



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in:
INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea:

**SEE & TREAT: UNA STRATEGIA PER L'OVERCROWDING NEI PRONTO
SOCCORSO. STUDIO OSSERVAZIONALE SULLA PERCEZIONE E
PREDISPOSIZIONE DEL PERSONALE SANITARIO.**

Candidato:
Ilaria Palma

Relatore:
Dott.ssa Paola Graciotti

Correlatore:
Dott. Roberto Maccaroni

Anno Accademico 2019-2020

INDICE:

Introduzione	Pag. 1
1. Presupposti Teorici	Pag. 2
1.1. Il sovraffollamento in Pronto Soccorso	Pag. 2
1.1.1. <i>Il Pronto Soccorso e Triage Infermieristico Intraospedaliero</i>	<i>Pag. 2</i>
1.1.2. <i>Il fenomeno dell'Overcrowding</i>	<i>Pag. 4</i>
1.2 See & Treat	Pag. 6
1.2.1 <i>La nascita del See & Treat</i>	<i>Pag. 6</i>
1.2.2 <i>I risultati su scala internazionale</i>	<i>Pag. 7</i>
1.2.3 <i>Il See & Treat in Italia: la sperimentazione in Toscana</i>	<i>Pag. 9</i>
1.2.4 <i>Gli aspetti medico-legali del See & Treat</i>	<i>Pag. 15</i>
2. Materiali e Metodi	Pag. 18
2.1 Scopo dello studio	Pag. 18
2.2 Disegno di ricerca	Pag. 19
2.3 Composizione del questionario	Pag. 19
3. Risultati	Pag. 21
3.1 Risultati del personale infermieristico	Pag. 21
3.2 Risultati del personale medico	Pag. 31
4. Discussione	Pag. 41
5. Conclusioni	Pag. 44
Bibliografia	Pag. 45
Allegati	Pag. 47
Ringraziamenti	Pag. 56

Introduzione

Il sovraffollamento all'interno dei Pronto Soccorso rappresenta una delle maggiori criticità di questa Unità Operativa. In campo internazionale l'unica strategia rivelata essere funzionale alla riduzione dei tempi di attesa dei codici minori è il See & Treat definito come un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori, nella quale l'infermiere valuta, tratta e dimette il paziente in autonomia professionale. I dati emersi dalla bibliografia di riferimento dimostrano l'efficienza e l'efficacia di questo modello in ciascuna delle nazioni in cui è stato sperimentato. Ad oggi in Italia è presente soltanto in poche regioni. Alla luce di ciò nasce il presente lavoro, con lo scopo di valutare la percezione e la predisposizione degli infermieri e dei medici operanti nelle Unità Operative di Pronto Soccorso in tutto il territorio italiano, al fine di poter sostenere un'eventuale implementazione del modello See & Treat, come strategia per la riduzione dei tempi di attesa anche in altre regioni. È stato pertanto elaborato un unico questionario da somministrare a medici e infermieri del territorio nazionale italiano attraverso i principali social network. Hanno risposto 47 infermieri e 27 medici.

I risultati ottenuti hanno evidenziato un'idea positiva sulla validità del modello See & Treat per la riduzione dei tempi di attesa dei codici minori sia per i medici che per gli infermieri intervistati. Inoltre è stata evidenziato dai risultati ottenuti, l'importante contributo che, secondo i professionisti che hanno compilato il questionario, l'eventuale implementazione del See & Treat darebbe al riconoscimento professionale degli infermieri.

1. Presupposti Teorici

1.1. Il sovraffollamento in Pronto Soccorso

1.1.1. Il Pronto Soccorso e Triage Infermieristico Intraospedaliero

Il Pronto Soccorso viene definito, dal DPR del 27 Marzo 1969, n. 128 “Ordinamento interno dei servizi ospedalieri”, come “servizio di diagnosi e cura svolto dal personale sanitario, con organico proprio, sotto la diretta vigilanza della direzione sanitaria, organizzato in modo da assicurare, attraverso il coordinamento con i servizi di anestesia, rianimazione e trasfusionali, l'efficienza polispecialistica, la continuità, la prontezza e la completezza delle prestazioni”.

In Italia prima degli anni '90 l'accettazione nel Pronto Soccorso avveniva per “ordine di arrivo”, ovvero le utenze che si rivolgevano al PS ricevevano le cure in base all'ordine in cui si erano presentate all'accettazione. Per anni questo sistema ha funzionato con una discreta efficacia, ma con l'aumentare delle richieste si dimostrò inappropriato, in quanto, pazienti con un reale ed urgente bisogno di cure si trovavano a fronteggiare un'attesa pari alla gestione delle utenze antecedenti, seppur queste presentassero problematiche di entità minore. Al fine di sopperire a questa problematica, in applicazione al DPR del 27 marzo del 1992 fu implementata all'interno dei Dea la funzione di Triage, già in uso negli Stati Uniti e in Inghilterra dagli anni Cinquanta, definito come “il primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentono di stabilire le priorità di trattamento; tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio, come definito dalle linee guida per il sistema di emergenza e urgenza”. Il triage costituisce pertanto il primo momento di valutazione e accoglienza dei pazienti che accedono alle strutture di Pronto Soccorso, finalizzato a definire la priorità con cui il paziente verrà visitato dal medico (Rosselli, Beccattini et al., 2012).

Le linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero pubblicate nel 2019 individuano cinque codici di priorità (*tabella 1*), rappresentati sostanzialmente da numeri, intesi come l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di Triage e basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione (Ministero della Salute, 2019):

Tabella 1: codifica delle priorità- linee di indirizzo nazionali del 2019

Codice		Denominazione	Definizione
Numero	Colore		
1	Rosso	Emergenza	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali
2	Arancione	Urgenza	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo
3	Azzurro	Urgenza Differibile	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse
4	Verde	Urgenza Minore	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche
5	Bianco	Non Urgenza	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica

Questa nuova codifica delle priorità però, già in uso in realtà in alcune realtà italiane come ad esempio in Toscana, non è ancora stata implementata sul territorio nazionale, anche a causa dell'emergenza Covid-19, pertanto ad oggi la codifica delle priorità prevede quattro codici colori (*tabella 2*) (Ministero della Salute, 8 febbraio 2013):

Tabella 2: codifica delle priorità attualmente in uso

Codice	Denominazione	Descrizione
Rosso	Emergenza	Paziente molto critico, in pericolo di vita e con priorità massima
Giallo	Urgenza Maggiore	Paziente mediamente critico, presenza di rischio evolutivo e possibile pericolo di vita

Verde	Urgenza Minore	Paziente poco critico, con assenza di rischi evolutivi
Bianco	Nessuna Emergenza	Paziente non critico

Tuttavia da febbraio 2021 tutti i Pronto Soccorso d'Italia dovranno attenersi alle nuove linee di indirizzo nazionali e alla nuova codifica delle priorità nel triage intraospedaliero infermieristico.

1.1.2 Il fenomeno dell'Overcrowding

Una delle maggiori criticità che le Unità Operative di Pronto Soccorso devono fronteggiare è rappresentata dal sovraffollamento, concetto che palesa una situazione in cui, in un determinato momento, all'interno del Dea non ci sono le risorse adeguate al fine di provvedere in maniera tempestiva alla cura dei pazienti in ingresso. Possiamo dunque fare riferimento alla definizione di Overcrowding, data dall'Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) per la quale esso coincide con “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 risposte logistiche o professionali dello stesso Dipartimento” (Rosselli et al., 2012).

Da un documento emesso dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza (SIMEU) nel quale sono analizzati i risultati del Piano Nazionale degli Esiti del 2015, sappiamo che in tale anno ci sono stati 20.444.857 accessi ai Pronto Soccorso di tutta Italia, pari quindi a circa il 34% della popolazione totale: 1,18% codici rossi, 18,84% codici gialli, 66,22% codici verdi e infine 12,69% codici bianchi. Sul totale i pazienti hanno atteso in totale in Pronto soccorso per l'1,85% dei casi per oltre 24 ore, per 3,19% dei casi tra 12 e 24 ore e infine per 94,9% dei casi meno di 12 ore (Ruggieri, 2017).

Le cause del sovraffollamento sono multifattoriali e sono solitamente classificate come legate all'input (accesso) ovvero alla quantità e alla tipologia di cure erogate nel Pronto Soccorso, al throughput (lavorazione) inteso come l'insieme dei processi di cura e l'output (uscita) che riassume invece i movimenti dei pazienti una volta terminato il percorso del Pronto Soccorso, effettua verso il proprio domicilio e verso altri reparti o sedi di cura (Rastrelli , Cavazza , Cervellin, 2010).

Tabella 3: principali cause di Overcrowding

Input	Throughput	Output
Visite non urgenti	Organico inadeguato	Ritardi delle dimissioni
Visitatori frequenti	Ritardi dei servizi di supporto diagnostico	Sovraccarico del pazienti ricoverati
Epidemiologia		Riduzione dei posti letto

Altre cause invece sono rappresentate da fattori riguardanti la popolazione, come ad esempio:

- desiderio dell'utenza di ottenere in tempi brevi una risposta ai propri problemi di salute;
- invecchiamento della popolazione e relativo aumento dei pazienti fragili con pluripatologie;
- consapevolezza trovare all'interno del Pronto Soccorso una risposta completa per il proprio problema, mediata anche dall'impiego di mezzi diagnostici;
- scarsa conoscenza di percorsi alternativi;
- mancato ricorso al Medico di Medicina Generale;
- gratuità della prestazioni (esclusi i codici bianchi) (Rastrelli et al., 2010).

La letteratura americana riporta inoltre come l'Overcrowding influenzi negativamente l'attività del Pronto Soccorso e la sicurezza dei pazienti. Tali effetti negativi includono la ridotta efficienza dei processi di valutazione e trattamento, la diminuita possibilità di proteggere la privacy del paziente e l'incremento dei tempi di attesa anche per quelle patologie acute (ad esempio IMA, trauma, stroke,...) che richiedono un intervento tempestivo poiché sono caratterizzate da un alto rischio evolutivo.

In aggiunta agli effetti negativi riguardanti gli utenti, l'Overcrowding influenza negativamente anche gli operatori sanitari, in quanto causa un clima di tensione e una forte pressione emotiva, che si ripercuote anche sulla relazione con i pazienti e comporta spesso episodi di aggressione verbale e talvolta anche fisica, determinando quindi una ridotta gratificazione sul lavoro, con conseguente rabbia e depressione e quindi un elevato indice di burn-out (Rastrelli et al., 2010).

Tabella 4: effetti negativi dell'Overcrowding nei Pronto Soccorso

Outcomes avversi	Qualità ridotta	Difficoltà di accesso	Perdite per l'ospedale	Conseguenze per il personale
Incremento eventi avversi	Ritardi nei trasferimenti	Aumento abbandoni	Aumento eventi sentinella	Episodi di violenza
Ridotta soddisfazione	Ritardi nelle cure	Dirottamento ambulanze	Aumento contenzioso legale	Incremento del burn-out

Considerate l'importanza del problema non soltanto nel contesto italiano, ma anche negli altri paesi occidentali e la gravità delle conseguenze relative all'Overcrowding nel Pronto Soccorso, sono stati condotti numerosi studi, sviluppate diverse teorie e formulato ipotesi per gestire il problema.

1.2 See & Treat

1.2.1 La nascita del See & Treat

In Inghilterra dalla fine degli anni '80 il National Health Service (NHS) aveva tentato con varie strategie ma sempre senza successo, di risolvere i problemi organizzativi dei Pronto Soccorso inglesi, relativi in particolare all'aumento dei tempi di attesa e all'overcrowding. Una soluzione arrivò però con la nascita dell'Ideal Design of Emergency Access Project (Progetto Idea) che dimostrava come una delle principali cause del malfunzionamento degli Emergency Department inglesi fosse dovuta ad una analoga modalità di trattamento per tutti i pazienti. Al fine di definire le diverse esigenze assistenziali furono quindi individuate sette categorie di pazienti, differibili tra loro per la tipologia di prestazione da ricevere:

1. pazienti a cui dare solo un consiglio;
2. pazienti da sottoporre a valutazione e da rassicurare;
3. pazienti da sottoporre a valutazione e ai quali consigliare una prescrizione;
4. pazienti da sottoporre ad un trattamento non complesso, senza alcun ricorso a indagini;

5. paziente da sottoporre a indagini ed eventuale trattamento non complesso;
6. pazienti da sottoporre a indagini multiple e/o complesse;
7. pazienti affetti da una grave patologia, da sottoporre a indagini e trattamenti complessi.

In base a questa classificazione, furono poi individuati due distinti flussi: il primo era riservato ai casi più gravi (tipologia 6 e 7) e il secondo a quelli con minor gravità e urgenza (tipologia da 1 a 5). In conclusione si affermava inoltre che le diverse tipologie di pazienti potevano essere trattate pianificando l'uso delle risorse e delle professionalità e si suggeriva quindi di far trattare i casi a minor urgenza da un infermiere appositamente formato (l'Emergency Nurse Practitioner o ENP), ponendo di fatto le basi teoriche al See & Treat (letteralmente Guarda e Tratta) definito come "un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che si presentano in Pronto Soccorso, in cui l'infermiere in autonomia professionale valuta, tratta e dimette il paziente. Nel 2003 questo nuovo modello fu proposto e attuato dagli Emergency Departments con modalità non sempre omogenee, in base alle risorse professionali disponibili, in quanto questo servizio poteva essere affidato ad un medico o ad un infermiere ENP oppure ad entrambe le figure (Rosselli et al., 2012).

1.2.2 I risultati su scala internazionale

Ad oggi la metodica See & Treat è diffusa in tutto il Regno unito ed è l'unica strategia ad essere riuscita a ridurre negli Emergency Departments i tempi di attesa dei codici minori come dimostrato da uno studio retrospettivo effettuato nel 2005, nel quale sono confrontati dei dati statistici relativi al periodo precedente l'inizio della sperimentazione e durante lo studio pilota (Rogers, Ross, Spooner, 2004).

Tabella 5: risultati di uno studio retrospettivo sull'efficacia del modello See & Treat negli Emergency Departments nel Regno Unito

Dati	Prima dello studio pilota	Durante lo studio pilota
Percentuale utenti visti al triage entro 15 minuti	75%	98%
Tempo medio di attesa prima di essere visitati	56 minuti	30 minuti
Percentuale pazienti visti in 1h	63%	90%
Percentuale pazienti dimessi in 1h	16%	41%
Tempo medio trascorso in ED	1 h 39 minuti	1 h e 17 minuti

Percentuale di pazienti dimessi entro le 4h (tutte le categorie 1-7)	87%	92%
Tempo di attesa dei pazienti con categoria 3	1h e 4 minuti	47 minuti

Un altro interessante studio è stato effettuato a Sheffield, dove sono stati confrontati la cura e l'esito dei pazienti con lesioni lievi che sono stati gestiti da un infermiere (704 pazienti) o da un medico junior del pronto soccorso (749). Ogni paziente è stato pertanto prima valutato dall'infermiere o dallo junior doctor poi da un medico esperto in accident and emergency, che ha completato una valutazione della ricerca, ma non ha preso parte alla gestione clinica del paziente. Secondo quanto è emerso rispetto allo standard rigoroso del medico esperto, infermieri e medici junior hanno commesso errori clinicamente importanti rispettivamente in 65 (9,2%) di 704 pazienti e in 80 (10,7%) di 749 pazienti, inoltre gli infermieri sono risultati essere più bravi degli junior doctors nel registrare la storia medica e un minor numero di pazienti visitati da un infermiere professionista ha dovuto cercare consigli di follow-up non pianificati per la loro lesione. Non ci sono state differenze significative tra infermieri e medici junior nell'accuratezza dell'esame, nell'adeguatezza del trattamento, nel follow-up pianificato, nelle richieste di radiografia e nell'interpretazione delle radiografie. Questo studio dimostra pertanto come un trattamento eseguito dall'infermiere si possa definire completo, adeguato e analogo a quello eseguito da un medico (Sakr, 1999).

Questi dati hanno fatto sì che il modello See & Treat venisse introdotto negli Stati Uniti, in Canada e in Australia dove si è confermato essere una strategia valida per la riduzione dei tempi di attesa per le problematiche minori. Uno studio retrospettivo effettuato a Melbourne con lo scopo di valutare l'impatto dell'introduzione di Emergency Nurse Practitioner Candidates (ENPC), l'infermiere deputato al See & Treat in Australia, sui tempi di attesa e sulla durata del soggiorno dei pazienti che si presentano a un importante dipartimento di emergenza urbano (ED), in confronto con i dati riguardanti il percorso tradizionale ha evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi in termini di tempi di attesa e durata della permanenza in ED. Il tempo di attesa mediano complessivo per i pazienti di emergenza per essere visti dall'ENPC è stato inferiore a quello del gruppo di pazienti trattati con un percorso tradizionale (ENPC 12 minuti; TM 31 minuti) e anche la durata della permanenza media in DE è stata significativamente ridotta nel gruppo ENPC è stata di 94 minuti mentre per il percorso tradizionale è stata di

170 minuti. Anche questo studio ha pertanto dimostrato che l'implementazione delle ENPC a Melbourne, in Australia, era associata a tempi di attesa e durata del soggiorno significativamente ridotti per i pazienti in emergenza rafforzando l'idea che gli infermieri di emergenza dovrebbero essere considerati come una potenziale strategia a lungo termine per gestire le crescenti richieste di servizi agli ED (Jennings, 2008).

In un altro studio effettuato nella provincia di Ontario (Canada), è stata effettuata una revisione retrospettiva dei dati delle cartelle cliniche sull'ora di arrivo del paziente, l'ora della valutazione iniziale da parte di un medico, l'ora della dimissione dal DE e lo stato delle dimissioni, confrontando anche qui i dati relativi ai pazienti trattati con il modello See & Treat e quelli trattati con un percorso tradizionale. Questo studio ha pertanto dimostrato che la durata media di permanenza dei pazienti trattati dal Nurse Practitioner nel DE era del 48,8% inferiori rispetto ai pazienti trattati con un percorso tradizionale. Inoltre è stato evidenziato anche un aumento degli abbandoni del DE nelle ore in cui il servizio See & Treat non era attivo (Ducharme, 2009).

1.2.3 Il See & Treat in Italia: la sperimentazione in Toscana

Il percorso toscano del modello See & Treat nasce da una revisione statistica effettuata nel 2006 nell'ambito di un Pronto Soccorso di un ospedale periferico (circa 29.000 accessi/anno), nel quale è stato individuato il numero di casi che potevano essere rapidamente risolti al momento dell'accettazione, evitando quindi all'utente inutili attese. Era esperienza comune infatti, in particolare nei piccoli Pronto Soccorso, dove l'infermiere è spesso una persona conosciuta e stimata dall'utenza, che al momento dell'accettazione il triagista si trovasse a risolvere piccoli problemi di traumatologia o di rispondere semplicemente ad alcuni dubbi degli utenti, attuando di fatto quello che è stato definito "See & Treat non istituzionale". I risultati di questa indagine statistica sono poi stati pubblicati nella rivista dell'Ordine dei Medici di Firenze *Toscana Medica*, trovando una favorevole accoglienza dalla maggior parte dei professionisti della Medicina di Emergenza-Urgenza. Alla luce di questi fattori con l'approvazione del D.G.R n.958 del 17 dicembre 2007 intitolato: "Proposta di sperimentazione del modello "See and Treat" in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori", inizia una prima fase di studio e di sperimentazione in sei ospedali della regione Toscana e con la delibera n. 449 del 31 marzo 2010 la Giunta Regionale avvia la seconda fase di

sperimentazione, esplicitando nel dettaglio il progetto, con l'intento di condurre una valutazione oggettiva sull'efficacia del modello (Rosselli et al., 2012).

La sperimentazione per il See & Treat prevedeva le seguenti fasi:

1. Identificazione delle problematiche passibili di trattamento in regime di See & Treat

Il gruppo di lavoro incaricato dalla Regione Toscana, sulla base dell'incidenza, della gravità, degli eventuali interventi terapeutici necessari, della copresenza del medico tutor, ha selezionato le seguenti problematiche cliniche trattabili con il modello See & Treat divise per singola area:

-problemi oculistici:

- irritazione da lenti a contatto
- congiuntivite
- ecchimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva
- emorragia sottocongiuntivale
- corpo estraneo congiuntivale

-problemi otorinolaringoiatrici:

- corpo estraneo nell'orecchio esterno
- tappo di cerume
- otite esterna
- corpo estraneo nel naso
- epistassi
- rinite

-problemi muscolo-scheletrici:

- torcicollo
- lombalgia acuta ricorrente
- dolore mono-articolare acuto di origine non traumatica

-problemi odontostomatologici:

- lussazione ricorrente della mandibola
- odontalgia
- problemi post-estrazione dentaria

-problemi gastrointestinali:

- diarrea acuta non ematica
- singhiozzo
- rimozione/sostituzione sondino naso-gastrico

-problemi urologici:

- infezioni del tratto urinario inferiore
- ostruzione/sostituzione di catetere vescicale

-problemi 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 d'insetto
- punture di animale marino
- ritenzione di zecca
- ustioni minori
- ustioni solari
- trauma delle dita della mano e del piede

-problemi dermatologici:

- ciste sebacea
- geloni
- dermatite da contatto (eczema)
- foruncolo
- orticaria
- infezioni ungueali
- idrosadenite
- verruche
- pediculosi (Rosselli et al., 2012).

2. Elaborazione dei protocolli di intervento

Una volta identificate le problematiche minori da trattare con il See & Treat sono stati sviluppati gli specifici protocolli operativi destinati agli infermieri dal gruppo di lavoro

in collaborazione con i medici tutor e con l'approvazione del Consiglio Sanitario Regionale. Ciascun protocollo operativo contiene:

- **note introduttive:** epidemiologia, cenni di anatomia e fisiologia pertinente all'area descritta, eventuali segni e sintomi principali a carico dell'apparato preso in esame;
- **modalità di presentazione al triage:** descrizione principali segni e sintomi riferiti alla problematica da trattare;
- **segnali dall'allarme/esclusione:** valutati dal triagista prima e dall'infermiere di See & Treat dopo, che identificano le situazioni di maggior gravità, tali da richiedere l'intervento medico, e quindi da escludersi dal trattamento in See & Treat;
- **oggettivazione e conferma della problematica minore presa in esame:** permettono la conferma in positivo dell'eleggibilità al trattamento nell'area See & Treat;
- **attenzioni/trabocchetti:** segnalazione di situazioni potenzialmente fuorvianti;
- **scopo/finalità:** obiettivi del protocollo;
- **materiali:** presidi da utilizzare;
- **interventi** da porre in essere;
- **istruzioni per il rinvio a domicilio** effettuate dall'infermiere di See & Treat;
- **avvertenze legate alla dimissione:** elenco di indicazioni per il rinvio a domicilio del paziente, consegnato su apposito modulo;
- **flow chart:** schema riassuntivo di ciascuna delle fasi di trattamento;
- **bibliografia di riferimento.**

Il Gruppo di Lavoro regionale ha poi sentito l'esigenza di elaborare sei protocolli, relativi a problematiche che ricorrono in diverse situazioni cliniche e pertanto definiti "Trasversali":

- **dolore;**
- **anestesia;**
- **profilassi antitetanica;**
- **terapia antibiotica;**
- **applicazioni fredde;**
- **test gravidico di esclusione** (Rosselli et al., 2012).

3. Identificazione dei Pronto Soccorso coinvolti nella sperimentazione

I primi sei Pronto Soccorso sono stati selezionati tenendo in considerazione alcuni criteri come l'assenza di Pronto Soccorso specialistici, il numero di accessi per anno (>25.000), la distribuzione sul territorio e l'adeguatezza strutturale dei locali riservati all'attività sperimentale di See & Treat . Sono pertanto stati scelti due Pronto Soccorso per area vasta (Progetto di sperimentazione del modelli See & Treat in Pronto Soccorso, nd).

Tabella 6: Pronto Soccorso toscani selezionati per il progetto di sperimentazione

AREA VASTA NORD-OVEST	Livorno e Pontedera
AREA VASTA CENTRO	Firenze S. Maria Annunziata e Prato
VASTA SUD-EST	Grosseto e Poggibonsi

4. Ideazione e realizzazione percorsi formativi per medici tutor e infermieri

Il Gruppo di Lavoro Regionale per il See & Treat ha elaborato uno specifico iter formativo per gli infermieri e per i medici tutor e ha selezionato 4 medici e 6 infermieri per ogni Pronto Soccorso, sede di sperimentazione.

Sono poi stati realizzati un corso per medici tutor e un corso per “Infermiere certificato in interventi di See & Treat”.

Al corso potevano accedere infermieri con almeno 3 anni di esperienza di triage e formazione con corso specifico di 6 mesi pari a 350 ore. Questo corso era strutturato in tre moduli:

- modulo 1 (200 ore): diagnosticare e trattare la casistica selezionata per il See and Treat;
- modulo 2 (100 ore): utilizzare le evidenze e la ricerca per la pratica clinica;
- modulo 3 (50 ore): potenziare le proprie risorse personali attraverso l'apprendimento organizzativo.

Al termine del corso era previsto un esame al fine di certificare le competenze per ciascun modulo, comprende prove orali e pratiche (Consiglio Sanitario della Regione Toscana, 2007).

5. Sperimentazione sul campo

La sperimentazione, iniziata nel novembre del 2010 è stata poi portata a termine nel maggio del 2011. Nella durata di questi sei mesi sono stati trattati dagli infermieri nella specifica area di See & Treat (adiacente all'area triage) attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00 in tutti i giorni feriali delle sei sedi di sperimentazione, circa 7000 casi.

Nel corso di questo periodo la figura del medico tutor si è evoluta, passando da una funzione di controllo ad un ruolo di consulenza per i casi maggiormente problematici, pur rimanendo sempre una figura vincolante per la dimissione del paziente, per la quale si prevede la doppia firma del medico e dell'infermiere (Rosselli et al., 2012).

6. Rilevazione dei dati e valutazione della sperimentazione

La raccolta dei dati è stata effettuata in tutto il periodo della sperimentazione (da novembre 2010 a maggio 2011), grazie all'aiuto di un'apposita scheda inserita nel software utilizzato nei sei Pronto Soccorso della regione Toscana. Sono stati raccolti i seguenti dati:

-Numero di accessi: Durante il periodo di sperimentazione si sono rivolti ai sei Pronto soccorso 156.958 utenti, di cui il 6.37% dei casi è stato trattato con il modello See & Treat.

-Percentuale degli accessi per codice: su 66.752 pazienti con problematiche minori (codice azzurro-verde-bianco), 7387 circa l'11% sono state assegnate al percorso See & Treat.

-Patologie trattate: sul totale dei casi circa il 70% appartengono all'area traumatologica, seguita dall'area oftalmologica (12%) e dall'area dermatologica (5%).

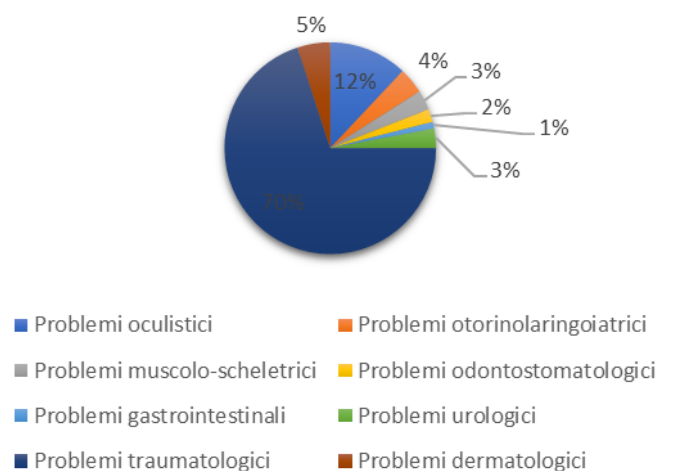


Figura 1: tipologia problematiche trattate

- Tempi di attesa all'ingresso: L'attesa media globale dei pazienti trattati con un percorso See & Treat risulta essere minore del 65% rispetto ai pazienti che hanno seguito un percorso tradizionale.

-Tempi di permanenza in Pronto Soccorso: Anche per i tempi di permanenza i dati rilevati sono altrettanto significativi per una riduzione netta nei confronti del tradizionale percorso di Pronto Soccorso, in particolare, il tempo di permanenza dei codici verdi è diminuito del 72% e il tempo medio di permanenza globale è diminuito del 71%. (Rosselli et al., 2011)

-Qualità e sicurezza: Durante la sperimentazione si è indagato anche sulla qualità di assistenza percepita dall'utente mediante un questionario ideato appositamente per stabilire: la qualità della comunicazione e dell'assistenza, il rapporto tra il personale e il paziente, e le informazioni fornite al momento della dimissione in base alla modalità di accesso ("See and Treat" o percorso tradizionale). Dagli studi è emerso un miglioramento di tutti gli aspetti indagati, in particolare in termini di qualità di assistenza (il 39,6% dei pazienti del "See and Treat" si definisce completamente soddisfatto, rispetto al 21,9% del percorso tradizionale) e sull'educazione terapeutica al momento della dimissione, (l' 88,5% si definisce pienamente soddisfatto, rispetto al 78,1% dei pazienti provenienti dal percorso tradizionale del PS) (Rosselli et al., 2012).

Durante la valutazione dei dati sono stati tuttavia, individuati dei punti di criticità:

- Difficoltà nel coinvolgimento dei servizi diagnostici radiologici nel percorso, il medico radiologo ha difficoltà ad accettare la richiesta firmata dal solo infermiere per motivi normativi;
- Non omogeneità nell'assegnazione del personale aggiuntivo dedicato, come previsto dal progetto;
- La contemporanea presenza di percorsi Fast Track che potrebbero ridurre il numero dei casi trattabili con il See & Treat;
- Necessità della firma del medico per la dimissione del paziente;
- Impiego degli infermieri più esperti nei codici minori (Rosselli et al., 2012).

1.2.4. Gli aspetti medico-legali del See & Treat

Nonostante i tanti risvolti positivi portati dal See & Treat, varie sono state le polemiche suscitate dall'elaborazione di questo modello, infatti secondo l'Ordine dei Medici di Bologna "*si assiste ad una tendenza di sviluppo di competenze e connessi comportamenti ed attività che dall'esecutività propria dell'infermieristico-assistenziale finiscono con*

l'assumere di fatto carattere infermieristico-medico, allorquando viene riconosciuta all'infermiere discrezionalità in campo diagnostico-terapeutico che non può di certo trovare legittimazione sotto una dichiarata copertura della finale supervisione medica" (Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, 29 giugno 2010), sostenendo inoltre che possa in realtà diventare un elemento favorente l'esercizio abusivo della professione medica, oltre che elemento di deresponsabilizzazione dell'infermiere e quindi l'illegittimità del provvedimento adottato dalla Regione Toscana in violazione dell'Art. 117, comma 3, della Costituzione Italiana in tema di ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni e ritenendo pertanto che possa configurarsi la fattispecie di reato previsto dall'Art.348 Codice Penale riguardante l'esercizio abusivo della professione medica.

In difesa della regione Toscana è da subito intervenuta la Federazione dei Collegi IPASVI evidenziando che l'assistenza sanitaria non si basa unicamente su un insieme di processi diagnostici e terapeutici, ma anche sulla rilevazione della risposta appropriata ai molteplici bisogni della persona, siano essi evidenti o rilevati nell'esercizio della sua quotidiana professionalità dall'infermiere. È poi intervenuta anche la Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU), affermando che quanto detto dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna (SIMEU, 13 novembre 2010) e prendendo le distanze da quanto affermato richiamando quanto disposto dal D.P.R. del 27 marzo 1992, D.M. n. 739/94, dalla Legge n. 42/1999, dalla Legge n. 251/2000, leggi che nel loro complesso individuano un ambito proprio e pertanto esclusivo di competenza infermieristica e un ambito collaborativo con altre professioni sanitarie. Appaiono quindi prive di ogni fondamento le accuse, mosse dall'Ordine dei Medici di Bologna, di violazione dell'Art. 117, comma 3, Costituzione Italiana, poiché la regione ha semplicemente introdotto specifiche prestazioni infermieristiche, afferenti all'area critica, come individuato dal D.M. n. 739/1994, nel pieno rispetto della potestà legislativa concorrente in materia sanitaria tra Stato e Regioni. Neanche l'accusa di esercizio abusivo della professione medica, sembra avere un fondamento, in virtù dell'adozione di protocolli clinico-assistenziali, diagnostici e terapeutici di responsabilità condivisa tra medici ed infermieri. Infatti l'autonomia e le responsabilità di medici e infermieri nel See & Treat si mantengono comunque ben distinte in quanto il medico partecipa alla formazione degli infermieri e all'elaborazione dei protocolli, all'infermiere invece rimane la responsabilità delle procedure effettuate (Radice et al., 2013).

Indiscutibile appare poi, l'effettivo contributo che l'implementazione del See & Treat offre alla gestione del sovraffollamento dei Pronto Soccorso, non soltanto in Toscana dove è stato dimostrato che i tempi di attesa dei pazienti trattati con il See & Treat risultavano essere minori del 65 %, rispetto ai pazienti trattati con un percorso tradizionale (visita medica), senza minare sulla qualità delle cure erogate. (Rosselli et al., 2011). Questo è poi confermato anche, negli altri studi internazionali, eseguiti in nazioni dove il See & Treat è una realtà diffusa e affermata da tempo e pertanto si dimostrata essere efficace, infatti in Inghilterra questo modello si è rivelato essere l'unica strategia in grado di ridurre i tempi di attesa dei codici minori e contenendoli entro le 4 ore, fra tutte le strategie sperimentate (Rosselli et al., 2012).

L'implementazione del See & Treat (come anche del Fast Track) è raccomandata ad oggi anche nelle Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero del 2019, in cui si afferma che *“sulla base di quanto affermato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, nel quale si indica di realizzare all'interno di PS e DEA percorsi separati clinico organizzativi diversi in base alla priorità, appare evidente come sia opportuno prevedere lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici rapidi che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA, facilitando, contemporaneamente, l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri.(...) Il See and Treat è introdotto in diverse realtà del panorama nazionale, offre risultati riassumibili nella riduzione delle attese e dei tempi di permanenza nei Pronto Soccorso per condizioni di urgenze minori.(...) L'adozione di tali modelli clinico-organizzativi può valorizzare ulteriormente la funzione di Triage, migliorando inoltre l'appropriatezza di trattamento grazie alla possibilità di attivazione di percorsi differenziati di presa in carico all'interno dei PS.”* (Ministero della Salute,2019).

Ad oggi il See & Treat è una realtà affermata in tutta la regione Toscana e in alcuni ospedali di Emilia Romagna e Lazio.

2. Materiali e Metodi

2.1 Scopo dello studio

Il fenomeno dell'overcrowding è una delle problematiche più rilevanti dei Pronto Soccorso di tutta Italia. In Toscana e nelle altre regioni il See & Treat si è dimostrato essere una strategia valida per la riduzione dei tempi di attesa dei codici minori, che costituiscono gran parte di tutti gli utenti che si presentano al triage..

I riferimenti bibliografici citati nel presente lavoro sono stati individuati utilizzando le seguenti banche dati:

- PubMed;
- Google Scholar.

Per l'identificazione degli articoli pertinenti sono state utilizzate le seguenti parole chiave:

- See and Treat;
- Minor Injuries;
- Emergency Departments;
- Emergency Nurse Practitioner;
- Overcrowding.

L'obiettivo della tesi è valutare, per mezzo di uno studio osservazionale la percezione e la predisposizione all'implementazione del modello operativo See & Treat di infermieri e medici di Pronto Soccorso.

Lo studio è stato elaborato secondo il modello PIOM:

Tabella 7: modello PIOM dello studio effettuato

P	Overcrowding nei Pronto Soccorso
I	Implementazione del See & Treat
O	predisposizione di infermieri e medici
M	Studio osservazionale multicentrico

2.2 Disegno di ricerca

Popolazione: medici e infermieri operanti presso i Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorso Ospedalieri, DEA di primo livello e DEA di secondo livello del territorio nazionale italiano.

Campione e campionamento: il campione, partecipante dello studio è rappresentato dai 74 professionisti (47 infermieri e 27 medici) che volontariamente hanno risposto al questionario online. Su 79 risposte, 5 sono risultate non compilate e pertanto non conteggiate sul totale.

Setting: il questionario è stato pubblicato sui principali social network, Facebook e Instagram, su pagine pertinenti all'area critica e al Pronto Soccorso, di infermieri e di medici, dal 15 settembre al 14 ottobre 2020.

Variabili:

- la predisposizione degli infermieri e dei medici di Pronto Soccorso all'implementazione del See & Treat;
- la percezione dei professionisti sull'efficacia di questo modello per la riduzione dei tempi di attesa;
- la percezione che potrebbero avere gli utenti, secondo medici e infermieri, in merito all'implementazione del See & Treat e all'autonomia dell'infermiere;
- la valutazione dell'appropriatezza di tre flow chart.

Strumenti: è stato elaborato un questionario, sulla falsa riga di quello pubblicato dal collegio IPASVI di Arezzo (Testa, 2014), composto da 20 domande divise in sei sezioni, prodotto successivamente attraverso la piattaforma Google Moduli;

Periodo di analisi: i dati sono stati analizzati dal 15 al 20 ottobre 2020 e rielaborati attraverso il software Excel per mezzo di grafici a torta, a colonne e a barre.

2.3 Composizione del questionario

Il questionario è composto da una prima parte in cui è spiegato il modello operativo See & Treat al fine di permettere una migliore comprensione dell'argomento a cui seguono

poi domande aperte, a risposta multipla e scale likert a cinque punti (moltissimo, molto, abbastanza, poco, pochissimo) divise in sei sezioni (*Allegato 1*):

- caratteristiche del campione: si indaga sulle generalità e sull'esperienza lavorativa del professionista;
- familiarità con il modello See & Treat: finalizzata all'approfondimento sulla conoscenza e sull'eventuale utilizzo di questo modello da medici e infermieri;
- percezioni sul See & Treat: in cui si indaga sul pensiero dei professionisti sul modello See & Treat, sugli eventuali risvolti che potrebbe portare nella gestione del Pronto Soccorso, al rapporto medico-infermiere e alla professione infermieristica;
- predisposizione degli operatori all'implementazione del See & Treat: questa sezione ha l'obiettivo di conoscere il grado di propensione dei professionisti per l'implementazione del See & Treat e la frequenza in cui viene eseguito all'interno della propria U.O. quello che in letteratura è chiamato "See & Treat non istituzionale";
- predisposizione dell'utente all'implementazione del See & Treat secondo medici e infermieri;
- valutazione dell'appropriatezza di tre flow chart relative a protocolli operativi elaborati durante la sperimentazione toscana (Rosselli et al, 2012): si chiede di indicare attraverso una scala likert quanto sia appropriato far eseguire questi trattamenti dall'infermiere, previa formazione. Le tre flow chart, appartenenti a diverse aree, sono state selezionate per ciascun livello di difficoltà (basso, medio e alto) e sono inerenti alle seguenti problematiche:
 - Ostruzione/sostituzione di catetere vescicale
 - Ferite
 - Ciste sebacea.

3. Risultati

Il questionario è stato compilato da 74 professionisti, in particolare da 47 infermieri e 27 medici. I questionari sono stati pertanto divisi per professione in base alle risposte della domanda n.2: titolo di studio.

3.1 Risultati del personale infermieristico

1 Sesso: su 47 infermieri intervistati 15 sono uomini (32 %) e 32 sono donne (68%).

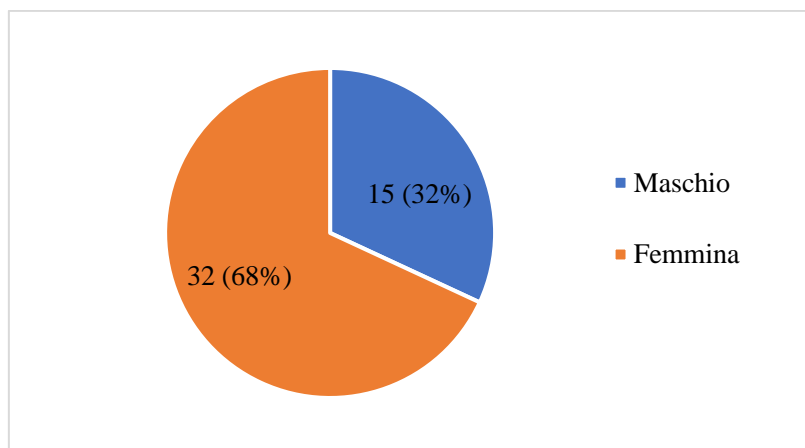


Figura 2: sesso degli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

3 Titolo di studio degli infermieri: 5 infermieri sono in possesso di un Diploma di Infermiere Professionale (11%), 2 di un Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche (4%), 31 infermieri hanno conseguito la Laurea in Infermieristica (66%), 5 la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (11%), 1 il Dottorato di Ricerca (2%) e infine 3 infermieri (6%) nella risposta "altro" hanno inserito il Master in Area Critica (2 infermieri) e il Master in Coordinamento (un infermiere).

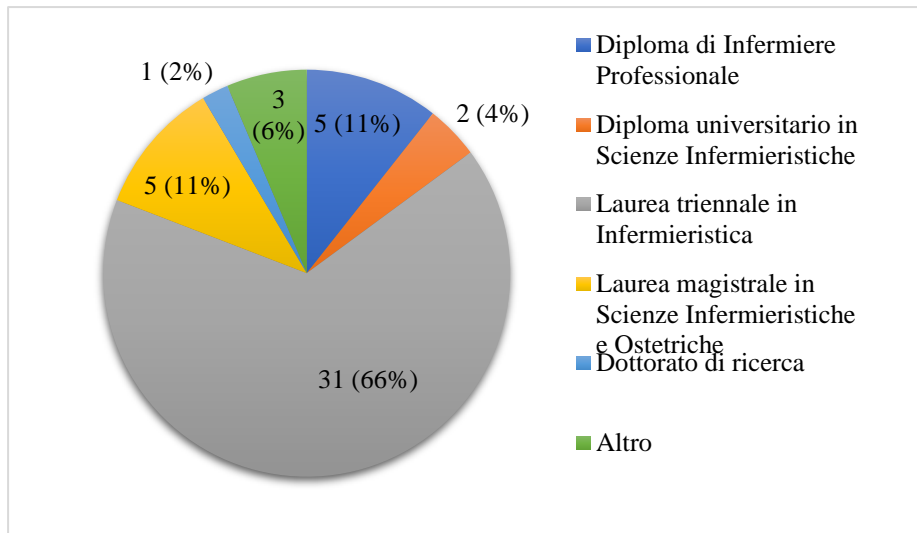


Figura 3: titolo di studio degli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

4 In quale regione d'Italia lavora: la regione dalla quale sono arrivate più risposte è le Marche con 14 infermieri, seguite da Toscana (7 infermieri) e Sardegna e Lazio (4 infermieri ciascuna).

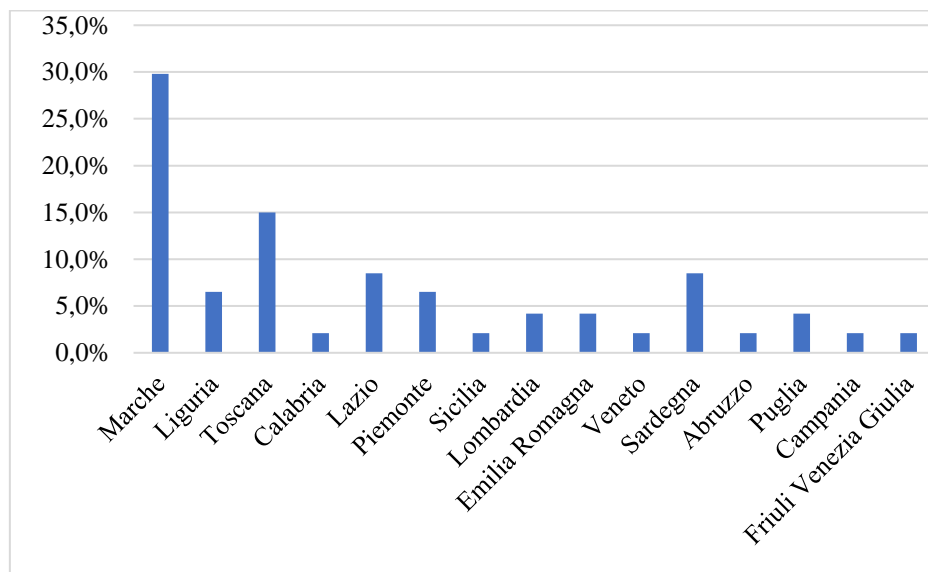


Figura 4I: regioni in cui prestano servizio gli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

5 Specifichi cortesemente il nome della città: la città da cui sono arrivate più risposte è Senigallia (9 infermieri), seguita da Roma (3 infermieri) e da Osimo, Ancona, Firenze, Arezzo e Pietra Ligure (2 infermieri).

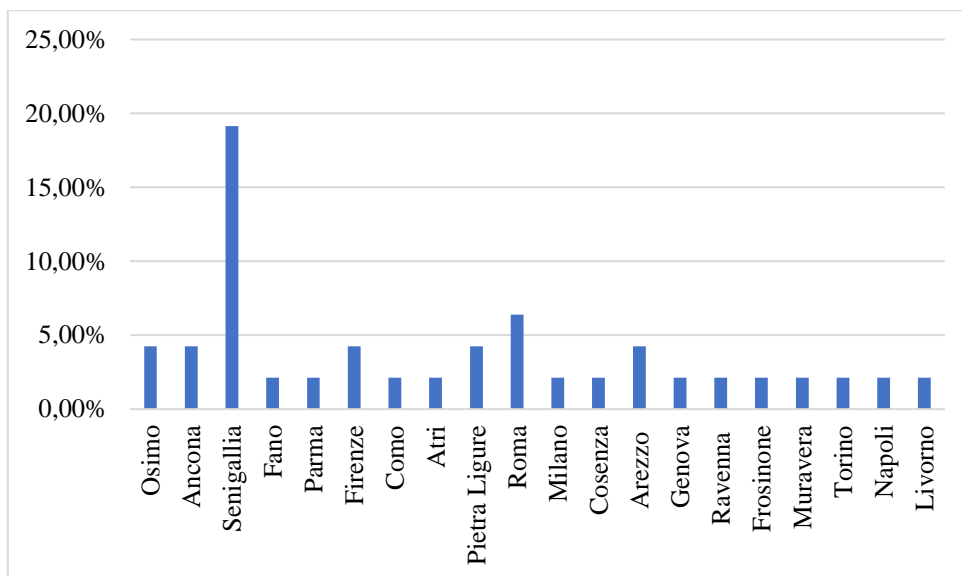


Figura 5: città in cui prestano servizio gli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

6 In che Unità Operativa lavora: 25 degli infermieri intervistati lavorano presso un Pronto Soccorso Ospedaliero (53%), 11 infermieri lavorano presso un DEA di primo livello (23%), 10 presso un DEA di secondo livello (21%) e infine 1 presso un Punto di Primo Intervento (2%).

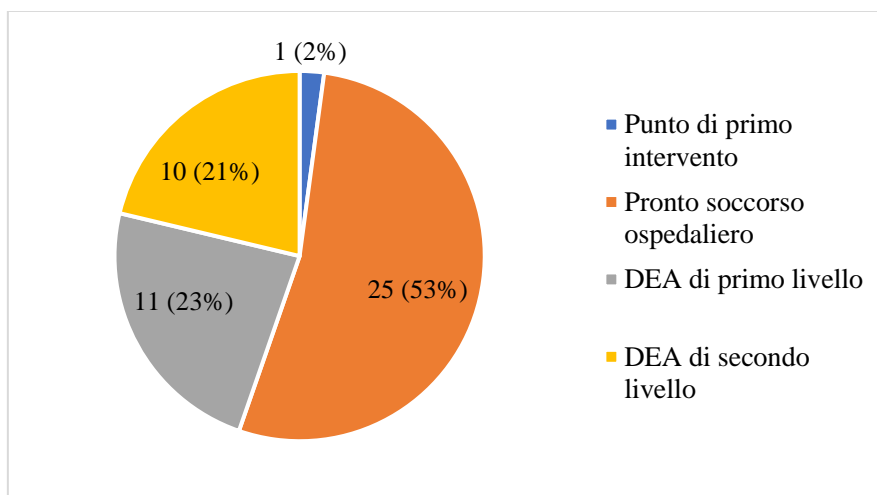


Figura 6II: U.O. in cui lavorano gli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

7 Anni di servizio: la media di tale dato è 9,7 anni, con un minimo di 4 mesi e un massimo di 39 anni.

8 Anni di servizio presso l'attuale Unità Operativa: la media di tale dato è 6,2 anni, con un minimo di 4 mesi e un massimo di 24 anni.

9 Conosce il modello operativo See & Treat?

41 infermieri conoscevano il modello See & Treat (87,2%), i restanti 6 invece hanno risposto “no” (12,8%).

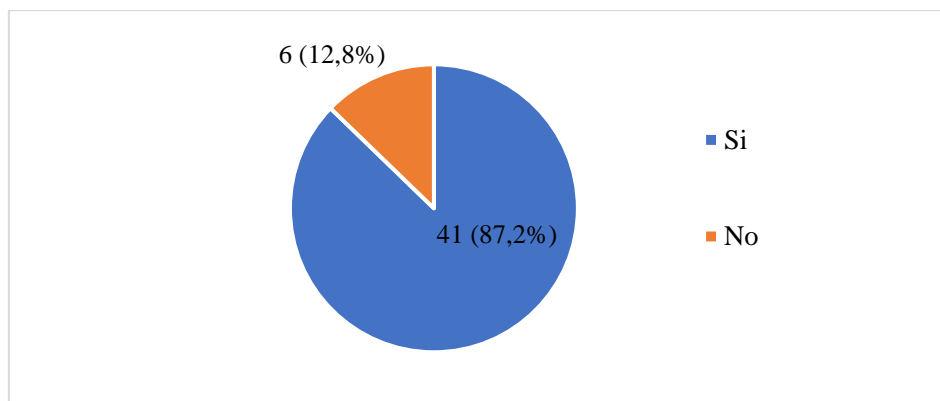


Figura 7: conoscenza del See & Treat degli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

10 Come è venuto a conoscenza di questo modello? (possibile più di una risposta)

15 infermieri hanno risposto di aver conosciuto il See & Treat seguendo corsi di formazione (32%), 14 leggendo riviste, articoli e navigando sul web (30%), 7 lo stanno attualmente utilizzando (15%), 6 non lo conoscevano precedentemente e hanno letto la presentazione del questionario (12%), a 3 infermieri è stato riferito da un collega (7%), 2 infermieri hanno risposto “altro”, menzionando la formazione universitaria (4%), infine nessuno degli intervistati ha testato il See & Treat in un precedente posto di lavoro.

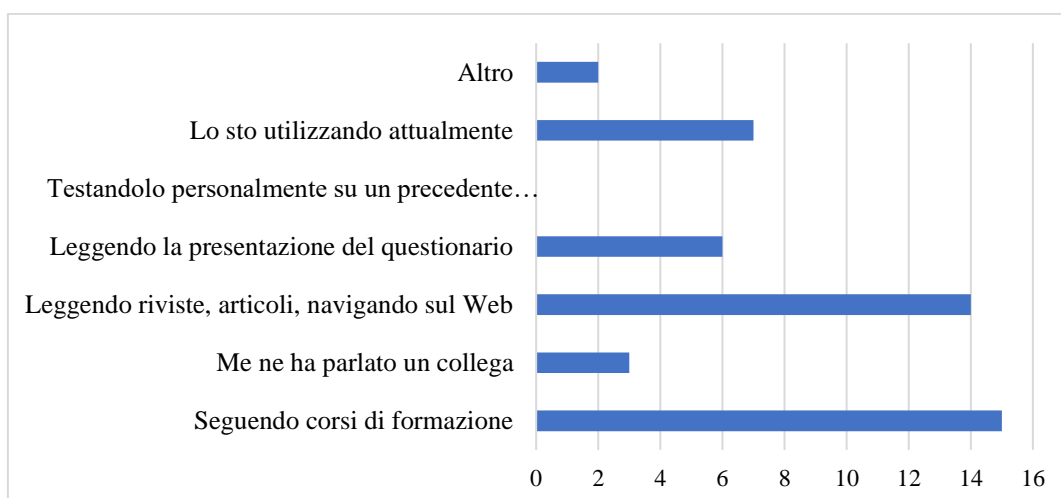


Figura 8III: modalità di conoscenza del See & Treat degli infermieri. Fonte:elaborazione propria.

11 Dove ha utilizzato il modello operativo See & Treat? (Se non lo ha mai utilizzato passi alla successiva domanda)

Hanno risposto a questa domanda 7 infermieri, 2 prestanti servizio ad Arezzo, 2 a Firenze, 1 a Montepulciano, 1 a Livorno e 1 a Ravenna.

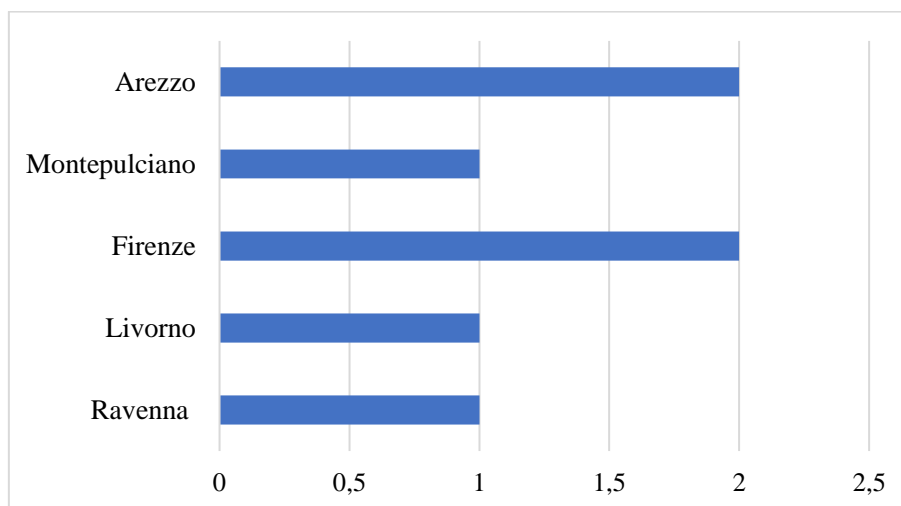


Figura 9: città in cui l'infermiere ha utilizzato il See & Treat. Fonte: elaborazione propria.

12 Quanto, secondo lei, il See & Treat può essere un sistema valido per ridurre i tempi di attesa dei codici minori?

22 infermieri hanno risposto "moltissimo" (46,8%), 17 infermieri "molto" (36,2%) e 8 infermieri "abbastanza" (17%). Nessuno degli infermieri intervistati ha risposto "poco" o "pochissimo".

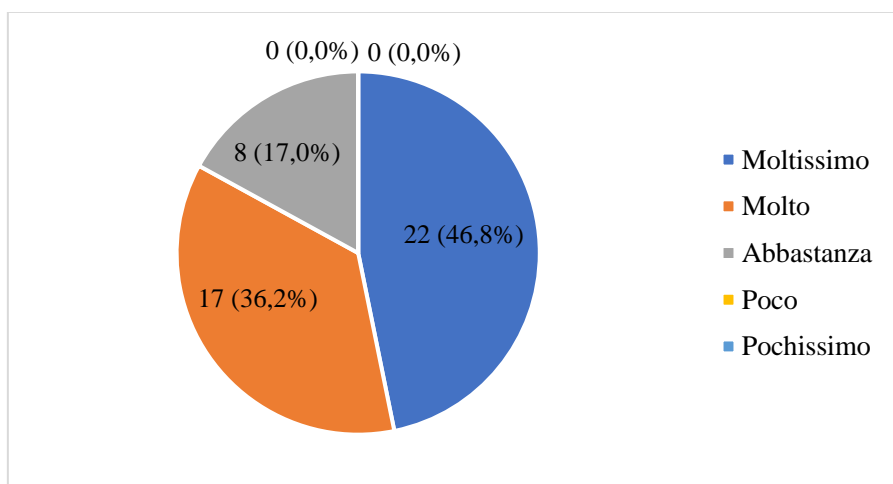


Figura 10: scala likert sulla validità del See & Treat per la riduzione dei tempi di attesa secondo gli infermieri.

Fonte: elaborazione propria.

13 Quali tra questi aspetti positivi e negativi sono, secondo lei, più rilevanti?

(Massimo 3 risposte)

L'aspetto ritenuto più rilevante è l'ottimale gestione del fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso (30 risposte), seguita dalla gestione efficace delle risorse professionali (19 risposte), dall'aumento di soddisfazione dei pazienti (18 risposte), dall'aumento di responsabilità dell'infermiere (16 risposte), dalla mancanza di retribuzioni aggiuntive per infermieri e medici tutor e dalla contemporanea presenza di un percorso Fast Track (12 risposte ciascuna), dalla solidificazione del rapporto medico-infermiere (11 risposte), dalla necessità della firma del medico per la dimissione (10 risposte), dall'impegno degli infermieri più esperti nei codici minori (8 risposte), dall'attenzione rivolta al budget aziendale (2 risposte) e infine dalla riduzione della qualità dell'assistenza (una risposta). Nessuno ha inserito altri aspetti nella sezione "altro".

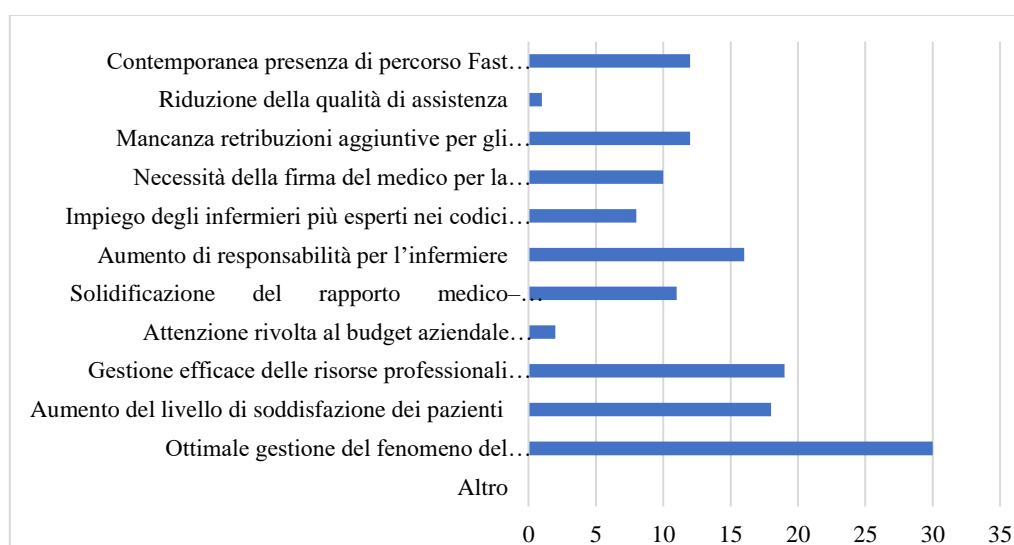


Figura IV: aspetti positivi e negativi più rilevanti secondo gli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

14 Quanto ritiene che il See & Treat possa rappresentare un valore aggiunto alla professione infermieristica?

25 infermieri hanno risposto "moltissimo" (53%), 17 "molto" (36%), 4 "abbastanza" (9%) e 1 ha risposto "poco" (2%), Nessuno ha risposto "pochissimo".

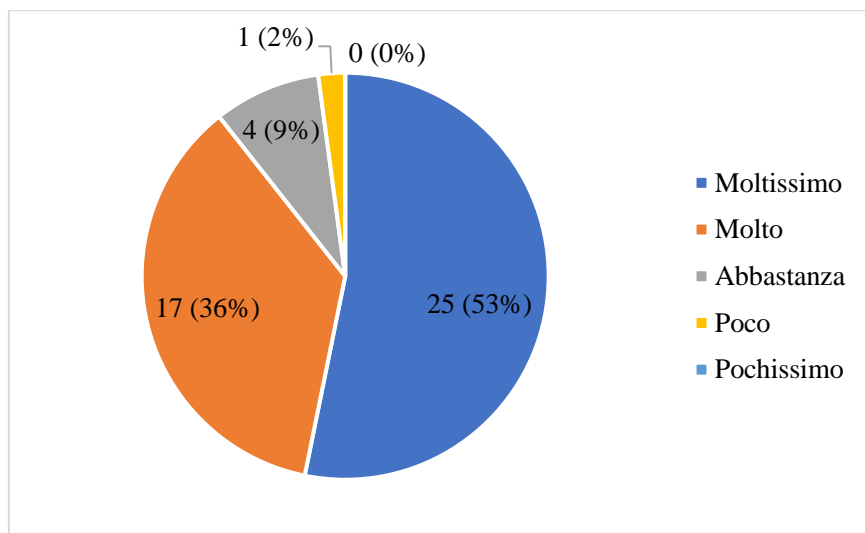


Figura V: scala likert sulla possibilità che il See & Treat rappresenti un valore aggiunto alla professione infermieristica secondo gli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

15 Quanto pensa che si possano creare conflitti medico-infermiere durante l'esecuzione del See & Treat?

2 infermieri hanno risposto "moltissimo" (4%), 5 "molto" (11%), 13 "abbastanza" (28%) 21 hanno risposto "poco" (45%) e infine 6 hanno risposto pochissimo (13%).

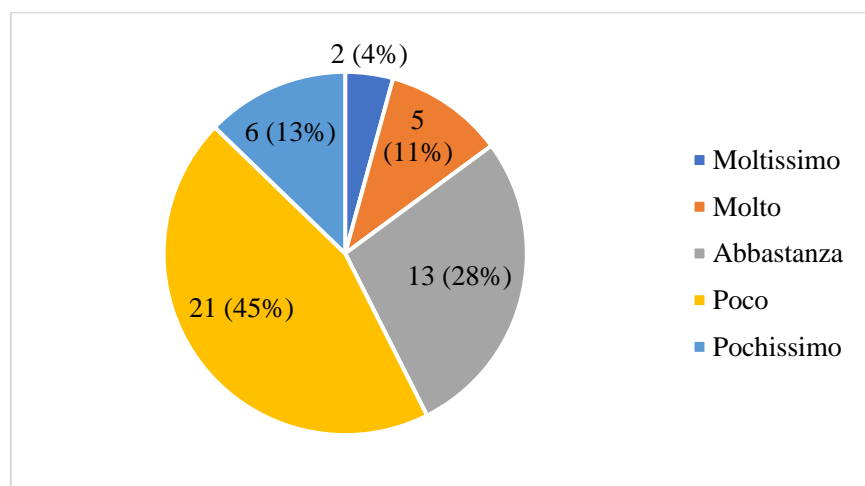


Figura 13: scala likert sulla possibilità che si vengano a creare conflitti medico-infermiere durante l'esecuzione del See & Treat secondo gli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

16 Se al momento non sta utilizzando questo modello, quanto sarebbe disponibile a partecipare ad un progetto di formazione per acquisire le conoscenze e competenze per l'applicazione del See & Treat come Infermiere o Medico Tutor?

A questa domanda hanno risposto 40 infermieri: 24 “moltissimo” (60%), 11 “molto” (28%), 3 “abbastanza” (8%), 1 “poco” (3%) e infine 1 ha risposto pochissimo (3%).

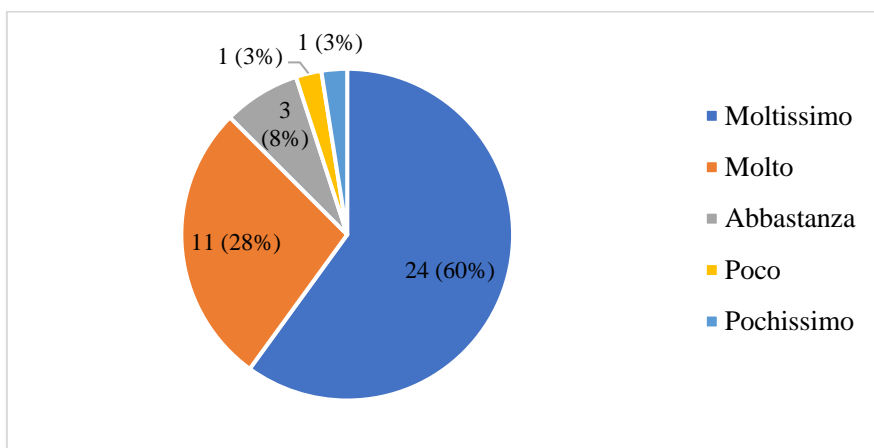


Figura 14: scala likert sulla disponibilità a partecipare ad un progetto di See & Treat come infermiere.

Fonte: elaborazione propria.

17 Durante la sua attività lavorativa quante volte le è capitato di eseguire in autonomia (se infermiere) o di far eseguire in autonomia all’infermiere (se medico) prestazioni sanitarie minori (es. sutura di una ferita, sostituzione di un catetere vescicale)?

19 infermieri hanno risposto “moltissimo” (40,4%), 12 “molto” (25,5%), 9 “abbastanza” (19,1%) 4 hanno risposto “poco” (8,5%) e infine 3 hanno risposto pochissimo (6,4%).

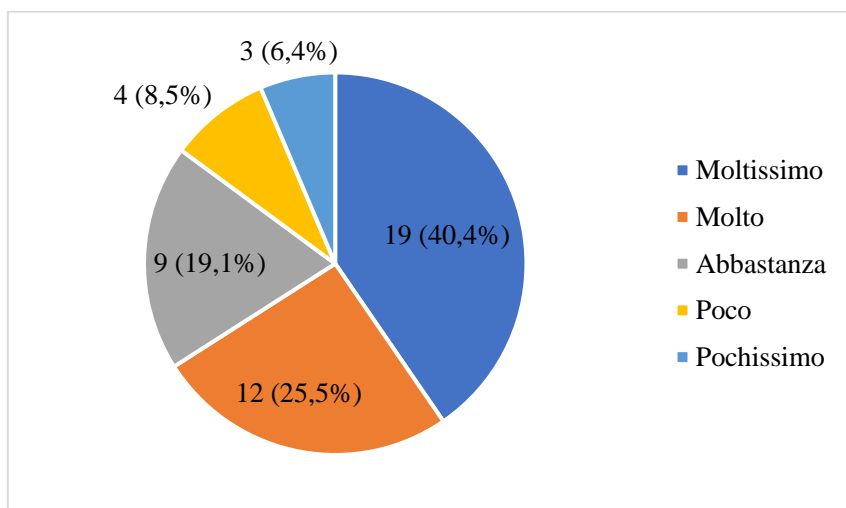


Figura VI: scala likert relativa alla frequenza con la quale è capitato agli infermieri di eseguire in autonomia

prestazioni sanitarie minori. Fonte: elaborazione propria.

18 Quanto spesso ha pensato che per alcune prestazioni sanitarie, l’utente abbia aspettato troppo tempo per la visita medica, con la consapevolezza che l’infermiere avrebbe potuto gestirlo in autonomia?

16 infermieri hanno risposto “moltissimo” (34%), 24 “molto” (51%), 3 “abbastanza” (6%), infine 4 hanno risposto “poco” (9%). Nessuno ha risposto pochissimo.

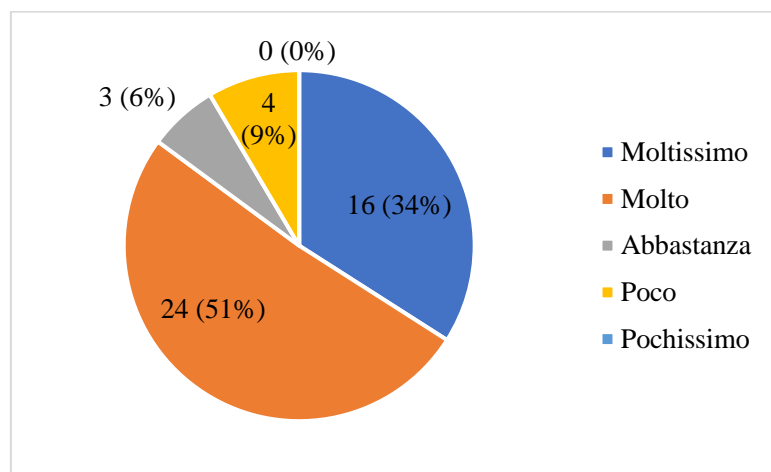


Figura 16: scala likert relativa alla frequenza in cui l'infermiere ha pensato di poter gestire alcune prestazioni sanitarie in autonomia. Fonte: elaborazione propria.

19 Quanto secondo lei il cittadino è in grado di comprendere la completezza di una prestazione sanitaria erogata autonomamente dall'infermiere?

4 infermieri hanno risposto “moltissimo” (8,5%), 8 “molto” (16,7%), 11 “abbastanza” (23,4%), 19 hanno risposto “poco” (40,4%) e infine 5 hanno risposto pochissimo (10,6%).

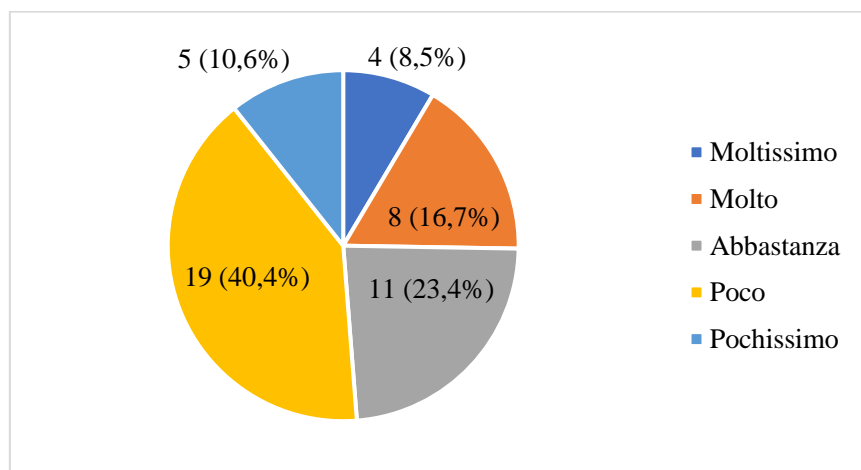


Figura 17: scala likert relativa al grado in cui gli utenti possono comprendere la completezza di una prestazione infermieristica secondo gli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

20 Valutazione di tre flow chart:

A. Ostruzione/sostituzione di catetere vescicale:

25 infermieri hanno risposto “moltissimo” (53,2%), 15 “molto” (31,9%), 5 “abbastanza” (10,6%), 1 ha risposto “poco” (2,1%) e infine 1 ha risposto pochissimo (2,1%).

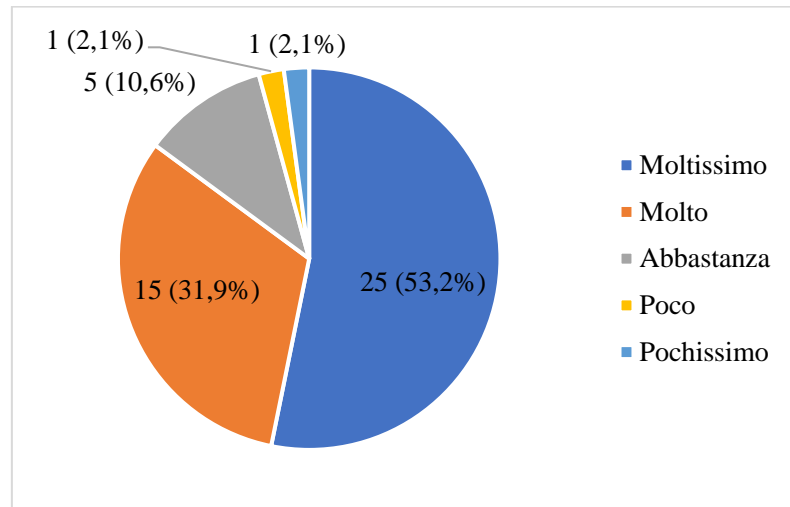


Figura 18: scala likert sulla valutazione sull'appropriatezza della flow chart "Ostruzione/ sostituzione catetere vescicale" secondo gli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

B. Ferite:

20 infermieri hanno risposto “moltissimo” (42,6%), 18 “molto” (38,3%), 4 “abbastanza” (8,5%), 4 hanno risposto “poco” (8,5%) e infine 1 ha risposto pochissimo (2,1%).

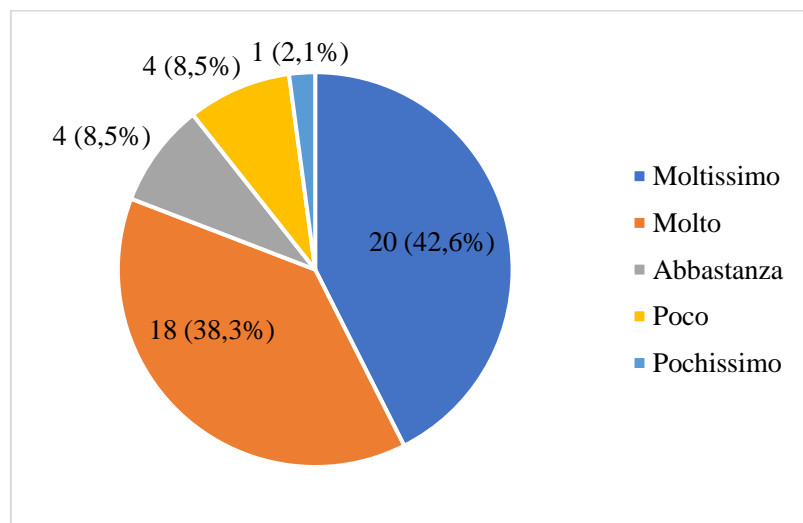


Figura 19: scala likery sulla valutazione dell' appropriatezza della flow chart "ferite" secondo gli infermieri. Fonte: elaborazione propria.

C. Ciste sebacea:

10 infermieri hanno risposto “moltissimo” (21,3%), 19 “molto” (40,4%), 9 “abbastanza” (19,1%), 6 hanno risposto “poco” (12,8%) e infine 3 hanno risposto pochissimo (6,4%).

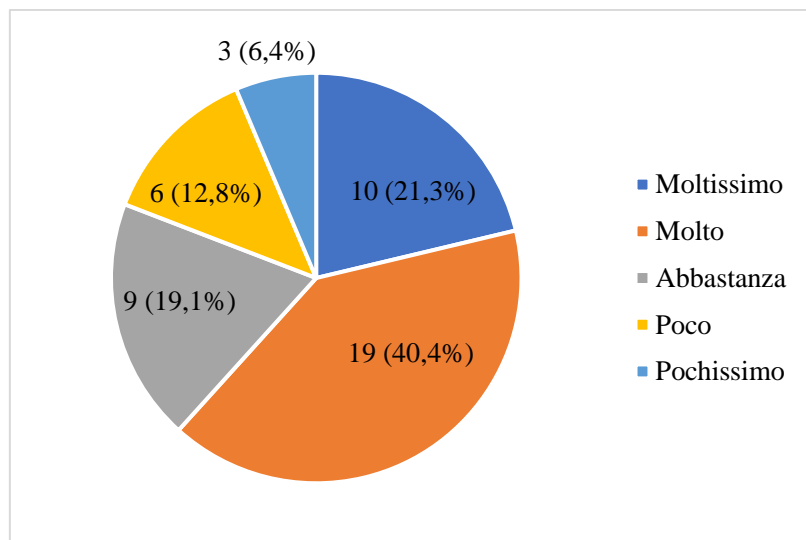


Figura 20: scala likert sulla valutazione dell'appropriatezza della flow chart "ciste sebacea" secondo gli infermieri.

Fonte: elaborazione propria.

3.2 Risultati del personale medico

1 Sesso: su 27 medici, 17 sono uomini (63%) e 10 sono donne (37%).

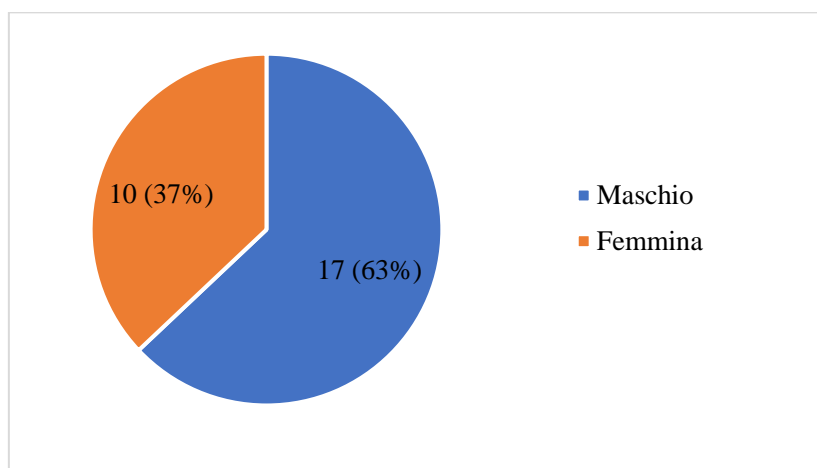


Figura VII: sesso dei medici. Fonte: elaborazione propria.

4 In quale regione d'Italia lavora: le regioni da cui sono arrivate più risposte sono: Veneto, Emilia-Romagna, Puglia e Calabria (3 risposte ciascuna), seguite da Campania,

Piemonte, Toscana (2 risposte ciascuna), e infine Sardegna, Basilicata, Marche, Liguria, Umbria, Molise, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Lombardia.

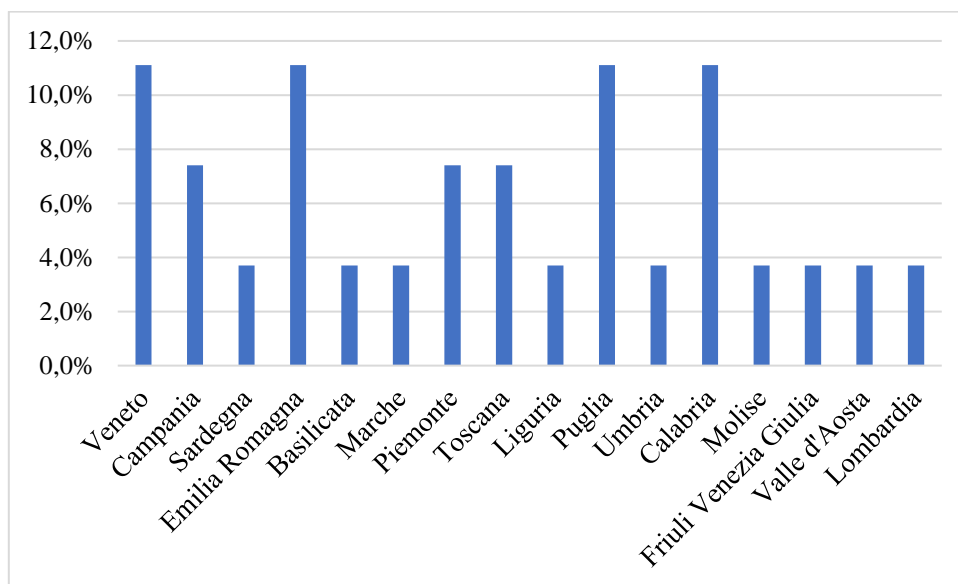


Figura 22: regioni in cui prestano servizio i medici. Fonte: elaborazione propria.

5 Specifichi cortesemente il nome della città: le città da cui sono arrivate più risposte sono Bologna, Lecce, Prato e Ariano (2 risposte ciascuna).

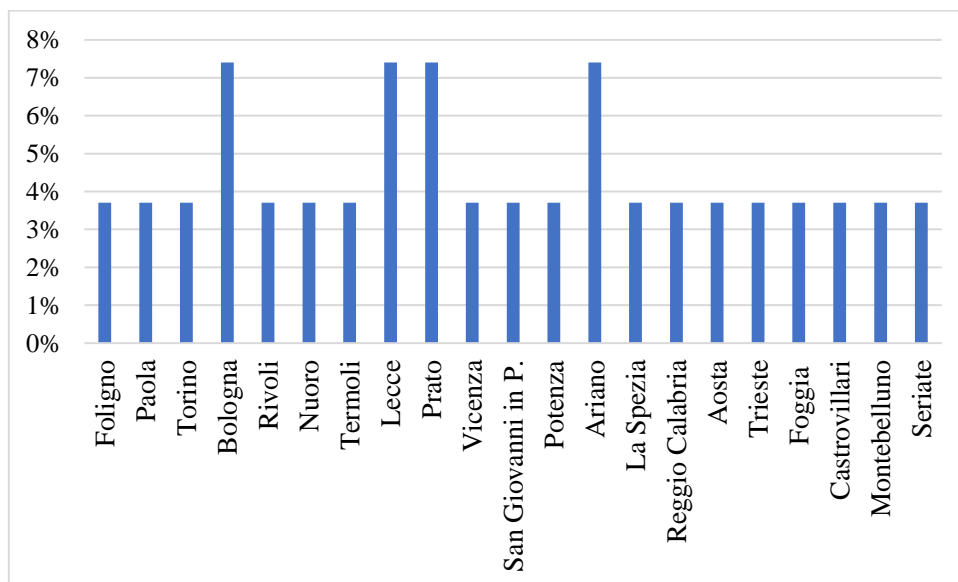


Figura 23: città in cui prestano servizio i medici. Fonte: elaborazione propria.

6 In che Unità Operativa lavora?

20 dei medici intervistati lavorano presso un Pronto Soccorso Ospedaliero (74,1%), 5 presso un DEA di primo livello (18,5%), 1 in un Punto di Primo Intervento (3,7%) e 1 in un DEA di secondo livello (3,7).

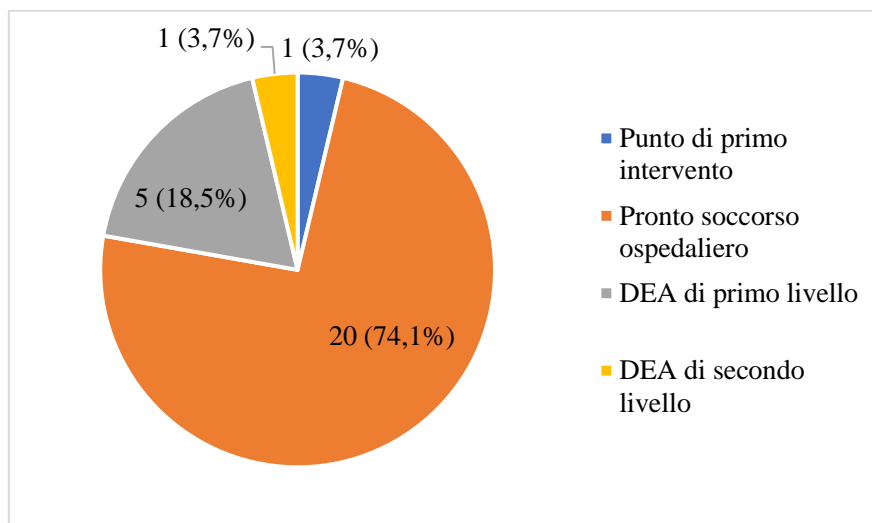


Figura VIII: U.O. in cui lavorano i medici. Fonte: elaborazione propria.

7 Anni di servizio: la media di tale dato è 8,7anni, con un minimo di 1 anno e un massimo di 25 anni.

8 Anni di servizio presso l'attuale Unità Operativa: la media di tale dato è 5,7 anni, con un minimo di un anno e un massimo di 20 anni.

9 Conosce il modello operativo See & Treat?

19 medici conoscevano già il modello See & Treat (70,4%), 8 invece non ancora (29,6%).

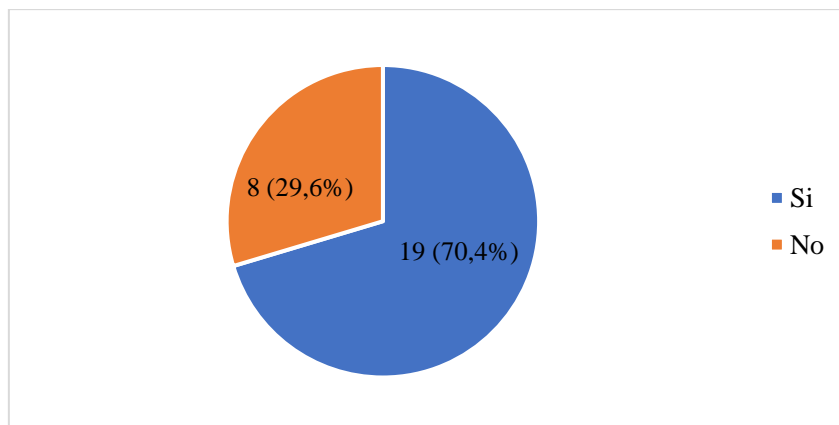


Figura 25: conoscenza del modello See & Treat dei medici. Fonte: elaborazione propria.

10 Come è venuto a conoscenza di questo modello (possibile più di una risposta)?

6 medici hanno risposto di aver conosciuto il See & Treat seguendo corsi di formazione (22%), 6 leggendo riviste, articoli e navigando sul web (22%), 2 lo stanno attualmente utilizzando (7%), 8 non lo conoscevano precedentemente e hanno letto la presentazione del questionario (30%), a 5 medici è stato riferito da un collega (19%), nessuno dei medici intervistati lo ha testato su un precedente posto di lavoro o ha scritto nella risposta “altro”.

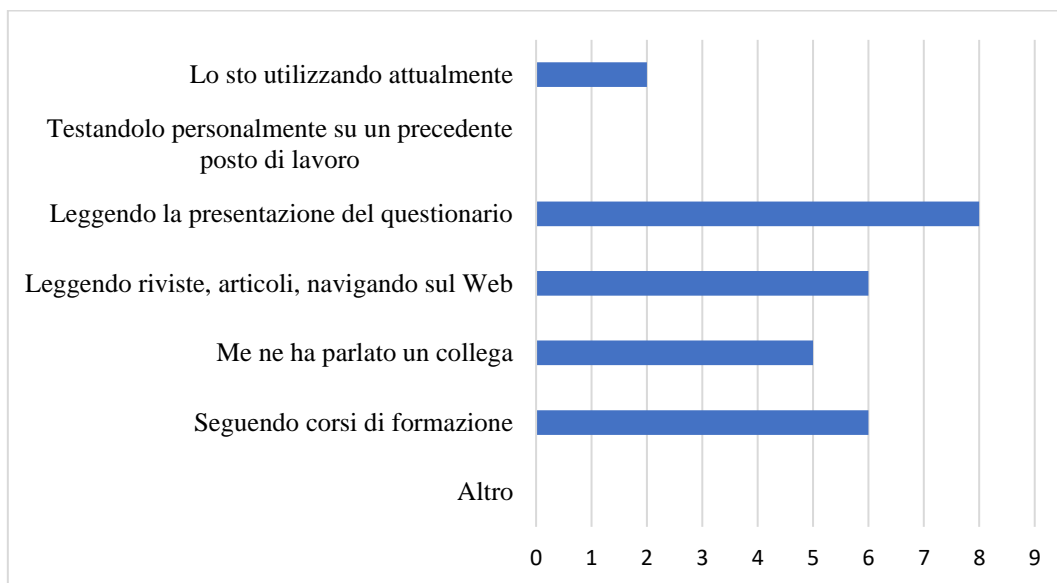


Figura 26IX: modalità di conoscenza del See & Treat dei medici. Fonte: elaborazione propria.

11 Dove ha utilizzato il modello operativo See & Treat? (Se non lo ha mai utilizzato passi alla successiva domanda)

2 medici hanno risposto di utilizzare attualmente questo modello a Prato.

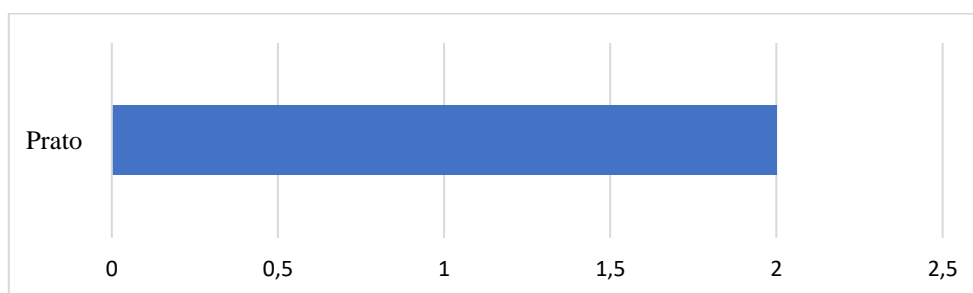


Figura X: città in cui il medico ha utilizzato il See & Treat. Fonte: elaborazione propria.

12 Quanto, secondo lei, il See & Treat può essere un sistema valido per ridurre i tempi di attesa dei codici minori?

15 dei medici intervistati hanno risposto “moltissimo” (55,6%), 8 hanno risposto “molto” (29,6%), 4 abbastanza (14,8%), nessuno ha risposto “poco” o ”pochissimo”.

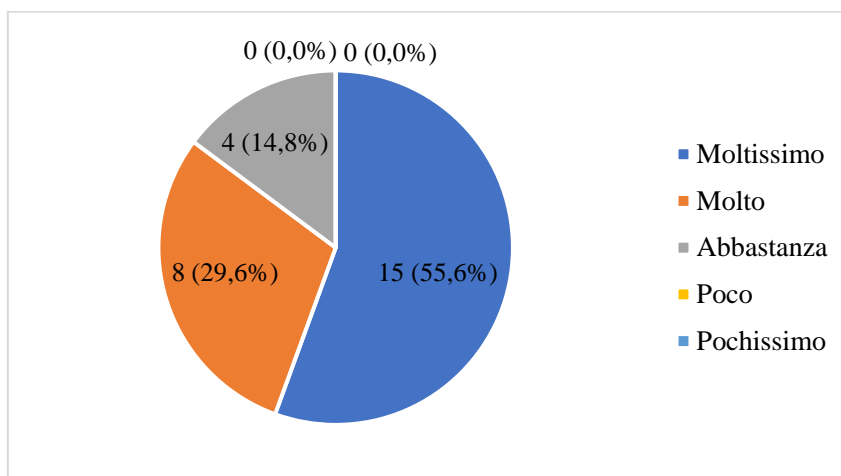


Figura 28: scala likert sulla validità del See & Treat per la riduzione dei tempi di attesa secondo i medici. Fonte: elaborazione propria.

13 Quali tra questi aspetti positivi e negativi sono, secondo lei, più rilevanti? (Massimo 3 risposte)

L'aspetto ritenuto più rilevante dai medici intervistati è l'ottimale gestione del fenomeno del sovraffollamento il Pronto Soccorso (22 risposte), seguito da la gestione efficace delle risorse professionali (19 risposte), l'aumento di responsabilità per l'infermieri (8 risposte), l'attenzione rivolta al budget aziendale (6 risposte), la solidificazione del rapporto medico infermiere (6 risposte), la contemporanea presenza di un percorso Fast-Track, la necessità della firma del medico per la dimissione (5 risposte), la mancanza di retribuzioni aggiuntive per infermieri e medici-tutor (4 risposte), l'impiego degli infermieri più esperti nei codici minori (3 risposte) e l'aumento di soddisfazione dei pazienti (1 risposta). Nessuno ha ritenuto essere un aspetto rilevante la riduzione della qualità dell'assistenza.

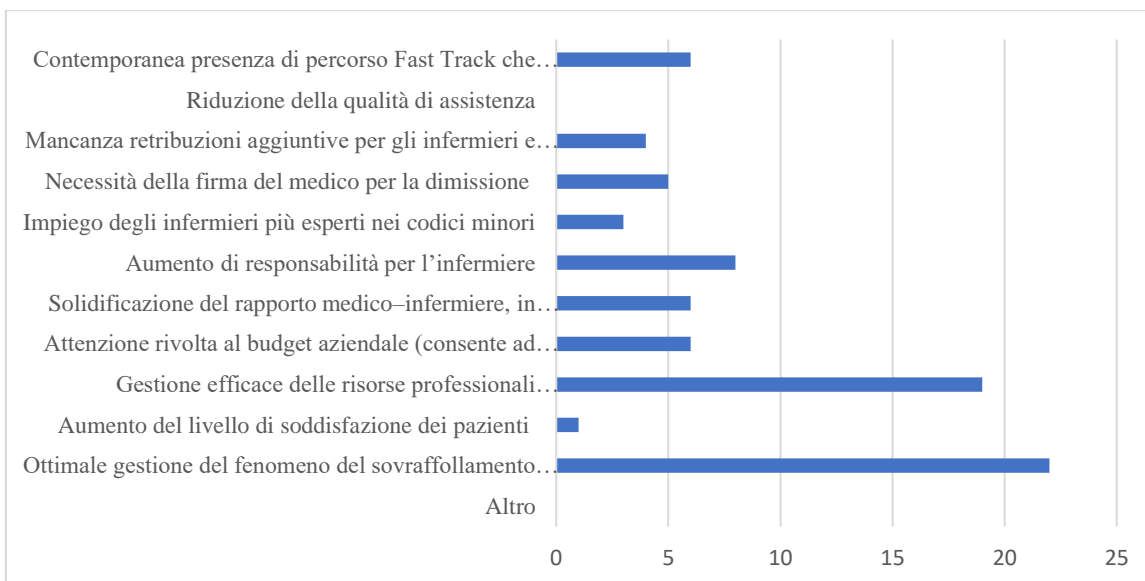


Figura 29: aspetti negativi e positivi più rilevanti secondo i medici. Fonte: elaborazione propria.

14 Quanto ritiene che il See & Treat possa rappresentare un valore aggiunto alla professione infermieristica?

18 medici hanno risposto moltissimo (66,7%), 7 molto (25,9%), 1 abbastanza (3,7%), 1 poco (3,7%) e nessuno pochissimo.

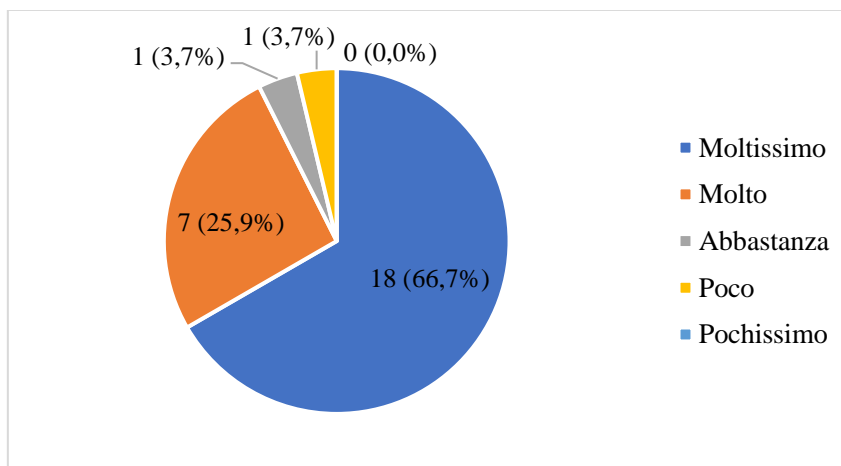


Figura 30: scala likert sulla possibilità che il See & Treat rappresenti un valore aggiunto alla professione infermieristica secondo i medici. Fonte: Elaborazione propria.

15 Quanto pensa che si possano creare conflitti medico-infermiere durante l'esecuzione del See & Treat?

2 medici hanno risposto moltissimo (7,4%), 5 molto (18,5%), 3 abbastanza (11,1%), 7 poco (25,9%) e 10 pochissimo (37%).

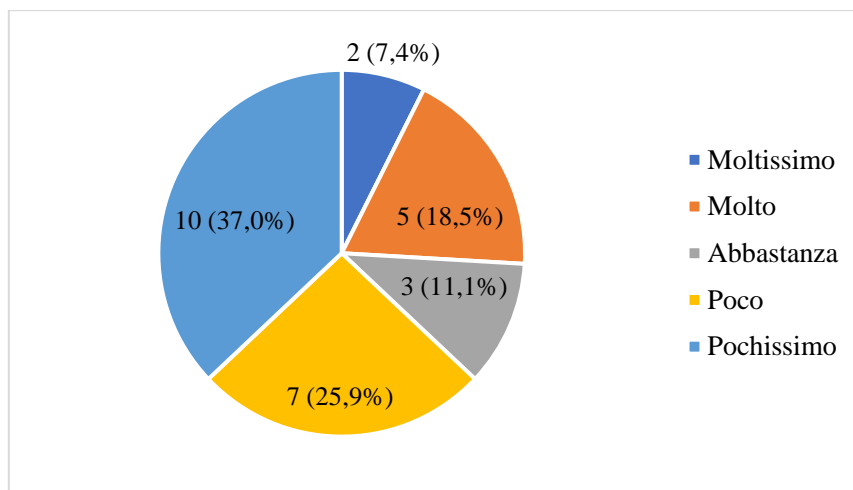


Figura 31: scala likert sulla possibilità che si vengano a creare conflitti medico-infermieristici durante l'esecuzione del See & Treat secondo i medici. Fonte: elaborazione propria.

16 Se al momento non sta utilizzando questo modello, quanto sarebbe disponibile a partecipare ad un progetto di formazione per acquisire le conoscenze e competenze per l'applicazione del See & Treat come Infermiere o Medico Tutor?

15 medici hanno risposto moltissimo (60%), 4 molto (16%), 3 abbastanza (12%), 3 poco (12%) e nessuno pochissimo.

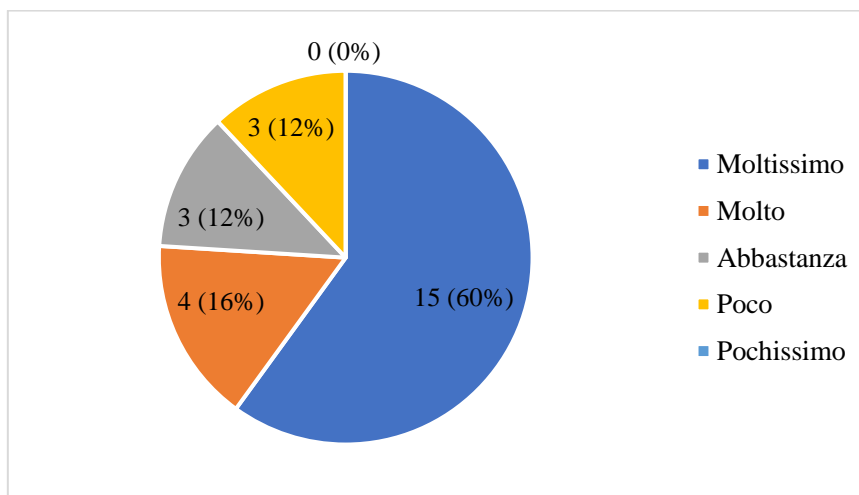


Figura XI: scala likert sulla disponibilità a partecipare ad un progetto di See & Treat come medico tutor. Fonte: elaborazione propria.

17 Durante la sua attività lavorativa quante volte le è capitato di eseguire in autonomia (se infermiere) o di far eseguire in autonomia all'infermiere (se medico) prestazioni sanitarie minori (es. sutura di una ferita, sostituzione di un catetere vescicale)?

17 medici hanno risposto moltissimo (63%), 5 molto (18,5%), 4 abbastanza (14,8%), 1 poco (3,7%) e nessuno pochissimo.

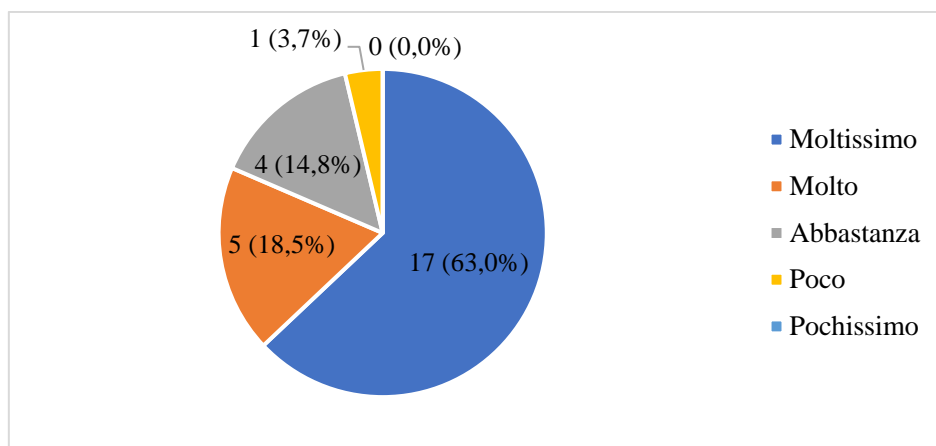


Figura 33: scala likert relativa alla frequenza con la quale è capitato ai medici di far eseguire agli infermieri prestazioni sanitarie minori in autonomia. Fonte: elaborazione propria

18. Quanto spesso ha pensato che per alcune prestazioni sanitarie, l'utente abbia aspettato troppo tempo per la visita medica, con la consapevolezza che l'infermiere avrebbe potuto gestirlo in autonomia?

17 medici hanno risposto moltissimo (63%), 3 molto (11,1%), 5 abbastanza (18,5%), 1 poco (3,7%) e 1 pochissimo (3,7).

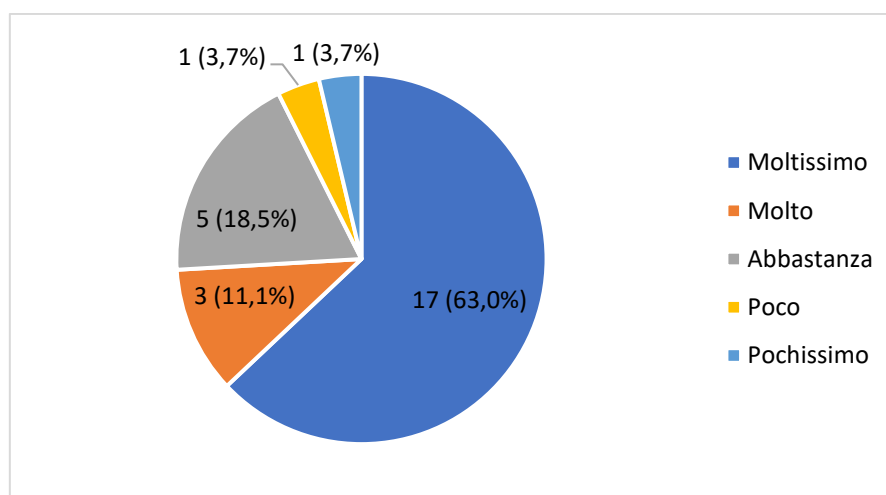


Figura 34: scala likert relativa alla frequenza in cui il medico ha pensato di poter far eseguire una prestazione sanitaria minore in autonomia dall'infermiere. Fonte: elaborazione propria.

19. Quanto secondo lei il cittadino è in grado di comprendere la completezza di una prestazione sanitaria erogata autonomamente dall'infermiere?

13 medici hanno risposto moltissimo (48,1%), 4 molto (14,8%), 4 abbastanza (14,8%), 4 poco (14,8%) e 2 pochissimo (7,4%).

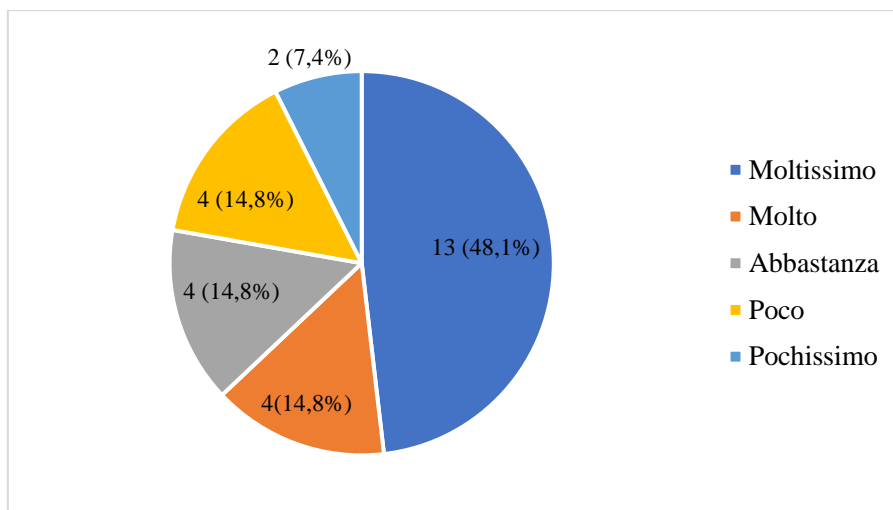


Figura 35: scala likert relativa al grado in cui gli utenti possono comprendere la completezza di una prestazione infermieristica secondo i medici. Fonte: elaborazione propria.

20 Valutazione di tre flow chart:

A. Ostruzione/sostituzione di catetere vescicale:

22 medici hanno risposto moltissimo (81,5%), 3 molto (11,1%), 1 abbastanza (3,7%), 1 poco (3,7%) e nessuno pochissimo.

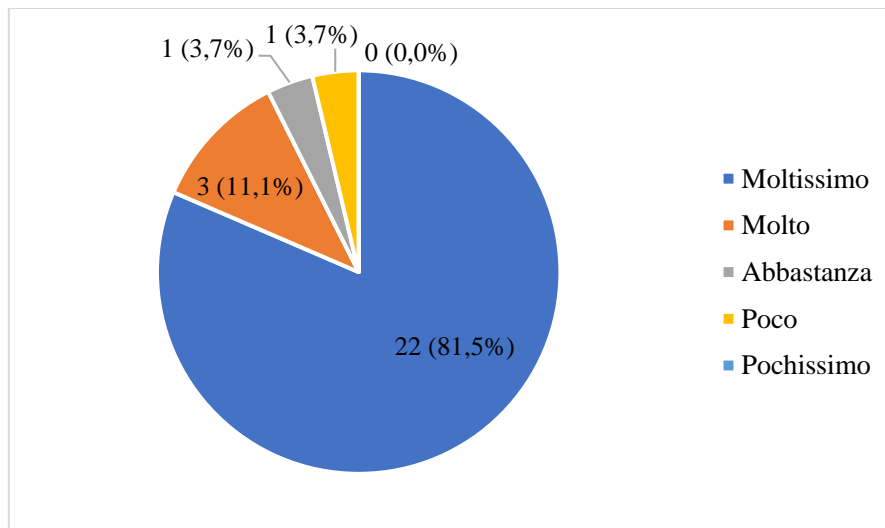


Figura 36: scala likert sulla valutazione dell'appropriatezza della flow chart "Ostruzione/ sostituzione catetere vescicale" secondo i medici. Fonte: elaborazione propria.

B. Ferite

11 medici hanno risposto moltissimo (40,7%), 7 molto (25,9%), 4 abbastanza (14,8%), 4 poco (14,8%) e 1 pochissimo (3,7).

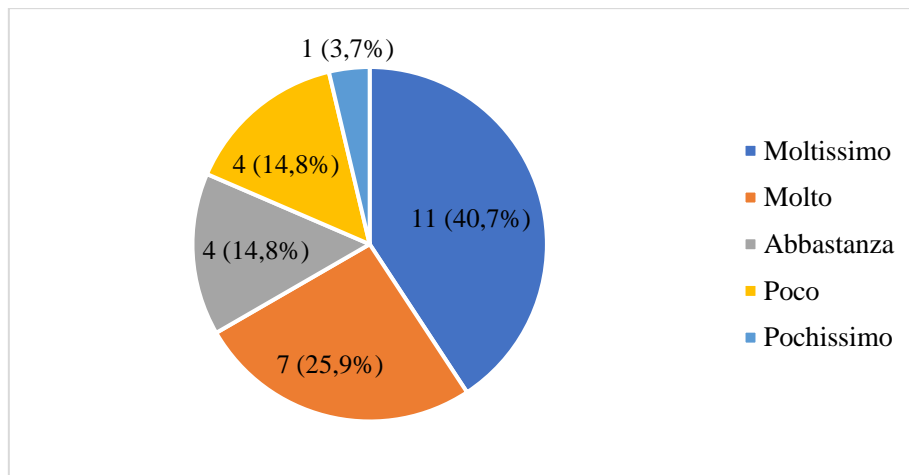


Figura 37: scala likert sulla valutazione dell'appropriatezza della flow chart "Ferite" secondo i medici. Fonte: elaborazione propria.

C. Ciste sebacea

7 medici hanno risposto moltissimo (25,9%), 5 molto (18,5%), 7 abbastanza (25,9%), 4 poco (14,8%) e 4 pochissimo (14,8%).

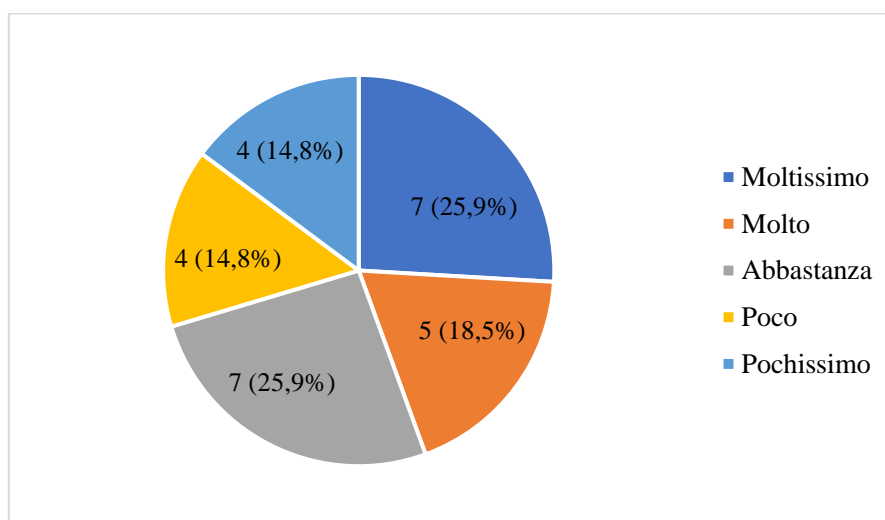


Figura XII: scala likert sulla valutazione dell'appropriatezza della flow chart "Ciste sebacea" secondo i medici. Fonte: elaborazione propria.

4. Discussione

Dall'analisi effettuata sui risultati ottenuti emerge che gli infermieri, rispetto ai medici, hanno una maggiore conoscenza del modello See & Treat (*Figure: 7 e 25*) data in particolare da corsi di formazione e o da letture di articoli, riviste o siti web (*Figure: 8 e 26*).

È stato possibile inoltre, attraverso la domanda n.11, alla quale hanno risposto 2 medici e 7 infermieri, identificare alcuni dei Pronto Soccorsi in cui ad oggi è presente un percorso See & Treat (*Figura: 9 e 27*):

- Arezzo (AR);
- Montepulciano (SI);
- Firenze (FI);
- Prato (PO);
- Livorno (LI);
- Ravenna (RA).

Interessante è inoltre costatare come alla domanda n. 12, che va a indagare la validità del See & Treat, secondo il singolo professionista, per la riduzione dei tempi di attesa per i codici minori (*Figure: 10 e 28*), più medici abbiano dato parere favorevole (moltissimo 55,6%) rispetto agli infermieri (46,8%). Analizzando invece esclusivamente i 9 questionari compilati dai professionisti (7 infermieri e 2 medici) che attualmente utilizzano il See & Treat, tra questi alla domanda n.12, 5 hanno risposto “moltissimo”, i restanti 4 hanno risposto “molto”, rendendoci nota pertanto, l'effettiva efficacia del See & Treat per la riduzione dei tempi di attesa dei codici minori, per mezzo di una valutazione di chi applica attualmente e quotidianamente questo modello.

Emerge inoltre dalla domanda n. 13 che per entrambe le professioni gli aspetti più rilevanti del See & Treat siano l'ottimale gestione del fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso e la gestione efficace delle risorse professionali (consente di impegnare i medici su casi più urgenti), entrambi aspetti positivi del See & Treat (*Figure: 11 e 29*). Gli aspetti negativi ritenuti più rilevanti dai professionisti intervistati sono invece: l'impiego di infermieri più esperti nei codici minori, la mancanza di retribuzioni aggiuntive per infermieri e medici tutor e la contemporanea presenza di un percorso Fast-Track che potrebbe ridurre il numero dei casi trattabili con il See & Treat, aspetti già

individuati in letteratura, ma ritenuti meno rilevanti rispetto agli aspetti positivi di questo modello dai professionisti intervistati.

Alla domanda n.14 che indaga quanto il See & Treat può essere ritenuto un valore aggiunto alla professione infermieristica, le risposte sono state analoghe per infermieri e per medici che hanno dato nel complesso, salvo pochissime eccezioni, un parere favorevole in merito (*Figure: 21 e 30*).

Interessanti sono anche le percentuali relative alla domanda n. 16 che va a indagare la disponibilità a partecipare ad un progetto di formazione per acquisire le conoscenze e competenze per l'applicazione del See & Treat, in quanto vediamo anche qui i medici più favorevoli degli infermieri, rispettivamente hanno scelto "moltissimo" il 60% e il 51,1% degli intervistati (*Figure: 14 e 32*). Analizzando ulteriormente questa domanda, si è notata una sostanziale differenza nelle 65 risposte (hanno risposto soltanto medici e infermieri che attualmente non utilizzano il See & Treat) in base all'U.O. in cui i professionisti lavorano, infatti la risposta "moltissimo" è stata scelta da 30 medici e infermieri su 42 prestanti servizio presso un Pronto Soccorso (71% del totale), da 5 su 14 prestanti servizio presso un DEA di primo livello (35% del totale), da 2 su 7 prestanti servizio presso un DEA di secondo livello (28,5% del totale) e da 1 dei 2 prestanti servizio in un Punto di Primo Intervento, dimostrando pertanto un maggiore predisposizione all'implementazione di questo modello del personale dei Pronto Soccorso. Un'altra differenza, seppur lieve, è stata notata analizzando e dividendo le risposte della domanda n. 16, per regioni d'Italia raggruppate per nord (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige), centro (Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Sardegna, Molise, Abruzzo) e sud (Puglia, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia); infatti hanno risposto "moltissimo" 17 su 25 professionisti operanti in una delle regioni del nord (68 % del totale), 14 su 26 operanti in una regione del centro (54% del totale) e infine 7 su 14 operanti in una regione del sud (50% del totale). Inoltre è importante evidenziare come nessuno dei professionisti operanti in una regione del nord abbia scelto le risposte "poco o pochissimo", selezionate invece da 2 medici ed infermieri del centro e 3 del sud.

Gli aspetti che riportano maggiore criticità, secondo i professionisti che hanno compilato il questionario, sono in particolare la possibilità di eventuali conflitti medico-infermiere durante l'esecuzione del See & Treat (*Figure: 13 e 31*) e l'incapacità dell'utente di comprendere la completezza di una prestazione sanitaria erogata autonomamente

dall'infermiere (*Figure: 17 e 35*). Quest'ultimo aspetto è in realtà smentito dalla letteratura, in quanto sappiamo attraverso uno studio effettuato in Toscana nel quale si valuta il grado di soddisfazione degli utenti sottoposti al See & Treat, la qualità di assistenza percepita da quest'ultimi è stata superiore rispetto a quella percepita dagli utenti trattati con un percorso tradizionale (si sono definiti "pienamente soddisfatti" rispettivamente il 39,6% e il 21,9% dei pazienti) (Rosselli ed al., 2012).

I dati ottenuti dalla domanda n.17 relativa emerge la rilevante frequenza con cui, durante la pratica clinica l'infermiere esegue in autonomia prestazioni sanitarie minori (*Figure: 15 e 33*), attuando di fatto quello che la letteratura è chiamato "See & Treat non istituzionale", rilevando pertanto l'effettiva esigenza dell'implementazione di questo modello. La letteratura tuttavia precisa, come il See & Treat non istituzionale, sia una consuetudine in particolare nei piccoli Pronto Soccorso (Rosselli et al.,2012), ciò è stato confermato anche dai risultati ottenuti attraverso il questionario in quanto alla domanda n. 17 hanno risposto "moltissimo" 25 dei 45 professionisti operanti nei Pronto Soccorso (55,5% del totale), 7 dei 17 operanti in un DEA di primo livello (14% del totale) e 4 dei 10 operanti in un DEA di secondo livello (40% del totale), ma non è stata scelta da nessuno dei due professionisti operanti presso un Punto di Primo Intervento.

Dall'analisi effettuata invece sulla domanda n.20 relativa alla valutazione di tre flow chart, ostruzione/sostituzione di catetere vescicale (*Figure: 18 e 36*), ferite (*Figure: 19 e 37*) , ciste sebacea (*Figure: 20 e 38*), l'appropriatezza delle flow chart, secondo i professionisti, si è dimostrata essere inversamente proporzionale alla difficoltà di esecuzione della procedura, pur mantenendo tuttavia, anche se in percentuali diverse, un parere favorevole (moltissimo-molto) sull'esecuzione di tali procedure in autonomia dall'infermiere.

Lo studio presenta tuttavia alcune limitazioni. Innanzitutto i dati ottenuti, salvo rare eccezioni (7 infermieri e 2 medici) sono frutto di una percezione personale, maturata da conoscenze antecedenti o dalla lettura della presentazione del questionario e non, come sarebbe stato auspicabile da un'esperienza diretta con il modello See & Treat. Il secondo limite è invece dato dalla ridotta dimensione del campione preso in esame (47 infermieri e 27 medici) rispetto alla popolazione di riferimento.

5. Conclusioni

Il modello See & Treat, sin dagli esordi, si è dimostrato essere un percorso valido, per la riduzione dei tempi di attesa per i codici minori, senza compromettere la qualità dell'assistenza e la soddisfazione dei pazienti e ottenendo nei vari studi effettuati in Inghilterra, Canada, Australia, Stati Uniti e Italia sempre risultati che hanno permesso la sua rapida diffusione. Pur essendo presente in alcune regioni e pur essendo raccomandato dalla recenti Linee di Indirizzo per il Triage Infermieristico Intraospedaliero, il See & Treat fatica a diffondersi sul territorio nazionale italiano, dove la professionalità degli infermieri è da sempre poco riconosciuta.

Nonostante ciò, i risultati emersi dallo studio effettuato ai fini di questa tesi, che va a valutare la predisposizione e la percezione degli infermieri e dei medici di Pronto Soccorso in Italia sull'eventuale implementazione di questo modello, sono molto soddisfacenti in quanto evidenziano una considerazione positiva dei professionisti sulla validità del modello See & Treat per la riduzione dei tempi di attesa per i codici minori e portano alla luce la disponibilità, di medici e infermieri all'implementazione di tale modello. Importanti sono inoltre i dati relativi alla frequenza in cui l'infermiere agisce in autonomia per prestazioni minori, mettendo dunque alla luce l'effettivo bisogno di questo modello, per i Pronto Soccorso italiani.

Pertanto, nel loro complesso i risultati ottenuti rivelano una concezione positiva dei professionisti sul See & Treat, come esempio di avanguardia per la Sanità Italiana nell'ottica di una migliore qualità delle cure, un'attenzione maggiore al budget delle aziende sanitarie e un maggiore riconoscimento della professionalità dell'infermiere.

Bibliografia:

-DPR 27 Marzo 1969, n. 128 “Ordinamento interno dei servizi ospedalieri”; Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 23 aprile 1969, n. 104.

-Decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015 n.70; Disponibile all’indirizzo: <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?id=4716&area=Lea&menu=ospedaliera>.

-Rosselli, A., Becattini, G., Cappugi, M., Francois, C., Ruggeri, M., (2012) “See and Treat Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso”. 4th ed. Firenze: Giunti.

-Ministero della Salute. (2019) “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero.” Disponibile all’indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf.

- Ministero della Salute. I codici colore gravità (triage). Salute.gov.it. Pubblicato: 13 giugno 2008, aggiornato 8 febbraio 2013, ultima consultazione 29 settembre 2020
Disponibile all’indirizzo: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1052&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto.

-Maria Pia Ruggieri. (2017).” Il sovraffollamento in Pronto Soccorso: analisi e soluzioni possibili.” Disponibile all’indirizzo: file:///C:/Users/39327/Downloads/4_Ruggieri_19.pdf.

-Rastrelli G, Cavazza M, Cervellin G. (2010). “Sovraffollamento in pronto soccorso. Emergency care journal” ; Disponibile all’indirizzo: <http://www.acemc.it/docs/Sovraffollamento-GIU-2010.pdf>.

-Rogers T, Ross N, Spooner D. (2004). “Evaluation of a ‘See and treat’ pilot study introduced to an emergency department. Accident and Emergency Nursing”; Disponibile all’indirizzo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14700568/>.

[-Sakr M, Angus J, Perrin J, Nixon C, Nichol J, Wardrope J.\(1999\) “Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial”](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673699024472#)
Disponibile all’indirizzo: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673699024472#>

- [Jennings N, O'Reilly G, Lee G, Cameron P, Free B, Bailey M. \(2008\) "Evaluating outcomes of the emergency nurse practitioner role in a major urban emergency department, Melbourne, Australia."](#) Disponibile all'indirizzo: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2007.02038>.

- [Ducharme J, Alder R, Pelletier C, Murray D, Tepper J, \(2009\) "The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments"](#) Disponibile all'indirizzo: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-emergency-medicine/article/impact-on-patient-flow-after-the-integration-of-nurse-practitioners-and-physician-assistants-in-6-ontario-emergency-departments/C77AB35E7C1072F4D8D8B8A9D47982F9>

-Progetto di sperimentazione del modelli See & Treat in Pronto Soccorso; (n.d); disponibile all'indirizzo: <http://docplayer.it/19173088-Progetto-di-sperimentazione-del-modello-see-treat-in-pronto-soccorso.html>.

- Consiglio Sanitario della Regione Toscana, (2007). "Proposta di sperimentazione del modello "See and Treat" in Pronto Soccorso".

- Rosselli A, Francois C, Massai D, Becattini G, Paffetti M, Ruggeri M, Gasperini S. (2011)" Risultati della sperimentazione del See and Treat. Toscana Medica".

-Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna. (2010) "Esposto a carico delle Regioni Emilia Romagna e Toscana per profili di interesse di 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".

- Radice C, Ghinaglia M, Doneda R, Bollini G. (2013) "See and Treat" in Pronto Soccorso: aspetti legali e responsabilità professionale infermieristica. Professioni Infermieristiche".

- Testa,F. (2014) L'infermiere e il See and Treat. Collegio degli Infermieri della Provincia di Arezzo

Allegati

Allegato n.1

Questionario- See & Treat

Gentile Dott/ Dott.ssa, sono una studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica presso l'Università Politecnica delle Marche e sto indagando sulla predisposizione dei professionisti che operano in pronto soccorso all'implementazione del modello operativo See & Treat. A tal fine chiederei alcuni minuti del suo tempo per la compilazione del questionario sottostante.

La informo che i dati raccolti saranno soggetti a elaborazione statistica e trasformati in forma totalmente anonima. In tale forma verranno utilizzati a fini didattici, per la dissertazione della Tesi di Laurea ed eventualmente inseriti in pubblicazioni, presentati a congressi, convegni e seminari.

Cos'è il See & Treat?

Il See & Treat è un modello organizzativo del Pronto Soccorso in cui infermieri esperti ed opportunamente formati prendono in carico e trattano pazienti con problematiche minori, attenendosi a precisi protocolli medico-infermieristici al fine di dare una risposta efficace al problema dell'overcrowding.

In Italia il modello See & Treat è stato applicato nel 2007 in alcuni ospedali della regione Toscana, dove sono stati elaborati 46 protocolli operativi specifici per problematiche minori. Ciascun protocollo operativo contiene: note introduttive, modalità di presentazione al triage, segnali dall'allarme/esclusione, oggettivazione e conferma della problematica minore presa in esame, attenzioni/trabocchetti, scopo/finalità, materiali, interventi, istruzioni per il rinvio a domicilio, avvertenze allegate alla dimissione (firmata sia dall'infermiere che dal medico tutor), flow chart e bibliografia di riferimento. I 46 protocolli operativi individuati sono stati raggruppati per area:

-problemi oculistici: irritazione da lenti a contatto, congiuntivite, ecchimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva, emorragia sottocongiuntivale, corpo estraneo congiuntivale.

-problemi otorinolaringoiatrici: corpo estraneo nell'orecchio esterno, tappo di cerume, otite esterna, corpo estraneo nel naso, epistassi, rinite

-problemi muscoloscheletrici: torcicollo, lombalgia acuta ricorrente, dolore monoarticolare acuto di origine non traumatica

-problemi odontostomatologici: lussazione ricorrente della mandibola, odontalgia, problemi post-estrazione dentaria

-problemi gastrointestinali: diarrea acuta non ematica, singhiozzo, rimozione/sostituzione sondino naso-gastrico

-problemi urinari: infezioni del tratto urinario inferiore, ostruzione/sostituzione di catetere vescicale

-problemi traumatologici: ferite, rimozione dei punti di sutura, abrasione, avulsione superficiale della punta del dito, contusioni minori degli arti, pronazione dolorosa del gomito, intrappolamento nella lampa, rimozione di anello dal 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

-problemi dermatologici: cisti sebacea, geloni, dermatite da contatto (eczema), foruncolo, orticaria, infezioni ungueali, idrosadenite, verruche, pediculosi

Sono poi stati elaborati cinque protocolli operativi trasversali inerenti a trattamenti comuni a più problematiche: terapia del dolore acuto, anestesia locale, profilassi antitetanica, profilassi e terapia antibiotica, applicazioni fredde, test gravidico di esclusione. Hanno partecipato alla sperimentazione toscana infermieri con 3 anni di esperienza di triage di PS e dopo una formazione con corso specifico di 6 mesi pari a 350 ore (teorico e pratico).

Alla fine della sperimentazione toscana i risultati sono stati ampiamente soddisfacenti per la riduzione effettiva dei tempi di attesa e per l'aumento del grado di soddisfazione degli utenti, motivo per il quale la regione Toscana ha proseguito con la sperimentazione e con l'implementazione del See & Treat anche in altri ospedali.

Caratteristiche del campione:

1. Sesso:

- Maschio
- Femmina

2. Professione svolta:
 - Medico
 - Infermiere

3. Titolo di studio (domanda per i soli infermieri, possibile più di una risposta):
 - Diploma di Infermiere Professionale
 - Diploma universitario in Scienze Infermieristiche
 - Laurea triennale in Infermieristica
 - Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
 - Dottorato di ricerca in Scienze Infermieristiche
 - Altro.....

4. In quale regione d'Italia lavora?

.....

5. Specifichi cortesemente il nome della città:

.....

6. In che Unità Operativa lavora?
 - Punto di primo intervento
 - Pronto soccorso ospedaliero
 - DEA di primo livello
 - DEA di secondo livello
 - Altro.....

7. Anni di servizio:.....

8. Anni di servizio presso l'attuale Unità Operativa:.....

Familiarità con il modello See & Treat

9. Conosce il modello operativo See & Treat?
 - Sì
 - No
 - Altro.....

10. Come è venuto a conoscenza di questo modello?

- Seguendo corsi di formazione
- Me ne ha parlato un collega
- Leggendo riviste, articoli, navigando sul Web
- Testandolo personalmente su un precedente posto di lavoro
- Lo sto utilizzando attualmente
- Leggendo la presentazione del questionario
- Altro.....

11. Dove ha utilizzato il modello operativo See & Treat? (Se non lo ha mai utilizzato passi alla successiva domanda)

Percezioni sul See & Treat

12. Quanto, secondo lei, il See & Treat può essere un sistema valido per ridurre i tempi di attesa dei codici minori?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

13. Quali tra questi aspetti positivi e negativi sono, secondo lei, più rilevanti? (Massimo 3 risposte)

- Ottimale gestione del fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso
- Aumento del livello di soddisfazione dei pazienti
- Gestione efficace delle risorse professionali (consente di impegnare i medici su casi più urgenti)
- Attenzione rivolta al budget aziendale (consente ad esempio il risparmio di risorse, di esami diagnostici, ecc...)
- Solidificazione del rapporto medico–infermiere, in quanto si esegue un lavoro di squadra all'interno del DEA
- Aumento di responsabilità per l'infermiere
- Impiego degli infermieri più esperti nei codici minori
- Necessità della firma del medico per la dimissione
- Mancanza retribuzioni aggiuntive per gli infermieri e per i medici tutor
- Riduzione della qualità di assistenza
- Contemporanea presenza di percorso Fast Track che potrebbe ridurre il numero dei casi trattabili con il See & Treat
- Altro.....
-

14. Quanto ritiene che il See & Treat possa rappresentare un valore aggiunto alla professione infermieristica?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

15. Quanto pensa che si possano creare conflitti medico-infermiere durante l'esecuzione del See & Treat?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

Predisposizione degli operatori all'implementazione del See & Treat

16. Se al momento non sta utilizzando questo modello, quanto sarebbe disponibile a partecipare ad un progetto di formazione per acquisire le conoscenze e competenze per l'applicazione del See & Treat come Infermiere o Medico Tutor?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

17. Durante la tua attività lavorativa quante volte le è capitato di eseguire in autonomia (se infermiere) o di far eseguire in autonomia all'infermiere (se medico) prestazioni sanitarie minori (es. sutura di una ferita, sostituzione di un catetere vescicale)?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

18. Quanto spesso ha pensato che per alcune prestazioni sanitarie, l'utente abbia aspettato troppo tempo per la visita medica, con la consapevolezza che l'infermiere avrebbe potuto gestirlo in autonomia?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

Predisposizione dell'utente all'implementazione del See & Treat

19. Quanto secondo lei il cittadino è in grado di comprendere la completezza di una prestazione sanitaria erogata autonomamente dall'infermiere?

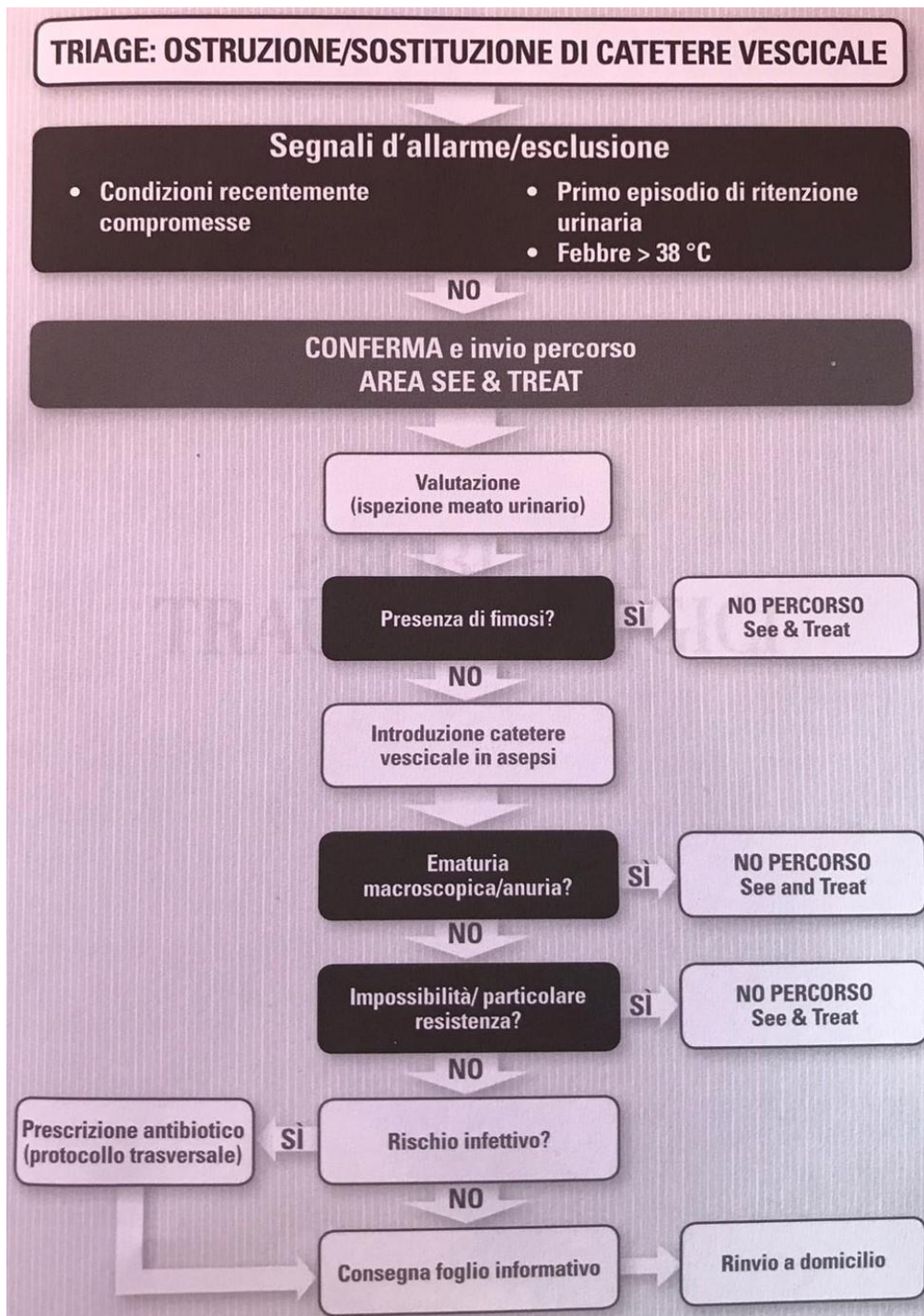
Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

Valutazione dell'appropriatezza di tre flow chart

20. Di seguito sono riportate tre flow chart relative a protocolli operativi elaborati durante la sperimentazione toscana. Indichi quanto, secondo lei, sia appropriato far eseguire questi trattamenti dall'infermiere, previa formazione. Fonte: Rosselli, A., Becattini et al (2012) See and Treat Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso. 4th ed. Firenze: Giunti.

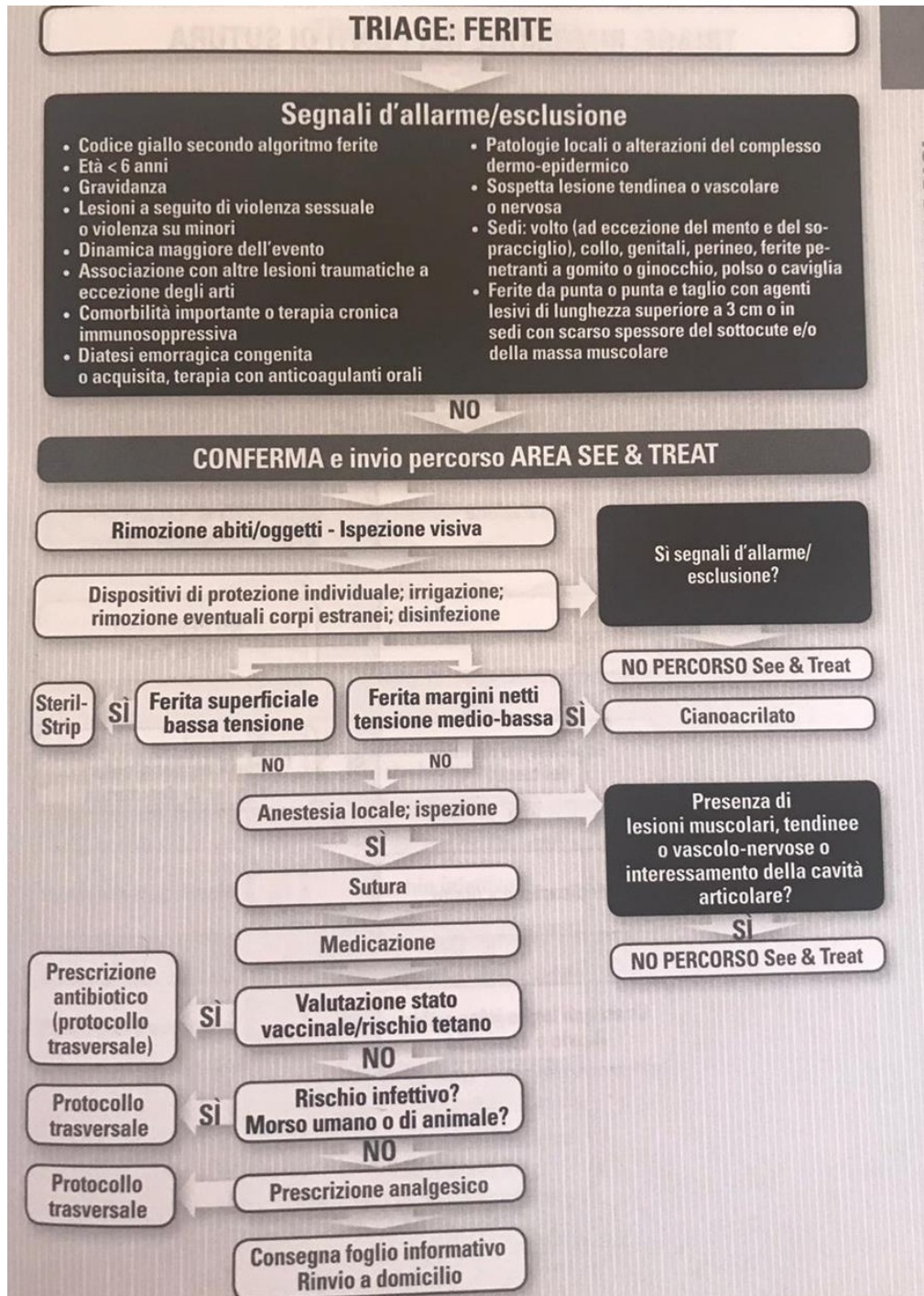
A. Ostruzione/sostituzione di catetere vescicale:

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo



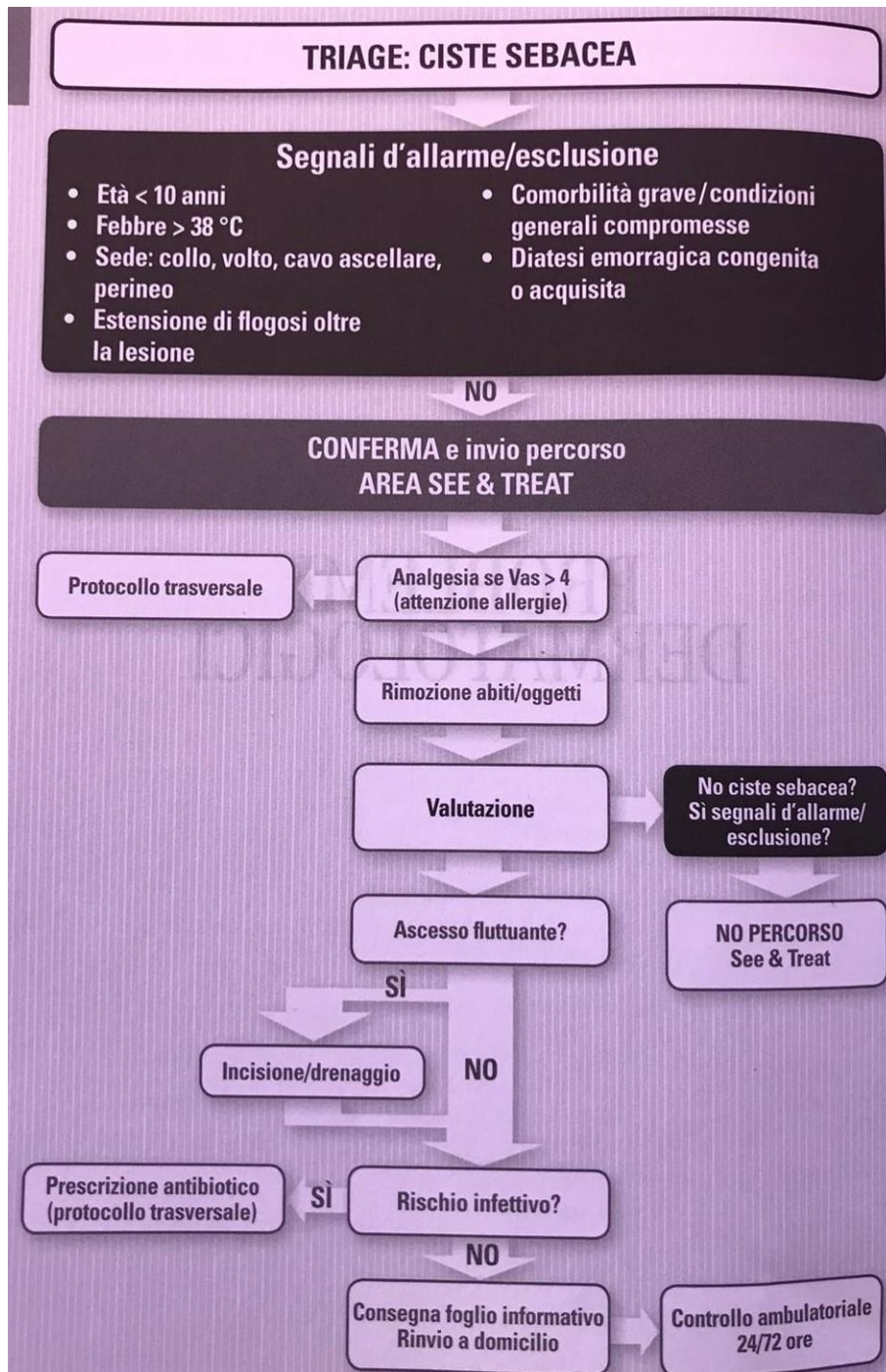
B. Ferite:

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo



C. Ciste sebacea

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo



Ringraziamenti

A conclusione di questo elaborato e di questi tre anni desidero ringraziare quanti mi hanno sostenuta e accompagnata in questo percorso.

Le prime persone che voglio ringraziare sono i miei genitori, Alessandro e Anna Rita, per il sostegno e l'affetto che in questi anni, seppur da lontano, non mi hanno mai fatto mancare. Se finalmente ho raggiunto questo traguardo è soprattutto grazie a voi, al vostro amore e ai vostri sacrifici. Grazie per aver sempre creduto in me e nelle mie capacità e per avermi aiutata a realizzare questo piccolo grande sogno.

Grazie a mia sorella Chiara e a mio fratello Antonio, per essermi stati accanto in questo percorso, per essere stati, insieme a mamma e papà, i primi tifosi di questa avventura e per avermi supportata e sopportata anche quando neanche io ci credevo abbastanza, per poi gioire con me di tutte le mie vittorie.

Senza voi quattro, tutto ciò non sarebbe stato possibile, proprio per questo penso che questa laurea e questo traguardo siano anche un po' vostri!

Grazie ai miei nonni giovani Carmela ed Antonio per avermi sempre sostenuta e coccolata ad ogni ritorno.

Grazie ad Alessandra, per essere l'amica che soltanto tu sai essere anche quando vedersi diventa impossibile. Grazie per essere stata una speciale compagna di banco prima e un fondamentale sostegno poi. In questi tre anni ho sempre saputo di poter trovare in te una consigliera, un' incoraggiatrice, ma soprattutto un'amica speciale.

Grazie a Roselina, o meglio alla mia "sorella torrettiana", per essere stata il mio punto fermo anconetano e per la sua presenza nei momenti più belli come in quelli più difficili di questo percorso. Grazie per non essere rimasta una semplice coinquilina, ma per essere diventata un'amica insostituibile e una fonte di tante risate.

Grazie a Chiara Spinozzi per essere stata la migliore compagna di studi e di percorso che potessi avere. Abbiamo sempre condiviso la quotidianità di questi tre anni, i successi e le difficoltà, ed ora sono felice di poter tagliare il traguardo insieme ad una persona speciale come te.

Grazie a Mariaserena e Chiara Molinas, per essere state partecipi di questo viaggio meraviglioso.

Ringrazio la Dott.ssa Paola Graciotti e il Dott. Roberto Maccaroni, rispettivamente relatrice e correlatore di questa tesi di laurea, per il supporto, i consigli, il tempo e la professionalità che nei mesi precedenti mi hanno dedicato.

Grazie alle mie tutor universitarie e al direttore del mio corso per essere stati guide fondamentali in questi anni.

Ringrazio i pazienti, gli infermieri e tutti i professionisti conosciuti presso gli Ospedali Riuniti e presso l'INRCA di Ancona,

L'ultimo ringraziamento è rivolto al cielo, a nonna Rosaria e nonno Antonio, per tutti i sacrifici fatti per me, ma soprattutto per la grande eredità di insegnamenti che mi hanno lasciato. Avrei tanto voluto festeggiare anche con voi questo giorno. Spero che, lì dove siete, siate orgogliosi di me.

Ilaria