



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

IL “SEE AND TREAT” NELLA REALTÀ DI TREVISO :
UNO STUDIO DI FATTIBILITÀ

Relatore: Prof. BORTOLI Nicola

Correlatore: ZANETTI Daniele

Laureando: BADENETTI Filippo

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

INDICE

Abstract	
1. Problema	Pag 1
1.1 Pronto Soccorso e Triage	Pag 1
1.2 Il fenomeno del sovraffollamento	Pag 2
2. Il “See and Treat”	Pag 5
2.1 Metodi di gestione dei codici minori: la nascita del “See and Treat”	Pag 5
2.2 Risultati del “See and Treat”	Pag 5
2.3 Il “See and Treat” in Italia	Pag 6
2.3.1 I criteri	Pag 6
2.3.2 La formazione del personale	Pag 7
2.3.3 Le tipologie cliniche del “See and Treat”	Pag 8
2.3.4 Elaborazione dei protocolli di intervento	Pag 9
2.3.5 Organizzazione	Pag 9
2.3.6 Valutazione e risultati	Pag 9
2.4 Aspetti normativi del “See and Treat”	Pag 11
3. Nella realtà di Treviso	Pag 15
3.1 La struttura	Pag 15
3.2 Statistiche 2014	Pag 15
4. Scopo dello studio	Pag 17
5. Materiali e metodi	Pag 17
5.1 Studio sulle utenze	Pag 17
5.2 Studio sul personale	Pag 18
6. Risultati	Pag 19
6.1 Risultati questionario sulle utenze	Pag 19
6.2 Risultati questionario sul personale	Pag 21
6.3 Studio logistico	Pag 26
7. Discussione e conclusioni	Pag 27
8. Bibliografia	Pag 29
9. Allegati	Pag 33

ABSTRACT

L'ospedale “Ca Foncello” di Treviso rappresenta uno degli ospedali con maggiore affluenza del Veneto, con una stima superiore ai 90.000 accessi all'anno. La gran parte degli utenti che si presentano in Pronto Soccorso hanno un problema di salute minore, ai quali viene assegnato il codice bianco o il codice verde. L'attuale metodo di gestione di questi codici non permette di assisterli nella maniera più efficiente, creando a volte lunghe code, che inducono ad uno stato di sovraffollamento.

Ciò comporta conseguenze negative sia sulla qualità delle cure fornite agli utenti, sia sul benessere psico - fisico del personale, costretto a lavorare sotto pressione ed in condizioni stressanti.

Uno dei metodi più efficaci di gestione dei codici minori, già sviluppato nei paesi anglosassoni, è il “See and Treat”, un modello organizzativo in cui infermieri esperti ed opportunamente formati prendono in carico e provvedono autonomamente a pazienti con problematiche minori, attenendosi a precisi protocolli medico-infermieristici.

In Italia il “See and Treat” ha avuto la propria massima espressione in Toscana, dove è stato messo in atto per la prima volta nel 2007.

L'obiettivo del lavoro è quello di eseguire uno studio di fattibilità in una realtà come quella dell'ospedale “Ca' Foncello” di Treviso, basandosi su due aspetti chiave: la disponibilità del personale e l'opinione delle utenze.

La raccolta dati è avvenuta tramite l'utilizzo di questionari creati *ad hoc* per permettere la libera espressione in merito all'argomento.

I risultati dei questionari somministrati alle utenze e al personale dimostrano che entrambe le parti si esprimono a favore di un ipotetico progetto, convinti che il percorso “See and Treat” possa migliorare ulteriormente l'efficienza dell'attuale servizio di Pronto Soccorso non solo in termini di riduzione delle tempistiche di attesa, ma anche di qualità di cure erogate. Esistono delle legittime preoccupazioni riguardanti le problematiche gestite dagli infermieri, la formazione appropriata e la tutela medico-legale; per questo motivo un eventuale progetto dovrebbe certamente prendere spunto da quello in atto nella regione Toscana, ma a sua volta ridefinire e modificare le modalità per adattarlo alle necessità dei cittadini veneti.

1. PROBLEMA

1.1 Pronto Soccorso e Triage

Con il RD 30 settembre 1938 n.1631 e il DPR 27 Marzo 1969 n. 128 viene definito il Pronto Soccorso (PS) 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”¹. Tale servizio permette quindi a qualunque cittadino, che presenta un qualsiasi problema di natura sanitaria, di ricevere le adeguate cure ed assistenza in base alla gravità della propria condizione.

In Italia prima degli anni '90 l'accettazione nei PS 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, seppure queste presentassero problematiche di entità minore.

Per far fronte a questo problema emergente venne introdotta con il D.M. Sanità G.U. 17/5/1996 la funzione di triage, definita come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio².

La classificazione avviene attraverso l'attribuzione dei seguenti “codice colore” :

- Codice rosso: (Emergenza) indica un soggetto con almeno una funzione vitale compromessa per cui è presente un reale pericolo di vita.
- Codice giallo: (Urgenza maggiore) il soggetto non è in pericolo di vita imminente, però presenta una parziale compromissione di una o più funzioni vitali.
- Codice verde: (Urgenza minore) il soggetto riporta delle lesioni che non compromettono le funzioni vitali, ma richiedono comunque delle cure.
- Codice bianco: (Nessuna urgenza) la richiesta di accesso in Pronto Soccorso è inappropriata perché potrebbe essere gestita da altri servizi, come ad esempio dal

Medico di Medicina Generale³.

Nella regione Toscana è stato introdotto un ulteriore codice (ispirato al modello di triage anglosassone), non presente nelle altre regioni, ovvero il Codice azzurro, nei casi in cui il problema di salute sia acuto ma non presenti rischi di aggravamento, dove inoltre, la sofferenza è stimata come tollerabile. Questo codice, dal punto di vista di priorità, si interpone tra il codice verde e il codice bianco⁴.

1.2 Il fenomeno del sovraffollamento

In Italia negli ultimi 10-15 anni si è assistito ad un aumento esponenziale del numero di accessi nei PS che, unito ad un incremento non sufficiente delle risorse, ha portato ad uno stato di sovraffollamento (overcrowding) che si riflette negativamente sull'efficienza del servizio.

Nel 2010 è stata condotta dalla Commissione sanitaria del Senato un'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza, con lo scopo di valutare l'efficienza del servizio dei dipartimenti di emergenza ed accettazione di tutta Italia (DEA). Il risultato della ricerca delinea chiaramente come nell'ultimo decennio il numero di accessi annui nei PS nazionali si sia elevato di oltre il 50%, superando i 30 milioni. Per quanto riguarda i tempi d'attesa i dati variano sensibilmente da nord a sud, con picchi di 450 minuti in Abruzzo⁵.

Tra le cause responsabili dell'overcrowding vi sono sicuramente fattori legati alla popolazione, come ad esempio:

- L'incremento demografico;
- L'aumento di pazienti fragili con pluripatologie;
- L'incidenza delle patologie legate all'invecchiamento;
- L'incidenza delle malattie croniche;
- L'aumento della popolazione che non rientra nell'anagrafe sanitaria;
- La scarsa conoscenza di servizi alternativi e più appropriati;
- La convinzione del cittadino di trovare nel Pronto Soccorso una soluzione rapida ad un problema reale o percepito bypassando il proprio medico di famiglia.

Ma vi sono anche cause legate alla pianificazione e al management sanitario, ad esempio:

- Il numero ridotto di posti letto nei Pronto Soccorso;

- Strutture datate e non funzionali;
- Ridotto numero di posti letto nei reparti di degenza;
- Limitata campagna di prevenzione ed educazione sanitaria;
- Insufficiente gestione territoriale del malato e della rete distrettuale;
- Riduzione dei finanziamenti da investire sul personale e sulle attrezzature⁶⁻⁷.

Con buona ragione si può affermare che l'overcrowding influenzi negativamente l'operato del sistema di Pronto Soccorso e la sicurezza dell'utente. È stato comprovato infatti che in un ambiente sovraffollato scaturisca uno stato di stress e apprensione che inevitabilmente induce il professionista sanitario all'errore, creando un danno all'utente. Pazienti con patologie acute come l'IMA, il trauma e lo stroke, i quali esiti sono tempo-dipendenti, in una condizione di sovraffollamento rischiano di dover attendere per eseguire le indagini diagnostiche e di conseguenza vengano ritardate le cure. Non meno importante è l'effetto che il sovraffollamento provoca nei confronti degli operatori sanitari, questi infatti sviluppano un senso di oppressione che porta ad uno stato di malessere psico-fisico e ad un maggior rischio di burn out.

Nella Tabella I vengono riportate le principali conseguenze negative dell'overcrowding⁷.

Tabella I: Effetti negativi dell'overcrowding

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

Il deficit comportato dall'eccessivo numero di persone, ad ogni modo, non è esclusivamente italiano, bensì in tutti i paesi occidentali si riscontrano contingenze di overcrowding. Per questo motivo sono stati condotti numerosi studi, sviluppate diverse teorie e formulato ipotesi per gestire il problema.

2 IL “SEE AND TREAT”

2.1 Metodi di gestione dei codici minori: la nascita del “See and Treat”

Il problema dell'overcrowding sviluppatosi nel Regno Unito negli anni '90, ha portato nel 2001 il Department of Health ad emanare una direttiva con la quale si obbliga gli Emergency Department (ED) a gestire tutti gli utenti entro le 4 h; ciò significa che dal momento in cui il paziente si presenta al triage ha solo 4 h per essere ricoverato, dimesso o trasferito. In seguito a questa direttiva, gli ED hanno dovuto ideare nuovi metodi per gestire i codici con priorità minore (ovvero la maggior parte dei codici) entro le tempistiche prestabilite.

In conseguenza di ciò si svilupparono nuovi modelli organizzativi per la gestione dei codici minori, come ad esempio il Fast Track e il “See and Treat”, con lo scopo di deviare alcune categorie di pazienti dal tradizionale flusso di gestione degli utenti, e riservare loro dei canali di intervento differenziati, con ciò contenendo la durata dell'attesa e conseguentemente decongestionando gli ED⁸⁻⁹.

Il “See and Treat” in particolare è un modello organizzativo del Pronto Soccorso in cui infermieri esperti ed opportunamente formati prendono in carico e provvedono autonomamente a pazienti con problematiche minori, attenendosi a precisi protocolli medico-infermieristici.

L'obiettivo perseguito è una tangibile diminuzione del tempo di attesa dei codici minori, destinando a questi pazienti una via di risoluzione preferenziale accompagnati da un infermiere qualificato, oppure da un medico, responsabili dell'utente dall'ingresso fino alla dimissione, senza compromettere la qualità dell'assistenza¹⁰.

2.2 Risultati del “See and Treat”

Il “See and Treat” è stato testato in diversi ospedali del Regno Unito, e sono stati condotti studi per verificarne la reale positività, dimostrando non solo un effettivo miglioramento dei tempi di attesa, ma anche una maggiore gratificazione del personale, una diminuzione del senso di oppressione, una maggiore soddisfazione dell'utenza e una migliorata qualità del servizio¹¹⁻¹².

Lo studio condotto da Roger *et al* presso l'ED dell'ospedale di Addenbrookes (al quale si rivolgono approssimativamente 59.000 utenti l'anno) mette a confronto i tempi di attesa in un periodo antecedente alla sperimentazione del “See and Treat” con quelli del periodo

pilota (Tabella II)¹².

Tabella II: Confronto tempi di attesa

	Dati periodo Pre-pilota	Dati periodo pilota
Percentuale di utenti visti dal triage entro 15 minuti	75%	98%
Tempo medio di attesa prima di essere visitati	56 minuti	30 minuti
Percentuale pazienti visti in 1 h	63%	90%
Percentuale dei pazienti dimessi in 1h	16%	41%
Tempo medio trascorso in ED	1h e 39 minuti	1 h e 17 minuti
Percentuale di pazienti dimessi entro le 4 h (tutte le categorie)	87%	92%
Tempo di attesa dei pazienti con categoria 2 (codice giallo)	49 minuti	31 minuti
Tempo di attesa dei pazienti con categoria 3 (codice verde)	1 h e 4 minuti	47 minuti

I risultati degli studi hanno fatto sì che il modello “See and Treat” venisse introdotto in un gran numero di ospedali del Regno Unito, ma anche negli Stati Uniti, Canada e Australia. Anche in Italia nel 2007 è partita una sperimentazione presso sei ospedali della regione Toscana.

2.3 Il “See and Treat” in Italia

Il progetto nasce in Toscana con il D.G.R 958 del 17/12/2007 intitolato: “Proposta di sperimentazione del modello “See and Treat” in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori”. Una prima sperimentazione articolata tra il 2007 e il 2008 si è svolta in sei PS della regione, distribuiti secondo 3 vaste aree, aspirando a realizzare un progetto pilota in vista di un secondo progetto, maggiormente definito, corretto dei problemi e supportato dalla adeguata normativa.

Con la delibera n 449 del 31/03/2010 la Giunta Regionale toscana avvia la seconda fase di sperimentazione del “See and Treat”, quella definitiva, revisionando il D.G.R 958 del 17/12/2007 ed esplicitando nel dettaglio il progetto, con l'intento di condurre una valutazione oggettiva sull'efficacia del modello.

2.3.1 I criteri

I criteri che caratterizzano il modello “See and Treat” toscano sono:

- Dal “triage” scaturiscono due accessi distinti, uno per i casi più gravi e uno per le

urgenze minori;

- Esiste un'area “See and Treat” , di solito adiacente al Pronto Soccorso, con personale proprio;
- Chi accede al “See and Treat” è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, Medico o Infermiere, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine;
- Il personale dell'area “See and Treat” è costituito dagli operatori più esperti che comunque devono aver ricevuto una formazione specifica per la patologie di competenza;
- Viene ammessa al “See and Treat” una casistica selezionata per appropriatezza¹³.

2.3.2 La formazione del personale

I corsi di formazione si sono svolti a partire dall'Aprile 2010 e per i successivi 6 mesi, nel corso dei quali infermieri selezionati hanno svolto lezioni teoriche tenute in aula, laboratori pratici e tirocinio in reparto, per un totale di 180 ore.

Il personale infermieristico selezionato doveva avere almeno 3 anni di esperienza lavorativa in PS.

La durata complessiva della formazione teorica è stata di 138 ore, suddivise in tre moduli:

- Modulo 1: (Area Clinico Assistenziale ed Organizzativa)
Obiettivo: Identificare e trattare la casistica selezionata per il “See and Treat”
- Modulo 2 : (Area Tecnico-Professionale Operativa)
Obiettivo: Utilizzare le evidenze e le ricerche per la pratica clinica
- Modulo 3: (Area Etico Relazionale)
Obiettivo: Potenziare le proprie risorse personali attraverso l'apprendimento organizzativo¹⁴

Per quanto riguarda poi la valutazione di apprendimento sono state sostenute delle prove sia orali che pratiche al termine di ogni modulo. L'esame aveva lo scopo di valutare l'acquisizione degli argomenti trattati durante i moduli. Al termine del periodo di formazione si è svolto un test finale, superato il quale è stato attribuito agli interessati il titolo di Infermiere certificato in interventi di primo soccorso¹³.

La formazione del personale medico è stata supportata grazie ad un corso di formazione di 42 ore.

2.3.3 Le tipologie cliniche del "See and Treat"

Il Gruppo di lavoro regionale ha analizzato la casistica di richieste che giungono al Pronto Soccorso, individuando tra queste le categorie che avrebbero dovuto far parte del progetto, basandosi sul loro impegno assistenziale, l'urgenza, la frequenza dei casi e la letteratura.

Durante la prima sperimentazione tra le patologie oggetto di studio vennero escluse le problematiche riguardanti l'apparato nervoso, quello cardiovascolare e respiratorio, richiedendo tali patologie un approfondimento maggiore. Per lo stesso motivo sono state esonerate le presentazioni per dolore addominale anche se all'apparenza non gravi o solo anamnestiche.

Nel primo progetto pilota erano state identificate 106 patologie diverse, queste però sono state ridotte un totale di 44 problematiche, appartenenti a 9 categorie diverse (Tabella III).

Tabella III: Problematiche gestite dal "See and Treat" toscano

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

2.3.4 Elaborazione dei protocolli di intervento

Per garantire la gestione autonoma delle problematiche minori, da parte del personale infermieristico, si è rivelata fondamentale la stesura di protocolli precisi e definiti, che tutelino il personale dando loro un documento al quale fare riferimento. Il compito di redazione di tali linee guida è stato riservato al Gruppo di lavoro regionale, sulla base delle prime esperienze pratiche del progetto pilota, e con l'aiuto dei medici tutor.

I criteri seguiti per la stesura dei protocolli sono: la continuità dell'attività di triage, individuare per ogni problema principale una serie di “segnali di allarme”, specificazione dettagliata degli interventi da effettuare (compresi quelli farmacologici), infine, accurate indicazioni per l'autogestione domiciliare e le modalità di follow – up.

Sono stati sviluppati, per di più, dei protocolli trasversali che definiscono trattamenti comuni, tra questi: profilassi antitetanica, profilassi antibiotica, anestesia locale, applicazioni fredde, terapia analgesica.

2.3.5 Organizzazione

Il periodo di sperimentazione pratica si è articolato a partire dal Novembre 2010 sino allo scadere dell'Aprile 2011, nell'arco temporale di 6 mesi. In questo lasso di tempo si sono svolte le attività di “See and Treat” in ambulatori distinti, per un periodo dalle 8.00 alle 20.00 nei soli giorni feriali. Le prestazioni fornite dagli infermieri qualificati venivano monitorate da medici tutor che controfirmavano le dimissioni emesse dal personale infermieristico¹⁴.

2.3.6 Valutazione e risultati

La raccolta dati è avvenuta per l'intera durata della seconda sperimentazione attraverso l'ausilio di un' apposita “scheda”, inserita nel software utilizzato dagli ospedali, ideata specificatamente per raccogliere dati sulla quantità, sulle tempistiche e sulla tipologia delle prestazioni, nonché sul livello di gradimento dell'utenza, il numero di abbandoni e la richiesta di un nuovo accesso.

1. Numero degli accessi

Nel periodo di sperimentazione i sei Pronto Soccorso hanno visto 156.958 utenti.

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

2. Percentuale degli accessi per codice

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

Se si considerano solo i codici minori (bianchi/azzurri), questi hanno rappresentato il 29% di tutti gli accessi bianchi/azzurri, nella fascia oraria di attività del "See and Treat".

3. Patologie trattate

Dei 7.387 casi, l'area traumatologica ha rappresentato di gran lunga la percentuale maggiore con il 70% degli accessi (Figura 1); seguono area oftalmologica (12%) e area dermatologica (5%).

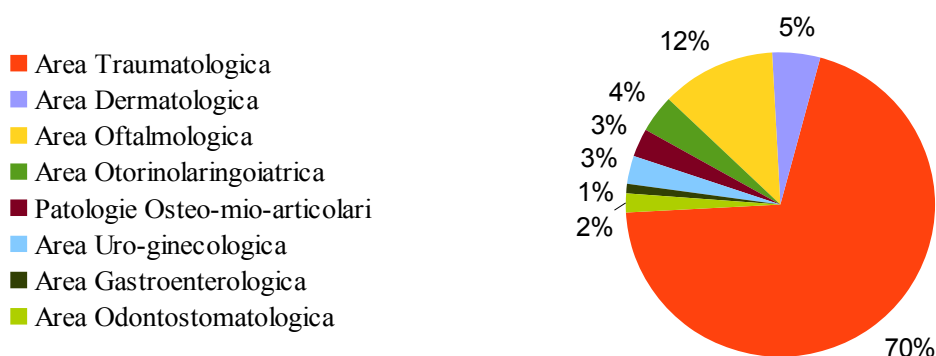


Figura 1: Tipologia problematiche trattate

4. Tempi di attesa all'ingresso

L'analisi dei tempi di attesa della metodica "See and Treat" rispetto al percorso tradizionale evidenzia una netta e significativa riduzione delle attese per tutti i casi trattati nell'ambulatorio "See and Treat", con un'attesa media globale diminuita del 65% (Allegato 1).

5. 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% (Allegato 2)¹⁵.

6. 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 PS). In questo 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 PS) 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)¹⁶.

Malgrado i molteplici aspetti positivi derivati dalla sperimentazione, sono stati comunque stilati alcuni punti di criticità del progetto e spunti per un futuro miglioramento.

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;
- Presenza di percorsi Fast-Track specialistici in alcuni PS che sottraggono potenziale casistica al percorso “See and Treat”.

Spunti di miglioramento:

- Aumentare il numero dei protocolli clinici di trattamento in particolare quelli riferiti alla patologia traumatologica;
- Estendere la praticabilità dei protocolli eliminando alcune limitazioni di intervento;
- Estendere la funzione di tutoraggio a tutti i medici del PS;
- Creare una procedura aziendale per il collegamento con i servizi di diagnostica per immagine in modo da facilitare i percorsi in “See and Treat”;
- Formazione continua agli infermieri per rinnovare e riallineare le competenze tecnico-professionali¹⁵.

2.4 Aspetti normativi del “See and Treat”

Lo sviluppo del modello “See and Treat” (S&T) nella regione Toscana ha suscitato interesse da parte dei media, non solo a causa dei risultati ottenuti e le innovazioni apportate dalla metodologia di assistenza, ma anche a causa delle discussioni etiche e legali che derivano dalla gestione autonoma infermieristica (sempre sotto la supervisione del personale medico) delle utenze con problematiche minori.

Le discussioni più accese non nascono in merito la capacità o meno da parte del personale infermieristico di assistere questa categoria di utenti, bensì in relazione alla legittimità del loro intervento.

L'ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Bologna (OMCeO) il 5/10/2010 ha citato in giudizio la regione Emilia Romagna e la regione Toscana in merito a una possibile violazione dell'articolo 348 del codice penale (esercizio abusivo della professione) e dell'articolo 8 legge 175/94 (norme in materia di pubblicità sanitaria).

Più nello specifico l'OMCeO mette in discussione il ruolo dell'infermiere nei progetti: “Triage in Pronto Soccorso” e “Perimed” sviluppati nella regione Emilia Romagna, nel contesto dei quali vengono attribuiti compiti riservati “tipicamente” al personale medico ad infermieri qualificati, e per lo stesso motivo incrimina anche il progetto “See and Treat” nella regione Toscana.

In particolare l'accusa di abuso di professione si basa sul fatto che tutti i protocolli e le normative che regolano il S&T in Toscana nascono dalla legislazione regionale, che, secondo l'OMCeO, andrebbe contro l'articolo 348 del codice penale, il quale è al di sopra delle normative regionali.

A finire sotto accusa nell'esposto dell'OMCeO sono anche le attività di Triage e il ruolo degli infermieri nel servizio di emergenza e urgenza sul territorio (118): *“La conseguenza pratica dell'illegittima attribuzione è l'esercizio abusivo della professione medica ex art. 348 cp [...] da parte di quegli operatori sanitari che, pur rientrando nelle professioni sanitarie per normativa nazionale nell'ambito del Triage P.S, del servizio 118 e del progetto Perimed svolgono attività medica in assenza dell'abilitazione rilasciata dallo stato”*¹⁷.

La prima a mettere in discussione i capi d'imputazione è stata la federazione dei collegi IPASVI, partendo dal presupposto 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.

A prendere le distanze da quanto sostenuto dall'OMCeO è anche la Società Italiana di Medicina d'Emergenza- Urgenza (SIMEU), che commenta così l'esposto: *“mette in crisi l'attuale assetto organizzativo dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, 118 e Pronto*

Soccorso [...]; 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”¹⁸.

Ad esprimersi riguardo l'accusa di abuso di professione da parte del personale infermieristico nei confronti di quello medico si è espresso anche l'avvocato Luca Benci, Giurista in materia di professioni sanitarie e biodiritto, che scrive: *“Si invoca infatti l'art. 348 del codice penale che punisce l'esercizio abusivo della professione [...]. Questo articolo contiene una “norma penale in bianco” destinata cioè ad essere integrata da norme extrapenali, che altro non sono che quelle che delimitano e regolamentano l'esercizio delle varie professioni [...].Questo significa che è il legislatore, anche regionale, dopo la riforma del titolo V della Costituzione [...] a dare corpo all'art. 348 del Codice penale, tanto che la stessa sezione della Cassazione precisa che non è fondamentale il “nomem” della professione esercitata a designare il tipo di attività come corrispondente a quella esclusiva del medico (o dell'infermiere), ma le concrete operazioni eseguite quando la professione è regolamentata dalla legge”¹⁹.*

Per quanto concerne l'assunzione di nuove responsabilità da parte della professione infermieristica esistono direttive molto precise espresse nella Bozza di Accordo Stato Regioni recante l'ampliamento del profilo di competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico. In essa viene enunciato come: *“Tenuto conto che il PSN prevede lo sviluppo di nuove competenze e responsabilità da parte delle professioni sanitarie [...] il presente Accordo definisce lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere, al fine di favorirne l'approfondimento nonché l'attribuzione di ulteriori funzioni avanzate, in connessione con gli obiettivi di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, anche a seguito di ulteriore formazione complementare e specialistica.”²⁰.*

3. NELLA REALTÀ DI TREVISO

3.1 La struttura

L'Unità Operativa Complessa di Pronto Soccorso dell'ospedale “Ca' Foncello” fa parte del dipartimento di Medicina interna con attività di accettazione e d'urgenza, e dal punto di vista funzionale è suddiviso in tre grandi aree:

- L'Area Rossa è dotata di 10 posti letto riservati ad utenti con codice giallo o rosso che necessitano di cure semi intensive, fornite dal personale infermieristico e medico, che accoglie i pazienti provenienti dal triage (o direttamente dal SUEM) garantendo supporto alle funzioni vitali, monitoraggio semi intensivo e indagini diagnostiche.
- L'Area Verde è divisa in due settori (A e B) destinati ad accogliere utenti con codice verde e bianco di natura traumatologica e non. In particolare, il settore A è dotato di 8 posti letto distribuiti in 2 ambulatori da 2 barelle ciascuno, un ambulatorio ortopedico, una sala gessi, un ambulatorio pediatrico e un ambulatorio riservato ai traumi stradali. Il settore B invece è dotato di 8 posti letto monitorizzati all'occorrenza, riservati a pazienti con codice verde con problematiche non traumatologiche.
- L'Area logistica è finalizzata alla gestione dei flussi dei pazienti, accoglienza dei pazienti barellati, assistenza osservata degli utenti barellati in attesa e organizzazione della documentazione²¹.

Il personale sanitario del Pronto Soccorso è composto da 44 infermieri (ai quali si aggiungono gli infermieri dell'ambulatorio ortopedico e della sala gessi) e 22 medici fissi.

3.2 Statistiche 2014

I dati di seguito riportati sono stati elaborati dal software “PS Net” utilizzato in reparto, e si riferiscono ad un lasso temporale che si estende dal 01/01/2014 al 31/12/2014.

Lo scorso anno gli utenti che si sono rivolti al PS dell'ospedale “Ca' Foncello” sono stati 90689; di cui a 2076 pazienti è stato assegnato il codice rosso (2,29%), a 16563 il codice giallo (18,26%), a 28624 il codice verde (31,56%) e infine a 43422 il codice bianco (47,88%), inoltre rientrano nelle statistiche 4 codici neri, ovvero persone decedute durante il trasporto in ospedale (0,01%). E' possibile apprezzare la diversa suddivisione nella Figura 2.

In media ogni giorno accedevano al PS circa 249 utenti, con un massimo di 348 ingressi il giorno 26/12/2014, per una maggiore affluenza nella fascia oraria compresa tra le 9 e le 21,

durante la quale si sono verificati in media il 78,2% degli accessi giornalieri totali.

I codici minori (codice verde e bianco), rappresentano il 79,44% delle ammissioni totali, vale a dire quasi 4 utenti su 5 che si sono rivolti al Pronto Soccorso lo scorso anno avevano una priorità di accesso distribuita tra i due codici minori (Figura 3).

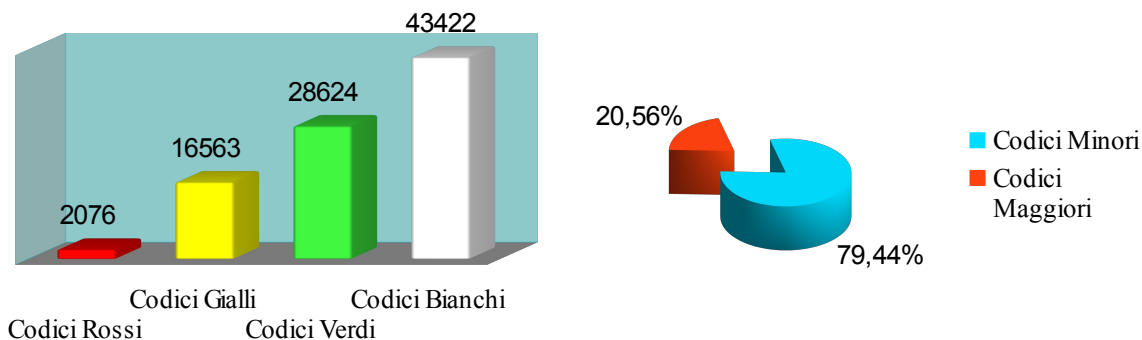


Figura 2: Accessi per codice

Figura 3: Suddivisione codici minori e maggiori

Per quanto riguarda i disagi e le sintomatologie registrate, è opportuno delineare una suddivisione ulteriore tra:

- Traumi: costituiscono il 28,66% di tutte le richieste del PS, e possono essere classificati a loro volta in traumi maggiori (1,27% del totale) e traumi minori (27,39% del totale).
- Problematiche non Traumatologiche: in questa categoria rientra il restante 71,34% delle patologie di origine non traumatica. Tra queste le categorie più rilevanti sono: il dolore addominale (8,41%), la dispnea (5,6%), il dolore toracico (4,42%) e la febbre (4,05%).

La conclusione delle prestazioni ha messo in luce che, l'82,73 % degli utenti è stato dimesso, il 15,82% è stato ricoverato, l' 1,38% è stato trasferito in altri ospedali e lo 0,07% è deceduto.

Procedendo oltre, il 2014 ha visto un tempo di attesa medio per tutti i codici prima di essere visitati di 40 minuti, la durata media delle visite invece, è stata di 3 ore e 31 minuti per utente, con una permanenza media in PS di 4 ore e 19 minuti.

Ciò che più interessa ai fini dell'indagine sono state le tempistiche legate all'attenzione riservata ai codici minori. Il tempo medio di attesa pre-visita per i codici verdi è stato di 32 minuti, considerato "tollerabile" secondo il Ministero della Salute, in previsione di un'attesa per questo tipo di codici di 30-60 minuti⁶. D'altro canto, le tempistiche medie di

prestazione di 3 h e 52 minuti hanno fatto sì che il tempo di permanenza per utente sia stato di 4 ore e 25 minuti; dato peraltro non in linea ad uno standard di efficienza ottimale (secondo le direttive inglesi), che prevede un limite di 4 h per dimettere, trasferire o ricoverare il paziente.

Per i codici bianchi in seconda battuta, il tempo medio di attesa prima della visita è stato di 56 minuti; che pure rientra nei margini di tollerabilità di 60 - 120 minuti⁶. Il periodo medio di gestione è di 1 ora e 58 minuti, mentre quello di permanenza di 2 h e 57 minuti.

4. SCOPO DELLO STUDIO

L'obiettivo della tesi consiste nel valutare la possibilità di avviare una sperimentazione del modello organizzativo “See and Treat” presso il Pronto Soccorso dell'ospedale “Ca' Foncello” di Treviso, analizzando i dati statistici, la disponibilità del personale e l'opinione delle utenze.

5. MATERIALI E METODI

5.1 Studio sulle utenze

Lo studio ha lo scopo di valutare, attraverso un questionario, l'opinione degli utenti con codice bianco o verde, in attesa presso il PS, nell'eventualità di una sperimentazione del modello S&T presso l'ospedale Ca' Foncello di Treviso. Il questionario (Allegato 3) è composto da una parte introduttiva in cui vengono riportate alcune informazioni finalizzate ad una migliore comprensione dell'argomento e permettere in tal modo agli utenti di formulare un'opinione propria nei confronti del modello S&T. Il questionario di per sé è composto da 6 domande a risposta multipla, con possibilità di barrare una o più risposte, e da 2 domande aperte. I quesiti iniziali hanno lo scopo di raccogliere dati di natura statistica sulle generalità dell'utente (età; sesso; nazionalità; titolo di studio), mentre procedendo, approfondisce il parere degli utenti, domandando più direttamente:

- Se siano favorevoli all'applicazione del modello S&T a Treviso;
- Se ritengano che l'introduzione del S&T possa migliorare l'efficienza del PS, e in quale modo;
- Se siano disposti ad affidare le loro cure al personale infermieristico qualificato del S&T;
- Quali sono le loro preoccupazioni nei confronti di una ipotetica sperimentazione.

Lo studio si è svolto in un arco temporale di due settimane, nella fascia oraria mattutina (indicativamente 9.00 – 14.00) oppure nella fascia oraria pomeridiana (indicativamente 14.00 – 20.00) durante le quali i questionari venivano distribuiti ai soli codici verdi o bianchi in sosta nella sala d'attesa. La consegna del questionario era anticipata da una breve premessa per delucidare sull'entità e lo scopo dello stesso.

Una volta compilato, il questionario veniva inserito all'interno di un contenitore.

In totale sono stati raccolti 205 questionari, di cui 4 non validi, per un totale quindi di 201 questionari validi ai fini dello studio.

5.2 Studio sul personale

Sempre tramite dei questionari (Allegato 4), si è cercato di ricostruire la posizione del personale medico ed infermieristico che lavora presso il PS dell'ospedale Ca' Foncello, riguardo una possibile sperimentazione nel S&T.

Il questionario è composto da 9 domande a risposta multipla, sempre con la possibilità d'individuare più di una risposta, come nel caso precedente sono presenti due domande a risposta aperta. All'inizio del questionario sono indicati argomento e obiettivo dello studio.

In questionario vero e proprio è suddiviso in 3 parti; la prima, uguale per tutti, indaga: sull'esperienza lavorativa del professionista, sulla conoscenza o meno del modello S&T, i possibili benefici del modello calati nella realtà di Treviso, l'adesione o meno ad una ipotetica sperimentazione e con quale modalità.

La seconda parte invece, si focalizza sul personale medico al quale è chiesto di segnalare, quali delle problematiche affrontate dagli infermieri specializzati del S&T toscano non dovrebbero essere di loro competenza nonostante la loro qualifica, e quali siano le preoccupazioni nei confronti di tale sistema . La terza e ultima parte invece interpella il personale infermieristico ed è strutturata in maniera simile alla precedente.

Nell'arco di 2 mesi il personale medico e infermieristico, ha avuto l'opportunità in qualsiasi momento, di reperire il questionario affisso in bacheca, compilarlo in maniera anonima e inserirlo all'interno di una apposita busta.

Sono stati compilati 43 questionari validi (29 infermieri e 14 medici) ovvero il 65% del personale medico e infermieristico presente nel P.S (66% degli infermieri e 64% dei medici).

6. RISULTATI

6.1 Risultati questionari sulle utenze

1. Et :

L'et  media della popolazione soggetta allo studio   45,32 anni.

2. Sesso:

La popolazione   composta da 80 uomini (39,8%) e 121 donne (60,2%).

3. Nazionalit :

Il 95,02% delle persone sottoposte al questionario   italiana, il restante 4,98%   composto da cinesi, moldavi, rumeni, albanesi e olandesi.

4. Titolo di studio:

Quasi la met  della popolazione (49,25%) riferisce di essere in possesso di un diploma di scuola secondaria di secondo grado (scuola superiore) con 99 casi, 55 utenti (27,36%) hanno frequentato fino alle scuole secondarie di primo grado (scuola media), 30 invece riferiscono di aver conseguito una laurea (14,93%), 13 persone (6,47%) hanno ricevuto un'istruzione primaria (elementari) e un solo utente dichiara di non aver alcun titolo di studio. A questa casistica vanno aggiunti 3 utenti che hanno specificato di aver frequentato dei corsi regionali.

5. Sarebbe a favore dell'applicazione del modello S&T a Treviso?

La domanda   chiusa e le possibili risposte sono S  o No. Ebbene il 97,51% della popolazione ha risposto positivamente, affermando che sarebbe favorevole ad una ipotetica sperimentazione, il restante 2,49%   contrario.

6. Ritiene che l'introduzione del modello S&T sia utile a migliorare l'efficienza del Pronto Soccorso a Treviso?

Anche questa domanda   a risposta chiusa, con la possibilit  di indicare pi  di una risposta. Nel complesso il 54,71% delle risposte segnate indica che il S&T potrebbe essere utile a diminuire il tempo di attesa, il 10,14% indica che potrebbe migliorare la qualit  delle cure fornite, il 33,34% ritiene che possa essere utile a diminuire il sovraffollamento del PS, e l'1,81% ritiene che il S&T non possa portare ad alcun miglioramento.

7. Lei affiderebbe le sue cure al personale infermieristico qualificato del S&T?

La domanda   chiusa e le possibili risposte sono S  o No, anche in questo caso la

maggior parte della popolazione si dimostra a favore, con 186 risposte affermative (92,54%) e 15 risposte negative (7,46%).

8. Quali sono le preoccupazioni nei confronti di una ipotetica sperimentazione?

La domanda prevede la possibilità di indicare una o più risposte chiuse, con l'eventualità di inserire altre preoccupazioni nel campo libero. L'esito dei risultati di questa domanda (Allegato 5) indica che il 52,73% esprime di non avere particolari preoccupazioni; a seguire, il 24,09% si sentirebbe più sicuro nel vedere un medico, il 13,18% pensa che le cure potrebbero non essere ottimali come quelle erogate attualmente, il 3,64% ritiene che gli infermieri potrebbero non essere in grado di gestire il suo problema e 1 utente ritiene che possa essere inutile. Inoltre il 5,91% (13 casi) esprimono altre preoccupazioni, tra cui:

- “Non ho particolari preoccupazioni a patto che il personale infermieristico venga formato”;
- “I casi potrebbero nascondere qualche problematica insidiosa”;
- “L'infermiere dovrebbe essere qualificato in modo tale da capire se il problema ha un entità tale da rientrare nel S&T ”;
- “Basta che gli infermieri non vadano oltre alla loro professione”;
- “L'infermiere in questione dovrebbe prendere decisioni esclusivamente in campi in cui è pienamente competente”.

Conclusioni dello studio

Dai risultati dello studio è possibile dedurre che gli utenti con problematiche minori che si rivolgono al PS di Treviso sarebbero a favore di una ipotetica sperimentazione del S&T, infatti il 92,53% della popolazione soggetta allo studio si dichiara favorevole ad una ipotetica sperimentazione, e sarebbe pronta ad affidare le proprie cure al personale infermieristico qualificato del S&T. Il 4,98% invece si dichiara favorevole ad un progetto pilota, ma non affiderebbe le proprie cure al personale del S&T; il risultato di tali questionari potrebbe essere influenzato dal fatto che alcuni utenti con codice verde ai quali è stato somministrato, soffrissero al momento di sintomatologie che esulano da quelle trattate dal S&T, richiedendo l'intervento di personale medico. Solamente il 2,49% degli utenti invece si dice contrario (Figura 4).

Dalle risposte segnalate all'ottavo quesito (preoccupazioni nei confronti del modello) si può notare che più di una persona su due dichiara di non avere particolari preoccupazioni, un'ulteriore conferma del consenso ad una eventuale sperimentazione. Importante però è prendere atto anche delle preoccupazioni relative alla presenza o no di un medico, e sulla formazione del personale. In tale direzione la necessità sarebbe quella di concentrarsi sulla formazione e selezione del personale infermieristico, inoltre l'intero progetto dovrebbe essere supportato da precisi protocolli medico - infermieristici e da personale medico tutor tale da supervisionare l'operato infermieristico, in questo modo rendere minimo il rischio di inefficienza.

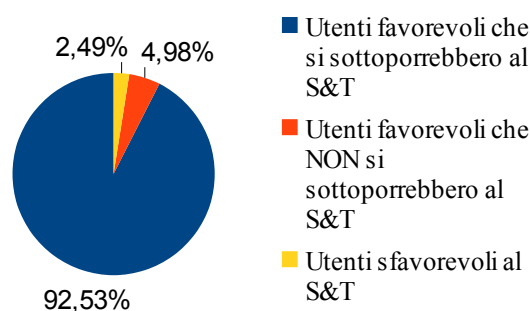


Figura 4: Studio sulle utenze

6.2 Risultati questionari sul personale

1. Professione:

Il 32,56% dei questionari è stato compilato dal personale medico (14), il restante 67,44% invece dal personale infermieristico (29 casi).

2. Da quanti anni svolge questa professione?

Il quesito ha lo scopo di indagare gli anni di esperienza lavorativa del personale in generale; la media di anni lavorativi è di 13,15. Per quanto riguarda il personale medico il range di anni lavorativi va da un minimo di 5 ad un massimo di 25, il personale infermieristico invece va da un minimo di 1 anno lavorativo fino ad un massimo di 34 anni.

3. Da quanti anni lavora in Pronto Soccorso?

Lo studio rivela che, dei medici che si sono sottoposti allo studio, 5 casi lavorano in PS da più di 3 anni ma meno di 10, i restanti 9 casi invece lavorano da più di 10 anni. Il 10,34% degli infermieri ha meno di 3 anni di esperienza lavorativa in PS (3 casi); il 72,42% lavora in PS dai 3 ai 10 anni (21 casi); e il restante 17,24% del personale

infermieristico lavora da più di 10 anni in PS (5 casi).

4. Titolo di studio e master/corsi di formazione conseguiti

Di tutti i questionari 31 casi (72,09%) hanno indicato solamente la laurea come titolo di studio, i restanti 12 casi (27,91%) si distinguono in base a: Specializzazione medicina interna (3 casi), Specializzazione in endocrinologia e specializzazione in chirurgia pediatrica per quanto riguarda il personale medico; Master in area critica (2 casi), Master in coordinamento, Master in maxi emergenze, Corsi di formazione acs/bpls e due diplomi professionali per quanto riguarda il personale infermieristico.

5. Aveva già sentito parlare del modello S&T?

Il quesito prevede una risposta chiusa con possibilità di scegliere Sì o No.

Per quanto concerne il personale medico il 71,42% della popolazione soggetta allo studio ha risposto in maniera affermativa (10 casi), il 28,58% ha dichiarato di non averne mai sentito parlare (4 casi). Il personale infermieristico ha dato prova di una notevole preparazione sull'argomento, infatti l'82,76% degli infermieri ai quali è stato somministrato il questionario afferma di essere già a conoscenza del modello S&T, e solo il 17,24% degli infermieri è del tutto ignaro del progetto.

6. Dove è venuto a conoscenza di tale modello?

Il quesito è strutturato a risposta chiusa, per la quale è consentito barrare è possibile barrare più di una casella.

Le risposte più ricorrenti del personale medico sono: “Me ne ha parlato un collega” con 7 casi; “Corsi di formazione” con 4 casi e “Mi sono informato per conto mio” con 3 casi.

Tra gli infermieri, il 17,78% delle risposte date indicano che il soggetto è venuto a conoscenza del modello tramite corsi di formazione, il 6,67% consultando riviste specialistiche, il 17,78% si è informato per conto proprio, il 8,89% si è informato su internet, il 37,78% ne è venuto a conoscenza parlando con un collega e il restante 11,10% delle risposte indica che non ne era a conoscenza.

7. Secondo lei l'applicazione del modello S&T presso il PS dell'ospedale Ca' Foncello potrebbe portare dei benefici al sistema di gestione attuale?

Ancora, il quesito è strutturato a risposta chiusa, è lecito tuttavia, barrare più di una casella. Il 25,88% delle risposte totali lascia intendere la fiducia verso un suo apporto

positivo in termini di soddisfazione dell'utenza (5 segnalazioni per i medici e 17 per gli infermieri) ; il 24,71% segnala che potrebbe portare ad una diminuzione del tempo di attesa medio degli utenti con codici minori (7 medici e 14 infermieri); il 35,3% crede che il S&T porterebbe ad una diminuzione del tempo totale di permanenza degli utenti in PS (10 medici e 20 infermieri); l'11,76% è convinto di una diminuzione del carico di lavoro (6 medici e 4 infermieri) e solo il 2,35% non ipotizza l'ottenimento di alcun beneficio (1 medico e 1 infermiere).

8. Lei sarebbe favorevole ad un periodo di prova del S&T presso il PS del Ca' Foncello? Il quesito prevede una risposta chiusa con la possibilità di scegliere Si o No. In totale 41 casi rispondono in maniera affermativa (95,35%) e 2 casi (un medico e un infermiere) prendono una posizione negativa (4,65%).

9. Se si, secondo lei la sperimentazione dovrebbe essere estesa obbligatoriamente a tutto il personale o solo a chi aderisce volontariamente?

Questo quesito è riservato solamente a chi ha risposto in maniera affermativa alla precedente domanda, e prevede solo due risposte. Il 61,54% dei medici favorevoli ad un periodo di prova, sostengono il coinvolgimento obbligatorio di tutto il personale, purché in possesso dei requisiti per rientrare nel progetto (8 casi). Il 38,46% dei casi però è dell'idea che dovrebbero prendervi parte solo soggetti volontari (5 casi).

I risultati ottenuti dai questionari compilati dagli infermieri sono, per quanto riguarda questo quesito, simili a quelli del personale medico infatti: il 53,57% degli infermieri ritiene che dovrebbe essere esteso obbligatoriamente a tutti (15 casi) mentre il restante 46,43% crede che una eventuale sperimentazione debba essere volontaria (13 casi).

10. Lei sarebbe disposto a partecipare ad un eventuale progetto S&T come infermiere formato o come medico tutor?

Il quesito prevede una risposta chiusa da scegliere tra Si e No.

La popolazione medica soggetta allo studio, si dimostra in 12 casi su 14 predisposta a partecipare come tutor, con il dissenso di due soli individui.

Gli infermieri hanno risposto invece positivamente per l'89,66% (26 casi), con un 10,34% che non parteciperebbe ad una eventuale sperimentazione (3 casi).

11. Il quesito enuncia le 44 problematiche utilizzate nel secondo progetto del S&T

toscane e viene chiesto al professionista (medico o infermiere) di barrare le problematiche che, a parer suo, non dovrebbero essere gestite dagli infermieri qualificati.

Per quanto concerne i questionari compilati dal personale medico le problematiche che più sono state segnalate come inappropriate sono: Pronazione dolorosa (6 voti negativi), Corpo estraneo congiuntivale (5 voti negativi), Dolore acuto monoarticolare (5 voti negativi), Orticaria (4 voti negativi) e Lombalgia acuta ricorrente (4 voti negativi).

Il personale infermieristico invece delinea come inappropriate: Lussazione ricorrente della mandibola (11 voti negativi), Pronazione dolorosa (11 voti negativi) e Corpo estraneo congiuntivale (10 voti negativi).

Sommando le risposte di tutti i questionari si evince che le problematiche che ricorrono con più frequenza sarebbero: Pronazione dolorosa (17 voti negativi); Corpo estraneo congiuntivale (15 voti negativi); Lussazione ricorrente della mandibola (13 voti negativi); Ecchimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva (10 voti negativi); Dolore acuto monoarticolare (10 voti negativi); Cisti sebacea (10 voti negativi). Il totale delle risposte sono rappresentate nell'Allegato 6.

12. Quali sono le sue preoccupazioni riguardanti l'applicazione del modello S&T?

Il quesito è riservato solo al personale medico, ed è a risposta chiusa, con la possibilità di barrare una o più risposte, inoltre è possibile aggiungere una preoccupazione non inserita tra le risposte del quesito nella sezione “Altro”.

Il 73,33% delle risposte fornite dal personale medico indica come non vi siano timori particolari (11 casi), un solo caso non crede nell'utilità del modello (6,67%) e il restante 20 % ha specificato altre preoccupazioni (3 casi):

- “Potrebbe esserci un infondato malcontento degli utenti”
- “Professionalità acquisita uguale responsabilità (legislazione non pronta)”
- “Temo aumenti l'afflusso dei pazienti”

13. Quali sono le sue preoccupazioni riguardanti l'applicazione del modello S&T?

Il quesito è riservato solo al personale infermieristico e le modalità di risposta sono identiche a quanto riportato appena sopra.

Il 44,44% delle risposte indicano che non hanno alcuna preoccupazione in particolare

(16 casi), il 13,89% non ritiene di avere le competenze necessarie (5 casi), l'11,11% di non avere l'esperienza necessaria (4 casi); il 5,56% non è pronto ad assumersi questa responsabilità (2 casi), in ultimo il 25% ha espresso altre preoccupazioni (9 casi), tra cui:

- “Evidenziare problemi medico-legali e il progetto pagato oppure a prestazione?”
- “Rischiando di non essere tutelati e non ci sono adeguati ritorni economici”
- “Fare una formazione specifica” (2 casi)

Conclusioni dello studio

Dai risultati emerge che il personale medico ed infermieristico che si è sottoposto allo studio è favorevole ad una ipotetica sperimentazione del S&T, e la maggioranza sarebbe disposta a prenderne parte (85,71% dei medici e 89,66% degli infermieri), un medico e due infermieri sono favorevoli ma non parteciperebbero al progetto, e un solo caso per parte si esprime sfavorevole (Figura 5 e Figura 6). Dallo studio emerge che, per quanto riguarda il personale infermieristico, 26 dei 29 professionisti che si sono sottoposti al questionario, rientrerebbero in una ipotetica sperimentazione, in quanto hanno più di 3 anni di esperienza lavorativa in PS.

Per quanto concerne l'opinione riguardo la modalità con la quale potrebbe svolgersi un eventuale progetto pilota, vi è discordanza, infatti poco più della metà (56,1%) preferirebbe che fosse esteso obbligatoriamente a tutti coloro che ne hanno i requisiti; mentre il 43,9% vorrebbe si trattasse di un'adesione volontaria.

Considerando le problematiche che potrebbero rientrare nello studio, dovrebbero essere escluse quelle sopra indicate, in quanto identificate come non appropriate, e sostituite con nuovi protocolli basati sulle richieste delle utenze che si rivolgono al Ca' Foncello.

Esaminando le preoccupazioni manifestate, una gran fetta del personale dichiara di non averne (52,94% del totale), anche se spicca (come per il questionario fornito alle utenze) la sottolineatura dell'importanza di una formazione adeguata per il personale potenzialmente coinvolto, in modo da fornire le competenze necessarie a superare quei problemi di salute opportunamente stimati di minore entità. Si avvertono inoltre una serie d'incertezze scaturite dall'aspetto legale e normativo che dovrebbe tutelare il personale.

Un altro dato significativo è che, tra le preoccupazioni del personale medico, nessuno ha

espresso timore a proposito di un possibile abuso di professione da parte del personale infermieristico o per quanto riguarda la capacità del personale di gestire gli utenti con problematiche minori.

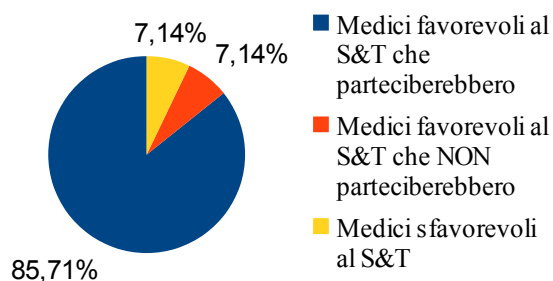


Figura 5: Studio sul personale medico

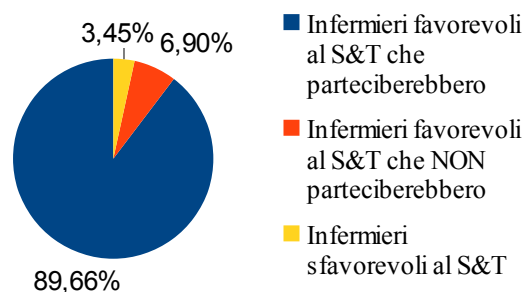


Figura 6: Studio sul personale infermieristico

6.3 Studio logistico

Attualmente nel PS esistono tre ambulatori inutilizzati; ed è proprio in questi locali che si potrebbe avviare un progetto pilota del S&T (Figura 7). I tre ambulatori sono in parte forniti del materiale sanitario necessario per dare il via ad una futura sperimentazione (sono presenti degli armadi, dei lettini, le prese di erogazione dei gas medicali etc).



Figura 7: Planimetria PS ospedale "Ca Foncello"

7. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il problema dell'overcrowding rappresenta uno degli aspetti più debilitanti del Sistema Sanitario Nazionale Italiano. Sono state formulate numerose teorie sul possibile contenimento del fenomeno; la via migliore sarebbe sicuramente rivoluzionare dalle basi l'attuale rapporto sanità-cittadino. Fondamentali in tale direzione gli investimenti atti ad incrementare la prevenzione e le cure primarie, incentivando nella popolazione un senso di responsabilità verso la propria salute. Necessario pure un rafforzamento delle attività del distretto socio-sanitario, attraverso la ridefinizione dei distinti ruoli professionali e modificandone il consueto iter, che porta l'utenza a rivolgersi direttamente all'ospedale. Uno dei metodi che ha dimostrato essere più efficace in termini pratici, tangibili e concreti per la gestione dei pazienti che si rivolgono al PS con la richiesta di cure non urgenti è il "See and Treat". L'obiettivo del lavoro è quello di eseguire uno studio di fattibilità in una realtà come quella dell'ospedale Ca' Foncello di Treviso, uno degli ospedali con più affluenza del Veneto, e che già in altre circostanze si è dimostrato all'avanguardia sotto diversi aspetti. Per valutare la possibilità di intraprendere una ipotetica sperimentazione del modello "See and Treat" ci siamo basati su due aspetti chiave: la volontà del personale e l'opinione delle utenze.

Entrambe le parti si sono dimostrate favorevoli a un ipotetico progetto, convinti che il percorso "See and Treat" possa migliorare ulteriormente l'efficienza dell'attuale servizio di Pronto Soccorso non solo in termini di tempistiche di attesa, ma anche di qualità di cure erogate. Esistono legittime preoccupazioni riguardanti soprattutto le problematiche gestite dagli infermieri, la formazione appropriata e la tutela medico-legale; per questo motivo un eventuale progetto potrebbe far riferimento a quello già in atto nella regione Toscana, ridefinendolo per adattarlo alle specifiche realtà organizzative.

Lo sviluppo ed il progresso sono alla base della sanità italiana che evolve sempre più velocemente; il "See and Treat" rappresenta un esempio di avanguardia in termini di efficienza di gestione dei codici minori e amplia le competenze dell'infermiere, che conferma il proprio ruolo chiave a servizio del cittadino.

8. BIBLIOGRAFIA

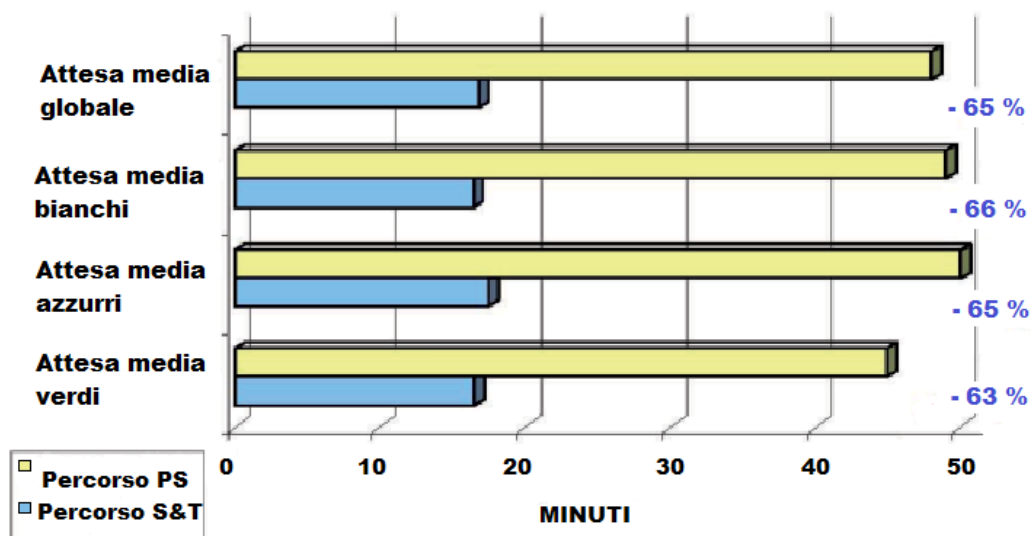
1. DPR 27 Marzo 1969, n. 128 “Ordinamento interno dei servizi ospedalieri”; Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 23 aprile 1969, n. 104
2. D.M. Sanità G.U. 17/5/1996 “Atto intesa Stato-Regioni di approvazione linee guida sul sistema di emergenza-urgenza”; Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 17 maggio 1996, n. 114
3. Ministero della Salute. I codici colore gravità (triage) [Internet]. Salute.gov.it. Pubblicato 13 giugno 2008, aggiornato 8 febbraio 2013, ultima consultazione 29 settembre 2015
Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1052&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto
4. Regione Toscana. Accedere al pronto soccorso - 118 - Salute - Cittadini - Regione Toscana [Internet]. Regione.toscana.it. Pubblicato il 07 novembre 2013, ultima consultazione 29 settembre 2015
Disponibile all'indirizzo:<http://www.regione.toscana.it/-/accedere-al-pronto-soccorso>
5. Senato della Repubblica doc. XVII, n. 10. Documento approvato dalla 12a Commissione permanente (Igiene e sanità) a conclusione dell'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza e urgenza; Annunciato nella seduta n. 547 del 3 maggio 2011
6. Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN Pronto Soccorso e sistema 118 Milestone 1.3 - Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (triage PS e 118) [Internet]. 2007 ultima consultazione 01/10/ 2015. Disponibile all'indirizzo: http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/MDS_MATTONI_SSN_milestone_1.3_triage_v1.0.pdf
7. Rastrelli G, Cavazza M, Cervellin G. Sovraffollamento in pronto soccorso. *Emergency care journal*. 2010;6(2):25-35.
8. Combs S, Chapman R, Bushby A. Fast Track: One hospital's journey. *Accident and Emergency Nursing*. 2006;14(4):197-203.
9. Cooke M, Wilson S, Person S. The effect of a separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times. *Emergency Medicine Journal*. 2002;19(1):28-30.

10. Levati S, Capitoni E. L'impatto del ruolo delle Emergency Nurse Practitioners nella gestione clinica dei pazienti nel contesto di un Dipartimento di Emergenza Urgenza nel Regno Unito. *Professioni Infermieristiche*. 2012;65(2):75 - 80.
11. Bambi S, Giusti M, Beccatini G. See & Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate. Una revisione della letteratura. *Assistenza infermieristica e ricerca*. 2008;27(3):136 - 144.
12. Rogers T, Ross N, Spooner D. Evaluation of a 'See and treat' pilot study introduced to an emergency department. *Accident and Emergency Nursing*. 2004;12(1):24-7.
13. Giunta regionale toscana. Delibera n. 958 del 17/12/2007. Proposta di sperimentazione del modello " See and Treat" in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori. Approvazione documento. Bollettino ufficiale della regione toscana. 2008
14. Giunta regionale toscana. Delibera n 449 del 31/03/2010. "Progetto di sperimentazione del modello See and Treat in pronto soccorso – revisione". 2010.
15. Rosselli A, Francois C, Massai D, Becattini G, Paffetti M, Ruggeri M, Gasperini S. Risultati della sperimentazione del See and Treat. *Toscana Medica*. 2011;29(9):17 - 19.
16. Rosselli A, Cappugi M, Giovanni B, Marco R. See and Treat Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso. 4th ed. Firenze: Giunti; 2012: 369 - 72
17. Esposto a carico delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana per profili di interesse di possibile violazione - da parte di enti, organi e/o soggetti di riferimento anche organizzativo - degli artt. 348 c.p. e 8 L 175/94. Tribunale di Bologna. prot. n. 2635/GP/pm. 2010.
18. Radice C, Ghinaglia M, Doneda R, Bollini G. "See and Treat" in Pronto Soccorso: aspetti legali e responsabilità professionale infermieristica. *Professioni Infermieristiche*. 2013;66(3):175 - 81.
19. Benci L. See&Treat, diritto d'infermiere. *Il sole 24 ore sanità*. 3/8/2010: 20-21.
20. Bozza di Accordo Stato Regioni recante l'ampliamento del profilo di competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico [Internet]. 2012. Ultima consultazione 01/10/2015. Disponibile sul sito:

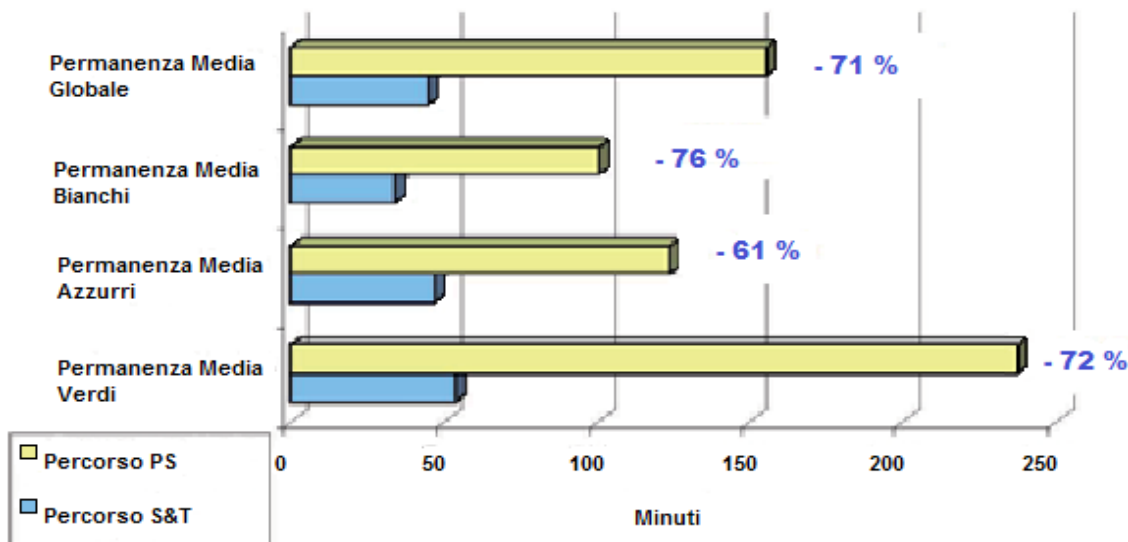
<http://www.ipasvimi.it/allegati/notizie/notizia1334849728.pdf>

21. Ulss.tv.it. Ospedale di Treviso: Reparti - ULSS 9 [Internet]. Ultima consultazione 01/10/2015. Disponibile all'indirizzo: <https://www.ulss.tv.it/ospedale/ospedale-treviso/-/hospital/unit/pronto-soccorso-e-medicina-d-urgenza-treviso>

9. ALLEGATI



Allegato 1: Tempi di attesa medi (grafico adattato dall'articolo: Risultati della sperimentazione del See and Treat. Toscana Medica. 2011)



Allegato 2: Tempi di permanenza medi (grafico adattato dall'articolo: Risultati della sperimentazione del See and Treat. Toscana Medica. 2011)

Allegato 3: Questionario somministrato alle utenze

Con il seguente questionario intendo andare a valutare l'opinione delle persone che si rivolgono al pronto soccorso riguardo l'ipotesi di applicare il modello organizzativo See and Treat (S&T). Tengo a sottolineare che i dati raccolti verranno utilizzati solo ai fini della tesi di laurea del corso di infermieristica.

Prima di iniziare il questionario, riporto alcune informazioni al fine di comprendere meglio l'argomento.

Cosa è il See and Treat?

Il See and Treat è un modello organizzativo del Pronto soccorso, sviluppatosi in Inghilterra circa 15 anni fa, in cui infermieri esperti ed opportunamente formati prendono in carico e gestiscono in autonomia pazienti con problematiche minori seguendo dei precisi protocolli medico-infermieristici.

L'utente che si rivolge al triage, se rientra nella categoria di problematiche gestite dal See & Treat viene indirizzato direttamente agli ambulatori gestiti da medici ed infermieri e vengono visitati indipendentemente dal medico o dall'infermiere a seconda dell'ordine di accettazione. In ogni caso, al momento dell'assegnazione del codice, l'utente può scegliere se aderire al percorso S&T oppure il percorso tradizionale ed aspettare il proprio turno.

Perché è nato?

L'obiettivo è quello diminuire il tempo di attesa delle utenze e conseguentemente il sovraffollamento del Pronto soccorso; alcuni studi¹ dimostrano netti miglioramenti sul tempo di accettazione e gestione dei pazienti, in particolare:

	Prima del S&T	Dopo il S&T
Percentuale di Pazienti visti dal triage entro 15'	75%	98%
Tempo medio di attesa prima di essere visitati (codici minori)	56 min	30 min
Percentuale pazienti visitati entro 1 h	63%	90%
Percentuale di dimissione entro le 4 h (tutti i codici)	87%	92%

1: T. Roger, N. Ross, D. Spooner; Evaluation of a "see and treat" pilot study introduced to an emergency department; Accident and Emergency Nursing 16 May 2003

Ma in Italia è possibile farlo?

In Italia è stato applicato il modello S&T in 6 ospedali della regione Toscana in un periodo di prova dal Novembre 2007 al Dicembre 2008. Il personale infermieristico che ha partecipato alla sperimentazione possedeva almeno 3 anni di esperienza lavorativa in pronto soccorso e doveva avere acquisito le specifiche competenze di triage; in seguito ha dunque svolto un corso di sei mesi composto da lezioni teoriche e tirocini pratici in affiancamento a medici tutor. Durante questo periodo sono stati elaborati dei protocolli medico-infermieristici attinenti a 9 campi o aree per un totale di 44 problematiche minori comprese tra il codice bianco e verde (ESI 4 E 5).

Alla fine della sperimentazione i risultati sono stati molto positivi, con un'effettiva riduzione del tempo di attesa delle utenze in linea alle tempistiche dello studio sopra riportato e un eccellente grado di soddisfazione da parte delle utenze (64% eccellente, 11% ottima, 17% buona, 7% sufficiente, 1% insufficiente, 0% pessima) e qualità dell'assistenza (il problema è stato risolto: 86% totalmente, 11% parzialmente, 3% non risolto). Per questi e altri motivi la regione Toscana ha

deciso di proseguire con la sperimentazione ed ampliarla ad altri ospedali della regione.

Il seguente questionario è composto sia da domande a risposta chiusa, nelle quali E' POSSIBILE BARRARE UNA O PIU' RISPOSTE, sia da domande aperte.
IL QUESTIONARIO E' ANONIMO e non è possibile risalire all'identità della persona che lo ha compilato.

1) Età _____

2) Sesso

M F

3) Nazionalità _____

4) Titolo di studio

- Nessuno
- Istruzione primaria (elementari)
- Istruzione secondaria di primo grado (diploma di scuola media)
- Istruzione secondaria di secondo grado (diploma di scuola superiore)
- Laurea
- Altro

Dopo il S&T	Prima del S&T	Percentuale di dimissione entro 12 ore
95%	75%	80%
30 min	35 min	
90%	85%	
95%	85%	

5) Sarebbe a favore dell'applicazione del modello S&T qui a Treviso?

Si No

6) Ritieni che l'introduzione del modello S&T sia utile a migliorare l'efficienza del pronto soccorso qui a Treviso?

- Sì, secondo me potrebbe diminuire il tempo di attesa
- Sì, secondo me migliorerebbe le cure fornite
- Sì, secondo me diminuirebbe il sovraffollamento del pronto soccorso
- No

7) Lei affiderebbe le sue cure al personale infermieristico qualificato ed esperto del S&T?

Si No

8) Quali sono le sue preoccupazioni nei confronti di tale modello?

Le cure potrebbero non essere ottimali come quelle erogate attualmente

Non credo che gli infermieri siano in grado di gestire il mio problema

Mi sento più sicuro nel vedere un medico

Non credo sia utile

Non ho particolari preoccupazioni

Altro

Ha concluso il questionario, grazie per la disponibilità.

Laureando: Filippo Badenetti, corso di laurea in infermieristica, università di Padova.
Mail: filbade@hotmail.it

Allegato 4: Questionario somministrato al personale

Con il seguente questionario intendo analizzare la volontà e la disponibilità da parte del personale medico ed infermieristico di attuare un' ipotetica sperimentazione del modello organizzativo "See and Treat (S&T)". Tengo a sottolineare che i dati raccolti verranno utilizzati solo ai fini della tesi di laurea del corso di infermieristica.

Prima di iniziare il questionario, riporto alcune informazioni al fine di comprendere meglio l'argomento.

Cosa è il See and Treat?

Il See and Treat è un modello organizzativo del Pronto soccorso, sviluppatosi in Inghilterra circa 15 anni fa, in cui infermieri esperti ed opportunamente formati prendono in carico e gestiscono in autonomia pazienti con problematiche minori seguendo dei precisi protocolli medico-infermieristici.

Perché è nato?

L'obiettivo è quello diminuire il tempo di attesa delle utenze e conseguentemente il sovraffollamento del Pronto soccorso; alcuni studi¹ dimostrano netti miglioramenti sul tempo di accettazione e gestione dei pazienti, in particolare:

	Prima del S&T	Dopo il S&T
Percentuale di Pazienti visti dal triage entro 15'	75%	98%
Tempo medio di attesa prima di essere visitati (codici minori)	56 min	30 min
Percentuale pazienti visitati entro 1 h	63%	90%
Percentuale di dimissione entro le 4 h (tutti i codici)	87%	92%

1: T. Roger, N. Ross, D. Spooner; Evaluation of a "see and treat" pilot study introduced to an emergency department; Accident and Emergency Nursing 16 May 2003

Ma in Italia è possibile farlo?

In Italia è stato applicato il modello S&T in 6 ospedali della regione Toscana in un periodo di prova dal Novembre 2007 al Dicembre 2008. Il personale infermieristico che ha partecipato alla sperimentazione possedeva almeno 3 anni di esperienza lavorativa in pronto soccorso e doveva avere acquisito le specifiche competenze di triage; in seguito ha dunque svolto un corso di sei mesi composto da lezioni teoriche e tirocini pratici in affiancamento a medici tutor. Durante questo periodo sono stati elaborati dei protocolli medico-infermieristici attinenti a 9 campi o aree per un totale di 44 problematiche minori comprese tra il codice bianco e verde (ESI 4 E 5). Alla fine della sperimentazione i risultati sono stati molto positivi, con un'effettiva riduzione del tempo di attesa delle utenze in linea alle tempistiche dello studio sopra riportato e un eccellente grado di soddisfazione da parte delle utenze (64% eccellente, 11% ottima, 17% buona, 7% sufficiente, 1% insufficiente, 0% pessima) e qualità dell'assistenza (il problema è stato risolto: 86% totalmente, 11% parzialmente, 3% non risolto). Per questi e altri motivi la regione Toscana ha deciso di proseguire con la sperimentazione ed ampliarla ad altri ospedali della regione.

Il seguente questionario è composto sia da domande a risposta chiusa, nelle quali E' POSSIBILE BARRARE UNA O PIU' RISPOSTE, sia da domande aperte.
 IL QUESTIONARIO E' ANONIMO e non è possibile risalire all'identità della persona che lo ha compilato.

- 1) Professione: Medico
 Infermiere
- 2) Da quanti anni svolge questa professione? _____
- 3) Da quanti anni lavora in pronto soccorso? _____
- 4) Titolo di studio e master/corsi di formazione conseguiti _____
- 5) Aveva già sentito parlare del modello S&T Si No
- 6) Se si dove dove è venuto a conoscenza di tale modello? Corsi di formazione
 Riviste specialistiche
 Mi sono informato per conto mio
 Su internet
 Me ne ha parlato un collega
 Non ne ho mai sentito parlare
- 7) Secondo lei l'applicazione del modello S&T presso il Pronto soccorso dell'ospedale Ca' Foncello potrebbe portare dei benefici al sistema di gestione attuale? Si, Secondo me porterebbe a una migliore soddisfazione da parte dell'utenza.
 Si, secondo me porterebbe ad una diminuzione del tempo di attesa degli utenti prima di essere visitati
 Si, secondo me porterebbe ad una diminuzione del tempo totale di permanenza degli utenti in Pronto soccorso (da momento del triage al momento della dimissione)
 Si, secondo me diminuirebbe il carico di lavoro
 No, secondo me non porterebbe - ad alcun beneficio

8) Nel caso ipotetico in cui si scegliesse di sperimentare per un periodo di prova il modello S&T presso l'ospedale Ca' Foncello lei sarebbe favorevole?

Sì No

9) Se sì, secondo lei la sperimentazione dovrebbe essere estesa obbligatoriamente a tutto il personale o solo a chi aderisce volontariamente?

Estesa a tutti
 Solo a chi aderisce volontariamente

10) Lei sarebbe disposto a partecipare ad un eventuale progetto S&T come medico tutor o come infermiere formato?

Sì No

Le seguenti 2 domande sono riservate al personale medico, se è un infermiere passi alla domanda n 13

11) Questo è l'elenco delle 44 problematiche gestite nel percorso S&T dagli infermieri opportunamente formati nella sperimentazione toscana; quali secondo lei **NON** dovrebbero essere fatte gestire in autonomia da un infermiere seppur qualificato .
 (faccia una croce sulla problematica es Congiuntivite)

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

12) Quali sono le sue preoccupazioni riguardanti l'applicazione del modello S&T?

- Temo che ne risenta la qualità dell'assistenza all'utente
- Non ritengo che il personale infermieristico riesca a gestire le utenze
- Ritengo ci sia un abuso di professione da parte del personale infermieristico
- Non voglio mettere in crisi in sistema attuale
- Non credo sia utile
- Non ho alcuna preoccupazione in particolare
- altro (specificare)

Se lei è un medico ha concluso il questionario, la ringrazio per la disponibilità. Le seguenti due domande sono riservate al personale infermieristico:

13) Questo è l'elenco delle 44 problematiche gestite nel percorso S&T dagli infermieri opportunamente formati nella sperimentazione toscana; quali secondo lei **NON** dovrebbero essere fatte gestire in autonomia da un infermiere seppur qualificato .
(faccia una croce sulla problematica es Congiuntivite)

Ecchimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva	Lussazione ricorrente della mandibola	Dolore acuto monoarticolare	Rimozione punti di sutura
Congiuntivite	Dolore dentario	Contusioni minori degli arti	Dermatiti da contatto
Corpo estraneo congiuntivale	Problemi post estrazione dentaria	Traumi delle dita delle mani e dei piedi non complicati	Ustioni solari
Emorragia sottocongiuntivale	Singhiozzo isolato	Pronazione dolorosa	Ustioni minori
Irritazione da lenti a contatto	Diarrea acuta non ematica	Ferite semplici ed abrasioni	Geloni
Tappo di cerume	Reinserimento/ ostruzione SNG	Avulsione superficiale della punta del dito	Orticaria
Otite esterna	Infezione delle basse vie urinarie	Rimozione di anello	Pediculosi
Corpo estraneo nell'orecchio	Sostituzione/ostruzione del catetere vescicale	Rimozione di amo da pesca	Verruche
Epistassi	Test gravidici di esclusione	Punture di insetti e animali marini	Foruncoli

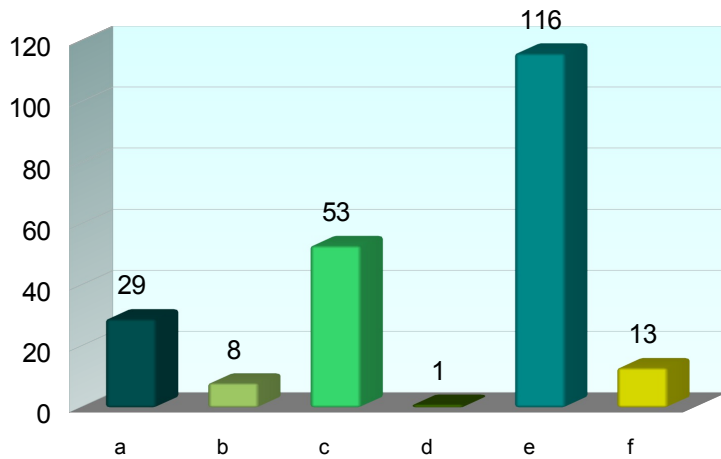
Corpo estraneo nel naso	Torcicollo	Intrappolamento da lampo	Cisti sebacea
Rinite	Lombalgia acuta ricorrente	Idrosadenite	Infezioni del letto ungueale

14) Quali sono le sue preoccupazioni riguardanti l'applicazione del modello S&T?

- Non ritengo di avere le competenze necessarie
- Non ritengo di avere l'esperienza necessaria
- Non me la sento di prendere questa responsabilità
- Non credo sia utile
- Non voglio mettere in crisi il sistema attuale
- Non ho nessuna preoccupazione in particolare
- altro (specificare)

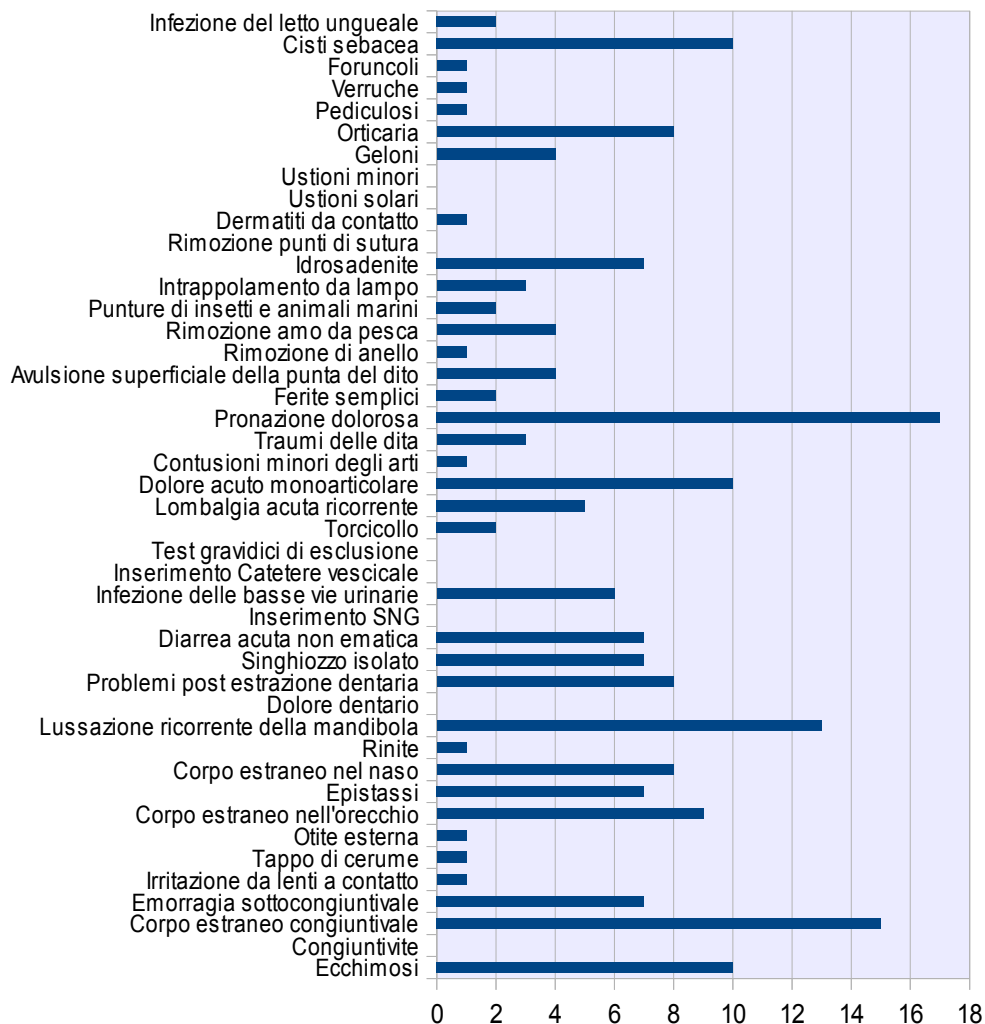
Ha concluso il questionario, grazie per la disponibilità.

Laureando: Filippo Badenetti, corso di laurea in infermieristica, università di Padova.
Mail: filbade@hotmail.it



Asse x
 a) Le cure potrebbero non essere ottimali
 b) Gli infermieri non sono in grado di gestire il mio problema
 c) Mi sento più sicuro nel vedere un medico
 d) Non credo sia utile
 e) Non ho preoccupazioni
 f) Altro

Allegato 5: Preoccupazioni espresse dalle utenze



Allegato 6: Problematiche segnalate come inappropriate dal personale (medico ed infermieristico)