quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Competenze infermieristiche. Il S&T? Struttura ridondante per 'piazzare' qualche infermiere dirigente

08 GEN - *Gentile direttore,*
in fondo siamo ormai assuefatti a compagnie aeree low cost, viaggi last minute, cure mediche in saldo, credito a consumo negli studi odontoiatrici: perché mai dovremmo dunque scandalizzarci se la senatrice Silvestro ed i suoi luogotenenti, Dottori in scienze infermieristiche, propongono una sanità orientata al risparmio?
In tempo di crisi va bene tutto, salvo poi ci si venga a lamentare che la qualità dei servizi erogati dal nostro Sistema Sanitario sia stata ulteriormente ridimensionata, non fossero già bastati i tagli lineari che, soprattutto sul personale, gli ultimi governi hanno effettuato con il succedersi delle leggi di stabilità.

Cosa fare dunque per contenere la spesa garantendo la quantità dei servizi erogati?
Ecco, dal magico cappello a cilindro del presidente dell'IPASVI, materializzarsi la soluzione: si cominci a far fare agli infermieri, pardòn, ai Dottori in scienze infermieristiche, quello che i medici, una specie a loro dire ormai in via d'estinzione, non saranno più in grado, tra qualche anno, di garantire.
E così, il nuovo esercito è pronto.
È pronto sulla base di esperienze "ampiamente collaudate" quali, ad esempio, il See & Treat (S&T), la cui fase sperimentale, approvata in maniera unanime dalla regione Toscana con DGR 958/2007 e s.m.i. sta offrendo ai nostri amici l'assist per l' "implementazione delle competenze infermieristiche", locuzione che sembra ormai rappresentare la panacea per il nostro disastrato Sistema Sanitario.
Qual è lo scopo del S&T?
Quello di ridurre i tempi d'attesa, in Pronto Soccorso, ai pazienti classificati con un codice colore tra quelli di minor gravità.

Il Ministero della Salute, come si sa, raccomanda che si identifichi con il codice colore la gravità del paziente: rosso (molto critico, priorità massima), giallo (mediamente critico), verde (poco critico, differibile), bianco (non critico).
In Toscana è stato introdotto anche il codice azzurro – s'inserisce tra il bianco ed il verde – per stratificare ulteriormente la "gravità" del paziente.
E così la sperimentazione, nella terra di Leonardo prevede che, in fase di Triage, si indirizzino verso una diagnosi ed il relativo trattamento infermieristico i codici bianco ed azzurro.
Al medico saranno invece dirottati i codici verde, giallo e rosso.

Questo naturalmente comporterà la presenza di ulteriore personale infermieristico nell'area S&T, personale che si aggiunge a quello già utilizzato in Pronto Soccorso; ed il medico dovrà comunque validare l'intervento dell'infermiere, ripetendo la procedura e garantendo in ogni caso la sua presenza nell'area S&T.

Peccato però che la tipologia di paziente - codici bianchi ed azzurri - che afferisce all'area S&T non dovrebbe neanche avvicinarsi al Pronto Soccorso: i codici di minor gravità dovrebbero infatti essere trattati nel contesto delle cure primarie, dai medici di medicina generale nelle ore diurne, dai medici della continuità assistenziale nelle ore notturne e durante le giornate festive, ed infine anche nei Punti di Primo Intervento degli ospedali riconvertiti, tutte risorse già operanti sul territorio e che rappresentano per giunta dei centri di costo.

Insomma, il S&T sarebbe una struttura ridondante che nasce dall'esigenza di vicariare un compito che è universalmente accettato essere prerogativa delle cure primarie, loro si deputate a decongestionare i nostri Pronto Soccorso da prestazioni del tutto inappropriate.
Dunque, paradossalmente, invece di orientarsi verso la riorganizzazione della rete territoriale per le primary care, le cui risorse sono malamente utilizzate e la cui implementazione è attesa da anni, il solerte senatore Silvestro propone strategie che, nell'ottica della riduzione dei tempi d'attesa dei codici bianchi, determinerebbe un incremento dei costi della sanità, ignorando (o fingendo di farlo) che la soluzione, nello specifico, risiede nell'ottimizzazione delle risorse già esistenti e non certo in sprechi ulteriori.

E così, mentre nelle corsie e nelle terapie intensive esplode il burnout per carenza di personale, gli ufficiali della Silvestro, pur di piazzare qualche Dirigente infermieristico tra i Colonnelli della Sanità, sacrificano le truppe in trincea, proponendo inutili doppioni.

Il S&T è stato implementato qualche anno fa in Inghilterra.
La caratteristica italica esterofilia, alla costante ricerca del Santo Graal, ci induce spesso ad importare tutto ciò che è diverso, originale ed in grado di colpire la fantasia, senza analizzarne le origini, ne valutarne i risultati.
Succede infatti che, a causa di un errata programmazione universitaria, il Sistema Sanitario inglese (N.H.S.), si trova già da qualche anno a corto di medici, tant'è che molti dei nostri giovani colleghi emigrano in U.K. per specializzarsi ed inserirsi professionalmente.
Data la carenza di professionisti, il N.H.S. è dovuto ricorrere a sistemi tampone, quali il S&T appunto, per poter garantire l'offerta sanitaria. Dunque, quella che si ritiene possa essere la soluzione dei problemi altro non è stato, per gli inglesi che un pannicello caldo, applicato in attesa delle ben più efficaci terapie convenzionali.
Ma nel nostro Paese, per stessa affermazione della senatrice, il rapporto medici/infermieri è nettamente spostato in favore dei primi: ed allora siamo sicuri sia effettivamente questa la strada da percorrere?
Chiudo con una considerazione del tutto personale che riguarda i nostri decisori politici.
Sulle disquisizioni di carattere semantico che - quasi a voler giustificare l'azzardo che veniva deliberato - si possono leggere nel corpo della DGRT 958/2007 sul significato del termine "competenze", stenderei il più classico dei pietosi veli: il nostro è un Paese fondato sulle interpretazioni opportunistiche delle norme, scritte in maniera tale da poter essere adattate alle esigenze le più disparate.
Non meravigliamoci, dunque, se stiamo lentamente ed inesorabilmente colando a picco.

Domenico Minniti
Vicepresidente AAROI-EmAC Calabria
Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri – Emergenza ed Area Critica

08 gennaio 2014

http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=18987