See & Treat … si o **NO**?

Dr. Giancarlo Giovannetti
Direttore Pronto Soccorso
Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni

Il metodo operativo del See and Treat è stato introdotto in Inghilterra ormai da tempo, e con discordanti valutazioni, come alternativa o superamento dei problemi o delle mancate soluzioni conseguenti all'utilizzo del sistema del Triage infermieristico sulla porta del Pronto Soccorso, adottato, a sua volta, allo scopo di fronteggiare il fenomeno del sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso attraverso la definizione della priorità di accesso alla visita.[1,2,3,4,5,6]

È da tutti riconosciuto, anche a livello internazionale, che il problema più grave del Pronto Soccorso sul piano della qualità assistenziale fornita è, oggi, quello dei pazienti che stazionano al suo interno, dopo che è stata definita la necessità del ricovero, SOLO perché attendono che si liberi il posto letto nel reparto di assegnazione.

Il modello originale del See & Treat, così come quello del Triage, partiva, invece, dall'attenzione posta soprattutto alla casistica di minore priorità che costituisce intorno al 70% dell'utenza nella maggior parte delle realtà sanitarie occidentali.

Secondo l'analisi degli effetti del Triage, effettuata soprattutto in Inghilterra, questo modello ha dato, certo, una risposta organizzativa a tale problema ma non ha avuto, però, risvolti sul piano della efficacia operativa istituzionalizzando, di fatto, crescenti e lunghissimi tempi d'attesa e consolidando indirettamente il sovraffollamento costante del Pronto Soccorso.

Per questo si è ritenuto di dover adottare, non senza conflitti di opinione, un diverso modello organizzativo, alternativo al precedente, che privilegia la tempestività delle prestazioni per la rilevante componente degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, contraddicendo praticamente i principi del rispetto assoluto delle priorità del bisogno assistenziale.

Ma, in realtà, alla base di questo modello funzionale vi era, sostanzialmente e semplicemente, l'assegnazione del personale medico più esperto presente in turno alla gestione di tali casi a priorità minore ma più numerosi quantitativamente, in modo tale che fosse possibile attuare una fase diagnostica e terapeutica più diretta, più appropriata, più selettiva e, quindi, più rapida.

Questo è documentato dalla letteratura in bibliografia.

L'analisi anche di questo modello evidenzia alcune contraddizioni. È evidente che, vista la Mission del Pronto Soccorso, tutte le migliori risorse professionali che possono essere messe in campo dovrebbero essere destinate al trattamento dei casi più appropriati e, quindi, più impegnativi con codice di priorità maggiore (e con effettiva maggiore gravità riscontrata dal medico).

Inoltre dovrebbe essere garantita la formazione sul campo delle giovani leve mettendole in condizione di lavorare in affiancamento per un tempo sufficiente con i medici più esperti.

Cercare soluzioni basate solo su considerazioni economico gestionali che tengano semplicemente conto del dato di fatto del sovraffollamento come di un evento ineluttabile, senza porre in discussione le cause vere del fenomeno e cercare di porvi rimedio, è per lo meno miope, visto che l'obiettivo primario da

garantire dovrebbe essere la qualità dell'assistenza prestata ai pazienti che accedono per motivi appropriati al Pronto Soccorso.

A meno che alla base del ragionamento vi sia la presunzione che il personale che lavora in Pronto Soccorso è sufficiente o in esubero e, comunque, TUTTO adeguatamente formato ad affrontare tutte le insidie di una casistica per definizione non selezionata e proteiforme.

Quindi la prima domanda da porsi per affrontare i problemi sopra delineati è:

i pazienti con codice di priorità bianco e verde devono per forza essere trattati in Pronto Soccorso?

Veramente non esistono servizi alternativi per questo? [E questa domanda viene espressa, non a caso, anche nella letteratura allegata!].

Ma, dopo queste premesse, il problema è come si possa essere passati a ribattezzare con il nome di See & Treat da parte della Regione Toscana un modello organizzativo sostanzialmente diverso rispetto a quello ORIGINALE che prevedeva l'assegnazione del personale medico più esperto a smaltire con maggiore rapidità la mole del carico assistenziale improprio che grava sul Pronto Soccorso, avendone deciso l'adozione dopo avere riconosciuto il fallimento (annunciato anche quello, per ovvi motivi) del Triage rispetto agli obiettivi incongrui ed irrazionali che gli erano stati impropriamente ed erroneamente attribuiti.[7]

A ben guardare, per la verità, anche per altri aspetti che riguardano l'organizzazione ospedaliera collegata al Pronto Soccorso si può constatare questa sorta di "errore di traduzione" dall'inglese che finisce per creare modelli organizzativi per certi versi mostruosi, sia sul piano sanitario che giuridico, ma che vengono presentati quasi come una sublimazione del supporto e dell'aiuto che si dichiara di dare ai gravi problemi del Pronto Soccorso.

Dal fragoroso silenzio che si alza da chi lavora nel settore del Pronto Soccorso, si ha quasi l'impressione che questo complesso nodo nevralgico della assistenza sanitaria pubblica, venga considerato una sorta di "terra di nessuno" su cui tutti si sentono in diritto di mettere la propria bandierina colorata. Fuori dalla metafora sembra che molti, senza coinvolgere gli operatori, si divertano a dettare modelli che invece di risolvere i problemi in realtà li aggravano inevitabilmente, generando ulteriori problemi e spegnendo progressivamente la "vocazione" dei professionisti che lavorano in questo ambito.

Ma il Pronto Soccorso non può essere una "TERRA di NESSUNO"!!!

Proprio per la complessità oggettiva e da tutti riconosciuta delle attività che vi si svolgono e che è confermata dalla assoluta carenza di vocazione a lavorarvi da parte dei medici ospedalieri (come pure di quelli che svolgono attività di continuità assistenziale!), è necessario che venga rispettata la professionalità e l'esperienza di coloro che vi lavorano quotidianamente.

Dalla lettura dettagliata del documento istruttorio e della delibera della Regione Toscana emergono altri elementi su cu non è possibile evitare commenti.

Intanto il riferimento all'articolo 10 del DPR 27 Marzo 1992

> **[Articolo 10** del DPR 27 Marzo 1992
> **Prestazioni del personale infermieristico**
> **1.** Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovena e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.**]**

risulta quanto mai inappropriato perché il ruolo dell'infermiere, ivi sancito, riguarda l'attuazione delle manovre atte al ripristino ed al mantenimento delle

funzioni vitali del paziente, quindi sia in condizioni di emergenza ed, in particolare, nell'ambito della assistenza territoriale d'emergenza sia, eventualmente, in altre situazioni nelle quali non sia tempestivamente presente il medico, cosa ben difficile o, meglio ancora, assolutamente improbabile in una struttura sanitaria degna di essere definita Pronto Soccorso.

Quindi tale previsione normativa non ha nulla a che vedere con la fattispecie organizzativa del See & Treat!

Una siffatta situazione di assenza del medico è, invece, più facile a verificarsi, oggettivamente, in un reparto ospedaliero a bassa intensità assistenziale.

La previsione contenuta nell'articolo 10 del DPR 27 Marzo 1992 ha trovato non a caso, piena attuazione, nella esperienza personale, nell'ambito della Formazione Infermieristica già dallo stesso anno della promulgazione della norma, con la proposta e la tempestiva attivazione di un corso di Manovre infermieristiche di emergenza nell'ambito dell'insegnamento di Medicina e Chirurgia d'Urgenza, prima presso la Scuola Infermieri di Perugia e poi presso il Corso di Laurea in Infermieristica di Terni.

Considerata la enorme rilevanza giuridica della cartella clinica di Pronto Soccorso è impossibile dare qualsiasi ragionevole significato alla espressione contenuta nella "DELIBERAZIONE 17 dicembre 2007, n. 958

Proposta di sperimentazione del modello " See and Treat" in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori. Approvazione documento."

…

3. chi accede al "See&Treat" è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, Medico o Infermiere, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine;

Che dire poi dell'improponibile elenco della spesa a cui solo può essere assimilato l'elenco delle patologie in coda alla delibera, molte con inopportuni errori di ortografia, senza alcun riferimento al grado misurabile di acuzie e, quindi, con inevitabili rischi di errori interpretativi sul piano clinico diagnostico, che non possono certo essere evitati con corsi di formazione che non possono surrogare certamente il Corso di Laurea in Medicina!

Nell'elenco è compreso, tra l'altro, anche il cosiddetto "colpo di frusta cervicale", già caricato di una quantità di problemi sociali, culturali, politici ed assicurativi che ci espongono ad un confronto poco decoroso con gli altri paesi europei (vedi il numero dell'Automobile di Maggio 2010- "Colpi di frusta" veri e falsi), che si vorrebbe far gestire da un Infermiere dall'inizio alla fine del percorso diagnostico e terapeutico con tutti i problemi di radioprotezione che si devono porre ed in presenza di PROTOCOLLI VERI, che i medici del Pronto Soccorso faticano già a far rispettare, destinati a limitare la prescrizione di esami radiologici inutili e, quindi, dannosi secondo il consolidato assunto che il rischio più serio da radiazioni ionizzanti è di tipo STOCASTICO!

Per caso si pensa di risolvere i problemi del Pronto Soccorso facendolo diventare un supermercato dove si deve preventivamente svolgere un Audit multi professionale per "concordare un protocollo" destinato a "far sì che tutti coloro che si presentano in Pronto Soccorso con un certo problema (identificato di solito GENERICAMENTE su base esclusivamente anamnestica come il progetto della Syncope Unit?) vengano sottoposti alle stesse fasi diagnostiche e agli stessi schemi

terapeutici … così da escludere tutte le differenze di comportamento tra i vari medici"!?!?

Forse si ignora o ci si dimentica che anche molte manovre e procedure di Primo Soccorso e di Pronto Soccorso, purtroppo abitualmente ed acriticamente praticate o, addirittura, insegnate, sono poco più che luoghi comuni privi di basi scientifiche, se non addirittura, miti e magie dell'epoca moderna!

Bibliositografia

1. Leaman A.M.: See and Treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? One size does not fit all; Med J 2003; 20:118, **shirley.redfern@prh.nhs.uk**

2. Proudlove N.C., Gordon K. and Boaden R.: Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments?; Emerg Med J 2003; **20**:149-155; **nathan.proudlove@umist.ac.uk**

3. Cooke M.W., Higgins J. and Kidd P.: Use of emergency observation and assessment wards: a systematic literature review; Emerg Med J 2003; **20**:138-142; **m.w.cooke@Warwick.ac.uk**

4. Hassan T.B.: Clinical decision units in the emergency department: old concepts, new paradigms, and refined gate keeping; Emerg Med J 2003; **20**:123-125; **taj.hassan@leedsth.nhs.uk**

5. Castille K. and Cooke M. (A&E advisor): One size does not fit all. View 2; Emerg Med J 2003; **20**:120-122; **karen.castille@tesco.net**

6. Windle J. and Mackway-Jones K.: Don't throw triage out with the bathwater; Emerg Med J 2003; **20**:119-120; **jill.windle@srht.nhs.uk**

7. DELIBERAZIONE 17 dicembre 2007, n. 958, Proposta di sperimentazione del modello " See and Treat" in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori. Approvazione documento. pagg. 57-67 BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE TOSCANA - N. 1; 2.1.2008