 12,35% (421 casi), "*congiuntivite*" con il 7,63%," *corpo estraneo nell'occhio*" con il 6,19% e "*abrasione della cornea*" con il 5,96%.

Con l'analisi dei dati forniti è possibile evidenziare che il metodo S&T si conferma essere il candidato necessario ed efficace per la presa in carico dei problemi minori con infermieri disponibili che seguano un appropriato percorso formativo, abbattendo, come si è potuto notare dai grafici e dati precedenti la permanenza negli spazi del pronto soccorso con una notevole riduzione dell'*overcrowding*.

Nel dettaglio attraverso questi dati forniti dalla regione Toscana e svolti nel 2019 è stato dimostrato: la riduzione dei tempi di attesa (~22 minuti), di permanenza al DEA (~ 52 minuti), e la riduzione degli allontanamenti spontanei del 0,3%.

CAPITOLO IV

4. TIMORE ATIPICO: ESPOSTO

DELL'ORDINE DEI MEDICI

L'avvio della sperimentazione suscitò molto scalpore e clamore in Italia, soprattutto da parte dei mass media e dall'ordine dei medici e chirurghi. Questi ultimi rivendicavano un abuso di professione medica ed esprimevano il loro scetticismo sulla legittimità del modello See and Treat da parte degli infermieri.

A seguito di ciò, nell'Ottobre del 2010 l'ordine dei medici di Bologna, rappresentati dal loro presidente, Giancarlo Pizza presentò un esposto presso il tribunale di Firenze in cui, in linea di massima, si esprimeva la propria opposizione verso le iniziative della regione Emilia Romagna, la quale, seguendo il trend della regione Toscana, chiedeva l'ampliamento delle funzioni della professione infermieristica in triage.

La SIMEU (Società Italiana Medici d'Emergenza-urgenza), prese le distanze da tale esposto dei medici di Bologna, affermando che tale posizione “metteva in crisi l'attuale assetto organizzativo dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, 118 e Pronto Soccorso [...]; mette in crisi la sicurezza del cittadino rispetto ad una sua tempestiva presa in carico da parte del personale infermieristico nelle situazioni di emergenza-urgenza; mette in crisi l'identità professionale degli infermieri che operano nei servizi di emergenza-urgenza non riconoscendo il ruolo fondamentale che da anni gli infermieri hanno assunto nel rispondere ai bisogni di salute dei cittadini; vanifica i tentativi di collaborazione interprofessionale medico-infermiere oggi più che mai necessari nel settore dell'emergenza-urgenza, anche per il perdurante e progressivamente crescente problema del sovraffollamento” (SIMEU, 13 novembre 2010).

Si sottolinea inoltre, quanto disposto dal D.P.R. del 27 marzo 1992, dalla Legge n. 42/1999, dalla Legge n. 251/2000, nei quali la SIMEU attribuisce agli infermieri un ruolo primario nel soccorso territoriale e nel triage di Pronto Soccorso.

Le norme citate individuano, nel loro complesso, un ambito proprio, e pertanto esclusivo, di competenza infermieristica ed un ambito collaborativo con le altre professioni sanitarie. Il già citato D.M. n. 739/1994 all'Art. 5 specifica che la formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica deve essere intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle

capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche in diverse aree:

- sanità pubblica
- pediatria
- salute mentale
- geriatria
- area critica

È necessario, a questo punto, stabilire se le funzioni attribuite all'infermiere di "See and Treat" rientrino nell'ambito di competenza e quindi di autonomia della professione infermieristica, per verificare se sussistano o meno le condizioni di esercizio abusivo della professione medica.

La Suprema Corte di Cassazione ha avuto modo di precisare che: "solamente una fonte normativa può consentire a soggetti diversi da quelli esercitanti la professione di medico interventi invasivi sulla sfera corporale, sulla base di un ragionevole riconoscimento di competenze tecniche e professionali" e continua dicendo:

"L'esercizio abusivo di professione è un reato previsto dall'Art. 348 del Codice Penale, che si configura come una cosiddetta norma penale in bianco, presupponendo l'esistenza di altre norme giuridiche che regolino l'esercizio professionale. Nell'attuale contesto normativo italiano non esiste alcuna norma giuridica che definisca in modo preciso il cosiddetto atto medico, di conseguenza il confine tra atto medico e atto infermieristico deve essere individuato in relazione alla formazione di base e post-base ricevuta dal singolo professionista (Benci, 2008). Da ciò deriva la necessità di predisporre uno specifico percorso di formazione e di certificazione delle competenze dell'infermiere di "See and Treat". Tale dissenso sulla concretizzazione di codesto modello dilaga anche nella regione Lazio dove dei medici si opposero all'apertura di tali ambulatori.

Prendendo per esempio il successo della sperimentazione avviata in Toscana, la regione Lazio con la determinazione n. 384 del 20 marzo dello stesso anno, aveva disposto la "attivazione ambulatori infermieristici sul modello anglosassone see and treat".

I motivi secondo l'accusa, per il quale i medici chiedevano l'annullamento di tale determinazione risiedevano sulle seguenti censure:

- l'assenza, né vicinanza dei medici da tali ambulatori.
- tale modello risultano delegare alla diagnosi e alla cura degli infermieri alcune complicate patologie di competenza esclusiva dei medici.
- il medico non può ratificare a posteriori il giudizio valutativo e poi terapeutico dell'infermiere, poiché la legge lo ritiene responsabile solo degli atti compiuti solo sotto la sua supervisione.

Il tar Lazio respinse tali accuse con la sentenza 10411/2016 pubblicata il 19 ottobre considerando infondate le motivazioni esposte dal **FNOMCeO** poiché:

- al servizio si accede dopo il passaggio per il “triage”, svolto da personale infermieristico con il compito di definire la priorità di cura sulla base delle necessità fisiche, di sviluppo psicosociali, sulla base di fattori che determinano il ricorso alle cure e compatibilmente con l'andamento del flusso all'interno della struttura”. E se fino dal triage del paziente, è impegnato personale infermieristico che lo classifica secondo un codice di priorità assistenziale, l'obiezione secondo i giudici è contraddittoria nella contestazione della capacità e della competenza con il correlato livello di responsabilità che incombono agli infermieri assegnati al servizio See and Treat;
- La responsabilità dell'infermiere è confermata dalla Cassazione penale che osserva come anche “L'infermiere del pronto soccorso adibito ad attribuire i codici di priorità (c.d. “triage”) risponde di omicidio colposo qualora il paziente muoia per un ritardato intervento indotto da una sottovalutazione dell'urgenza del caso” (Cassazione penale, sezione IV, 1 ottobre 2014, n. 11601);
- Il modello See&Treat prevede che fino dalla individuazione dei casi più urgenti rispetto a quelli minori vi provveda personale “indifferentemente rispetto alla professionalità medica e infermieristica” che può essere compensata dalla notazione che il sistema inglese da cui il modello deriva prevede che il personale dell'area See and Treat sia costituito “dagli operatori più esperti e che comunque abbiano ricevuto una formazione specifica per la patologia di competenza”;
- Il processo formativo degli infermieri ha avuto l'obiettivo “di implementare l'appropriatezza clinica/assistenziale/organizzativa e di creare un modello omogeneo per migliorare le prestazioni erogate nell'area Emergenza/Urgenza attraverso lo sviluppo e la certificazione di competenze del personale infermieristico

per la valutazione e il trattamento della casistica con problemi di salute minori”. E ha anche precisato che alcuni percorsi formativi sono stati integrati da specialisti;

- Dove il paziente rientra in uno dei casi elencati dall’atto che non possono essere assistiti nel See&Treat viene mandato al Pronto Soccorso ordinario, come pure oltre precisato dalla memoria dell’Asl;
- Nel caso in cui si individui la necessità di una preventiva visita medica il paziente viene immediatamente trattato dal medico specialista competente presso il Pronto Soccorso;
- Che agli infermieri non sia attribuita la funzione di diagnosi della malattia si desume dalla stessa delibera dove non si parla mai di questa funzione, ma esclusivamente di “discriminazione iniziale tra casi urgenti e casi non urgenti”, così come effettuato nel triage di un Pronto Soccorso “ordinario” e di cura dei codici bianchi in base all’elenco delle patologie minori individuate dalla stessa delibera;
- La competenza degli infermieri è espressamente prevista dalla legge 251/2000, che all’articolo 1 dispone che : “Gli operatori delle professioni sanitarie dell’area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell’assistenza”.

Non si fece attendere neppure nel 2016 la risposta de parte della presidente nazionale FNOPI (ex IPASVI), Barbara Mangiacavalli, la quale dichiarò: «Le guerre di posizione tra professioni, le minacce giuridiche e gli attacchi mediatici non servono a nessuno, né ai professionisti né ai pazienti e alla migliore organizzazione dei servizi. Meglio sarebbe sedersi a un tavolo e concordare le soluzioni migliori salvaguardando e, anzi valorizzando, le peculiarità di entrambi le professioni. Il See and Treat è un percorso chiaro e senza equivoci, che non può generare rischi per i pazienti, ma al contrario abbatte interventi impropri, liste di attesa, code ai pronto soccorso (evitando l'afflusso di circa il 70% dei codici bianchi inappropriati). È un tassello del nuovo modello che dovrà caratterizzare il Servizio Sanitario Nazionale».

Tale dibattito che è tutt’ora ancora presente comporta un ritardo sull’approvazione e realizzazione di tale modello negli ambienti ospedalieri di tutta Italia.

CONCLUSIONI

In conclusione, il modello di assistenza infermieristica “See and Treat”, nato dall’esigenza di fornire cure a pazienti con ridotta acuità in maniera rapida, non è sinonimo di superficialità, ma ottimizza i tempi agendo in maniera efficiente, in quanto:

- riduce il tempo di attesa che i pazienti sono costretti tutt’oggi a subire nell’unità di Pronto Soccorso;
- fornisce una risposta immediata ai bisogni degli utenti.

Lo studio svolto nell’elaborato ha dimostrato come questa metodologia rappresenti una strategia valida e sicura per evitare, o anche solo ridurre, l’*overcrowding* nel Dipartimento d’Emergenza. Per esempio, paesi come Canada, Stati Uniti, Inghilterra, ecc... nei quali il See and Treat ormai è ritenuto una parte integrante del pronto soccorso. Infatti l’infermiere, con questa metodologia non solo può intraprendere un nuovo percorso di formazione personale, ma ottenere più incarichi nei quali gli viene riconosciuto un maggiore potere decisionale; tutto ciò permette, una più alta valorizzazione della professionalità.

L’asimmetria tra il nostro paese e il resto del mondo la si evince osservando il Canada, nel quale l’infermiere può valutare e trattare in autonomia una frattura; oppure gli USA, nei quali può prescrivere e somministrare farmaci. In Italia, invece, l’infermiere non può nemmeno consigliare al paziente l’assunzione di una semplice Tachipirina, che invece, ogni persona normalmente può reperire in autonomia nelle farmacie.

Nel nostro paese, il Ministero della salute ha stilato delle linee guida sulla gestione del sovraffollamento del pronto soccorso e ha inserito anche il See and Treat nell’elenco di strategie utili a tal fine. Tuttavia, benché metodi come il passaggio dei codici colore da 4 a 5, siano stati subito applicati nei Dipartimenti di Emergenza, il See and Treat è stato completamente ignorato da alcune realtà. Ciò manifesta in modo chiaro come non venga considerato positivamente poiché maggiore importanza della figura professionale infermieristica vada a discapito di quella del medico contribuendo ad aumentare il divario non solo professionale ma anche relazionale, tra queste due figure piuttosto che creare una collaborazione, nella quale vengano rispettati ognuno i propri ruoli, per erogare prestazioni più efficaci, efficienti e immediate agli utenti. Infatti le uniche condizioni cliniche che si intendono trattare in maniera autonoma, sono quelle definite “minori”; ciò permetterebbe al medico di dedicare maggior tempo a patologie o casi più

gravi che necessitano di più attenzioni, evitando lunghe code di attesa nell'area Emergenza.

E' auspicabile che il Modello del See and Treat, oggi più che mai, debba essere obbligatorio in tutti gli Ospedali italiani, in quanto, alla luce dell'emergenza creata anche dalla pandemia di Covid 19, che ha messo in ginocchio il mondo, è stato riscontrato come, più un sistema sanitario sia solido e organizzato, più riesce a far fronte a qualsiasi situazione emergenziale. Difatti, l'adozione del See and Treat, sarebbe stato molto utile ed efficiente durante la pandemia sia per evitare il sovraffollamento riducendo l'afflusso di persone in Pronto Soccorso, sia per smaltire gli utenti meno gravi, sia per dare la possibilità a medici (e anche infermieri) di dedicare maggior attenzioni a pazienti *urgenti*.

Per promuovere gradualmente l'inserimento del Modello See and Treat, si potrebbero effettuare dei periodi di sperimentazione nei Pronto Soccorso, al termine dei quali, si potrebbe compilare una tabella riepilogativa con la rilevazione di variabili quali: miglioramento dell'efficienza, velocità dello smaltimento della folla e numero di casi gravi trattati con miglior cura (perché appunto, avendo meno pazienti da curare, il personale sanitario può dedicarsi maggiormente a questi ultimi). Se il numero di dati positivi raccolti, soddisfa determinati range prestabiliti, l'Ospedale può ritenersi idoneo ad adottare il See and Treat.

Per migliorare e far sì che questo modello sia integrato nei nostri ospedali, è opportuno:

- eliminare le criticità che gli vengono attribuite;
- creare degli ambulatori o stanze dedicate solo al See and treat;
- formare un Triage avanzato che possa indirizzare il paziente al giusto percorso nel minor tempo possibile;
- risaltare la non omogeneità nell'assegnazione del personale aggiunto dedicato, come previsto dal progetto;
- prendere consapevolezza da parte degli infermieri stessi, del proprio valore professionale e umano.

BIBLIOGRAFIA

1. Epstein SK, Tian L. Development of an emergency department work score to predict ambulance diversion. *Acad Emerg Med* 2006; 13: 421-426.
2. Ministero della Salute, Direzione Generale della programmazione sanitaria, *Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero*. 01/08/2019
3. Jones SS, Allen TL, Flottemesch TJ, Welch SJ. An independent evaluation of four quantitative emergency department crowding scales. *Acad Emerg Med*. 2006 Nov;13(11):1204-11. doi: 10.1197/j.aem.2006.05.021. Epub 2006 Aug 10. PMID: 16902050.
4. Weiss SJ, Ernst AA, Nick TG. Comparison of the National Emergency Department Overcrowding Scale and the Emergency Department Work Index for quantifying emergency department crowding. *Acad Emerg Med* 2006; 13: 513-518.
5. Bache J. Establishing an emergency nurse practitioner service. *Emerg Med J*. 2001 May;18(3):186-9. doi: 10.1136/emj.18.3.186. PMID: 11354209; PMCID: PMC1725581.(dove parlo del see and treat e fast track come metodi per abbattere le code.
6. Wilson E, Hanson LC, Tori KE, Perrin BM. Nurse practitioner led model of after-hours emergency care in an Australian rural urgent care Centre: health service stakeholder perceptions. *BMC Health Serv Res*. 2021 Aug 15;21(1):819. doi: 10.1186/s12913-021-06864-9. PMID: 34391412; PMCID: PMC8364439.
7. Rogers T, Ross N, Spooner D. Evaluation of a 'See and Treat' pilot study introduced to an emergency department. *Accid Emerg Nurs*. 2004 Jan;12(1):24-7. doi: 10.1016/j.aen.2003.08.005. PMID: 14700568
8. Savioli G, Ceresa IF, Gri N, Bavestrello Piccini G, Longhitano Y, Zanza C, Piccioni A, Esposito C, Ricevuti G, Bressan MA. Emergency Department Overcrowding:

Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *J Pers Med.* 2022 Feb 14;12(2):279. doi: 10.3390/jpm12020279. PMID: 35207769; PMCID: PMC8877301.

9. Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna. Esposto a carico delle Regioni Emilia Romagna e Toscana per profili di interesse e possibili violazioni – da parte di enti, organi e/o soggetti di riferimento anche organizzativo – degli art. 348 C.P, e art 8 Legge n. 175/94 (05/20/2010).

10. Carter AJ, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *CJEM.* 2007 Jul;9(4):286-95. doi: 10.1017/s1481803500015189. PMID: 17626694.

11. Regione Toscana. Delibera n. 958 del 17 dicembre 2007. Proposta di sperimentazione del modello “See and Treat” in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori. Approvazione documento.

12. Regione Toscana. Delibera n. 449 del 31 marzo 2010. Revisione del progetto di sperimentazione del modello “See and Treat” in Pronto Soccorso

13. LEGGE N° 42 del Febbraio 1999.

14. LEGGE N° 251 del 10 Agosto 2000

15. TAR Lazio, Sezione III, Sentenza N° 10411/2016.

16. Delibera N° 122 in data 29 Giugno 2010

17. Rosselli A, Francois C, Massai D, Becattini G, Paffetti M, Ruggeri M, Gasperini S, “Risultati della sperimentazione del See and Treat” N°9 Ottobre 2011.

18. Radice C, Ghinaglia M, Doneda R, Bollini G, “See and Treat” in the Emergency Department: legal aspects and professional nursing responsibility. 2013 Jul-Sep;66(3):175-81. doi: 10.7429/pi.2013.663175

19. Jennings N., Clifford S., Fox A.R., O'Connell J., Gardner G., "The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting time in the emergency department a sistematic review" *International Journal of Nursing Studies* 52 (2015).

20. Mengoni A. Rappini V., (2007). *La domanda non urgente al pronto soccorso.*

21. Fowler LH, Landry J, Nunn MF. Nurse Practitioners Improving Emergency Department Quality and Patient Outcomes. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2019 Jun;31(2):237-247. doi: 10.1016/j.cnc.2019.02.010. PMID: 31047096.

22. McGilton KS, Bowers BJ, Resnick B. The Future Includes Nurse Practitioner Models of Care in the Long-Term Care Sector. *J Am Med Dir Assoc.* 2022 Feb;23(2):197-200. doi: 10.1016/j.jamda.2021.12.003. PMID: 35123700; PMCID: PMC8807196.

SITOGRAFIA

- <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/531477.pdf> visitato il 12/01/2022
- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3143_allegato.pdf visitato il 12/01/2022
- <https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/3594/leggi> visitato il 12/01/2022
- <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/DPR270392.pdf> visitato il 12/01/2022
- <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/12141858/Allegato+Parere+n.+23-2007+%28Autore+Bailo+26-07-2007%29.pdf/14e851dd-fd31-4f6f-8b5f-1cae187bb3c5;jsessionid=D4E0008B98CA0FD4FFE6330B47F0F686.web-rt-as01-p2> visitato il 03/02/2022
- https://www.fnopi.it/contenuti_statici/xviii-congresso/poster/pdf/202%20-%20RIGHI.pdf visitato il 10/03/2022
- <https://www.opiferrara.it/wp-content/uploads/2020/04/Rivista-n.1-2020.pdf> visitato il 12/03/2022
- <https://www.senato.it/leg/16/BGT/Schede/docnonleg/21116.htm>> visitato il 12/03/2022
- <https://www.aniarti.it/> visitato il 13/03/2022

RINGRAZIAMENTI

Giunto al termine del mio percorso di studi, è inutile dire che tutto questo lavoro non è solo frutto della mia fatica e del mio impegno.

Senza il sostegno e l'aiuto di tante persone non sarebbe stato così completo.

Pertanto mi sento in dovere di ringraziare pubblicamente:

Il mio relatore Stefano e la mia co-relatrice Tiziana Traini per avermi guidato nella stesura della tesi; si sono dimostrati sempre disponibili e pronti a guidarmi.

Ringrazio i miei genitori Gabriella e Umberto. Anche voi mi avete supportato in questo percorso; mi avete insegnato che nella vita nulla è regalato e va ottenuto.

Ringrazio mia sorella Francesca. Oltre ad essere un punto di riferimento nella carriera lavorativa e nell'approccio allo studio, lo si sempre stata nella vita.

Ringrazio i miei nonni Rina, Francesco, Clelia e Giuseppe. Avete sempre creduto in me ed è grazie a al vostro affetto che sono sempre riuscito a darmi forza. Anche se alcuni di voi non sono qui fisicamente, so che sareste fieri di me.

Un ringraziamento speciale va a Fabiola. Abbiamo affrontato insieme questo cammino giorno dopo giorno, superando ogni avversità. In questi anni ci siamo sempre sostenuti l'un l'altro, ed abbiamo fatto tanti sacrifici. Grazie per essere sempre stata al mio fianco e per avermi sopportato e supportato durante tutta la stesura della tesi.

Ringrazio tutti i miei compagni di corso ma in particolare, Alessio e Giampaolo, che in questi tre anni mi sono stati di grande supporto sia dal punto di vista didattico, ma anche psicologico.

E infine, ma non meno importante, ringrazio me stesso per non aver ceduto alla tentazione di mollare tutto, per aver affrontato con ostinazione questo percorso e per aver raggiunto alla grande questo obiettivo.

Posso dire, oggi più che mai, di essere fiero di me stesso.