

Accessi non urgenti nel Dipartimento di Emergenza (D.E.) e ruoli dell'infermiere. Una revisione narrativa della letteratura

Non-urgent accesses and nurses' roles in Emergency Department: a narrative literature review

Caterina Bornaccioni¹

Alessia Coltella²

Elena Pompi³

Julita Sansoni⁴

RIASSUNTO

Scopo: Descrivere quanto si scrive in letteratura in merito agli accessi non urgenti nei Dipartimenti di Emergenza e evidenziare i ruoli infermieristici associati, nel periodo 2003 - 2013.

Metodo: E' stata effettuata una revisione della letteratura internazionale utilizzando la banca dati PubMed. Sono stati utilizzati 41 articoli significativi.

Risultati: Gli articoli analizzati riguardano: l'organizzazione dei D.E., i modelli di risposta (Fast Track-See and Treat etc.) in alcuni Paesi e la valutazione dei ruoli e delle competenze infermieristiche. In letteratura, il modello e i ruoli studiati si sono rivelati efficaci nel ridurre i tempi di attesa nei D.E. e nell'aumentare la soddisfazione degli utenti senza ridurre la qualità dell'outcome delle cure erogate.

Conclusioni: In letteratura emerge che l'attuazione del sistema Fast Track non può esulare dall'impiego di personale infermieristico con competenze avanzate nell'ambito dell'emergenza. L'introduzione di queste figure presuppone che i sistemi sanitari debbano affrontare il problema del lavoro interprofessionale.

Parole Chiave: Fast Track, infermieristica di emergenza, pronto soccorso, traumi minori, affollamento, accessi non urgenti, See and Treat

ABSTRACT

Purpose: To detect what is written in literature with respect to the access of non-urgent patients in Emergency Department, highlighting associated nursing roles during the period 2003-2013.

Method: A literature review on international literature was carried out using PubMed database, where 41 significant articles were selected.

Results: The articles analyzed are focused on the organization of the E.D., the response patterns (Fast Track-See and Treat etc.) in some countries and the evaluation of the nursing roles and competences. In literature, the model and the roles studied have proved to be effective in reducing waiting times in E.D. and increasing users' satisfaction without reducing the quality of provided care.

Conclusions: The literature shows that the implementation of Fast Track must be developed with a nursing staff with advanced skills on emergency. The introduction of these roles assumes that health systems should address the problem of inter-professional work.

Keywords: Fast Track, Emergency Nursing, Advanced Nurse Practitioner Nurse Practitioner, Crowding, Emergency Department, Minor Injuries, Non urgent Emergency access, See and Treat

INTRODUZIONE

Il problema della numerosità degli accessi non urgenti nei servizi di emergenza-urgenza è molto diffuso sia nel contesto internazionale che in quello Italiano (Oredsson et al., 2011; AGENAS, 2013) a prescindere dal tipo di Servizio Sanitario offerto nel

Paese. Il risultato è che il sovrappollamento causato dall'afflusso di pazienti con problemi di salute minori, determina un aumento dei tempi di attesa con la conseguente insoddisfazione delle Persone che richiedono il servizio (Quattrini et al., 2011) ma è anche correlato a un aumento degli eventi avversi (Fordyce et al. 2003). Esperienze di soluzione del problema sono state tradotte in Italia con il termine *See and Treat*, un modello che indica un percorso professionale più rapido (Radice C. et al. It 2013) dove i pazienti selezionati per problemi di salute minori, vengono valutati e subito trattati da un medico o da un infermiere competente e specializ-

1 Infermiere, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma.
Corrispondenza: c.born85@gmail.com

2 Infermiere, Ospedale G.B. Grassi, Roma

3 Infermiere, Policlinico Umberto I, Roma

4 Prof. Associato Scienze Infermieristiche, Unità di Ricerca Infermieristica, Dipartimento Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma. Corrispondenza: julita.sansoni@uniroma1.it

zato (all'Estero Nurse Practitioners ossia Infermieri in possesso di una formazione avanzata specifica). L'applicazione del sistema nei DE, ha reso necessario lo sviluppo di nuovi ruoli infermieristici con competenze avanzate.

Mengoni et Rappini (2007) riportano le percentuali degli accessi non urgenti nei diversi Paesi: tra il 9% e il 54,1% negli USA, in Canada tra il 25,5% e il 60% e in Europa tra il 19,6% e il 40,9%.

Nel 2013, anche l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha pubblicato un'analisi descrittiva condotta dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza (SIMEU) dove si riporta che nel 2010, in Italia il valore medio nazionale degli accessi non urgenti nei Pronto Soccorso è del 24,18% con una variabilità di distribuzione su tutto il territorio Nazionale del 23,85% nel Nord, del 17,98% al Centro e del 30,94% nel Sud e Isole.

In letteratura, la non urgenza e l'accesso improprio in Pronto Soccorso hanno definizioni che cambiano in base al contesto e al punto di vista dell'attore che definisce il fenomeno.

Ci pare interessante lo studio svolto dalla Asl di Ravenna (Di Tommaso et al., 2008), dove si riportano le definizioni date da tre popolazioni target: personale di pronto soccorso, medici di medicina generale e dagli Utenti fruitori di servizi. I primi definiscono accesso non urgente "qualsiasi accesso con codice bianco e alcuni codici verdi, in particolare quelli non traumatici e quelli senza esito di ricovero". I medici di medicina generale definiscono non idonei la totalità dei codici verdi e bianchi e gli Utenti, che al contrario, ritengono appropriato ogni accesso, in base alla percezione di gravità e alla preoccupazione per il proprio stato di salute.

Noi consideriamo vi sia poca chiarezza sulle definizioni e per questo, adottiamo il concetto di accesso non urgente in base al codice di triage definito dagli operatori di Pronto Soccorso dello studio sopra riportato

In molti Paesi del mondo il sovraffollamento dei D.E. ha determinato diverse risposte da parte dei sistemi sanitari, al fine di migliorare la qualità delle cure erogate in termini di diminuzione degli errori e di soddisfazione degli utenti (Oredsson et al., 2011).

Le strategie adottabili per far fronte al problema sono numerose ma possono essere raggruppate in due macro aree: una, prevede la riorganizzazione delle cure primarie al fine di trattare le non urgenze sul territorio (come si sta cercando di attuare in Italia),

e l'altra con la messa in atto di interventi finalizzati alla riorganizzazione dei Dipartimenti di Emergenza (AGENAS, 2013).

Studiare ed analizzare attraverso la letteratura i modelli internazionali impiegati in ambito intraospedaliero è di notevole interesse e vengono messe in luce anche diverse professionalità infermieristiche. Potrebbe essere interessante sperimentare modelli diversi anche nel contesto italiano: sostenuti dalla letteratura che presenta evidenze scientifiche sull'efficacia dei sistemi di gestione intraospedaliera degli accessi non urgenti (come per esempio il sistema Fast Track); modelli che possono essere adottati in associazione alla riorganizzazione delle cure territoriali al fine di ottenere un effetto sinergico

Alla luce di quanto sopra, lo scopo principale di questo lavoro è di evidenziare se in letteratura esistano e siano utilizzati modelli specifici per la gestione degli accessi non urgenti nei Dipartimenti di Emergenza di diversi paesi e quali siano i relativi ruoli infermieristici.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione bibliografica degli articoli pubblicati nel decennio 2003-2013 al fine di ottenere una panoramica del campo dell'Emergenza. Nella definizione dei criteri di ricerca, sono stati esclusi gli articoli riguardanti la medicina veterinaria e sono stati inclusi solo gli articoli in lingua inglese e italiana.

La ricerca è stata condotta interrogando la sola banca dati internazionale PubMed utilizzando inizialmente la parola chiave *See and Treat* per la quale non esiste un termine *Mesh*. Inserendo le parole nel campo libero di ricerca sono stati trovati principalmente articoli inerenti la chirurgia ginecologica e solo alcuni riguardanti l'ambito dell'emergenza. Per questo motivo si è scelto di utilizzare il termine *See and Treat* come parola chiave secondaria.

Le parole chiave principali *Fast Track ed Emergency Nursing* sono state combinate attraverso l'operatore booleano AND con ciascuna delle seguenti parole secondarie: *Nurse Practitioner, Crowding, Advanced Nurse Practitioner, Emergency Department, Minor Injuries, Waiting Times, Triage, Patient Satisfaction, See and Treat*.

All'interrogazione su PubMed sono stati reperiti 92 articoli, di questi è stato letto il titolo e l'abstract per valutare l'attinenza di ciascun documento con l'argomento studiato.

Da questa prima lettura sono stati scelti 75 articoli dei quali è stato reperito il full text. Dopo una lettura attenta del testo integrale si è fatta un'ulteriore scelta in base all'attinenza relativa al nostro obiettivo e sono stati ritenuti validi per il nostro lavoro 40 articoli. È stato inoltre recuperato un articolo dalla lettura delle bibliografie in quanto ritenuto importante perché spesso citato.

Per descrivere la situazione italiana è stato necessario utilizzare anche dati provenienti dalla letteratura grigia.

I 41 articoli totali presi in considerazione sono rappresentati da: 5 revisioni sistematiche, 8 revisioni narrative e 28 studi osservazionali.

RISULTATI: ANALISI RIASSUNTIVA DEI PRINCIPALI ARTICOLI.

I 41 articoli presi in esame descrivono i Dipartimenti di Emergenza di diversi Paesi, in particolare: Australia e Nuova Zelanda con 13 articoli; Nord America e Regno Unito con 11 articoli rispettivamente.

Gli articoli sono distribuiti in maniera omogenea nell'arco temporale dei 10 anni presi in considerazione.

Dalla loro lettura sono emersi tre temi principali:

- Valutazione dell'efficacia dei modelli di gestione degli accessi non urgenti e relativa organizzazione nei Dipartimenti di Emergenza;
- Efficacia del ruolo dell'*Emergency Nurse Practitioner* (ENP);
- Ruoli, abilità e formazione degli Infermieri dell'Emergenza.

Prima di esporre i contenuti degli articoli è opportuno chiarire il significato di alcuni termini utilizzati in letteratura come: *Length of Stay* (LOS - Durata

della degenza) si intende il tempo trascorso in Pronto Soccorso dall'arrivo alla dimissione, con *Waiting time* (WT - tempo di attesa) si intende il tempo trascorso prima della visita (Oredsson et al., 2011). Il Triage è un metodo che permette di discriminare i tempi di accesso delle persone per priorità clinica ed è svolto da personale infermieristico (Rowe et al., 2011), le persone che accedono al Pronto Soccorso sono classificate in base a una categorizzazione codice-colore (Tabella 1) (Bambi et al., 2008). Negli studi australiani (Combs et al., 2006; Considine et al., 2012) si fa spesso riferimento all'Australian Triage Scale, come punto di riferimento per i tempi di attesa ottimali per ogni codice di priorità.

Ai fini della presente trattazione è importante specificare che con il termine "personale medico" intendiamo tutta la categoria medica senza specificare i livelli gerarchici in ogni Paese (*Senior House Officer, Specialist Registrar, Consultant, etc.*) in quanto la specificazione di questo argomento esula dai nostri obiettivi.

Valutazione dell'efficacia dei modelli di gestione degli accessi non urgenti e relativa organizzazione nei Dipartimenti di Emergenza.

Nella letteratura presa in esame, il *Fast Track* (FT) è il metodo/modello di gestione degli accessi non urgenti più spesso descritto e applicato negli ultimi 30 anni (Hoskins et al., 2010). Si tratta di unità operative afferenti al Dipartimento di Emergenza ma da esso fisicamente separate; lo staff dedicato è composto da Medici e *Emergency Nurse Practitioners* (ENPs), questi ultimi sono Infermieri con una formazione specifica avanzata, lavorano in maniera autonoma ma, in caso di dubbio, si possono avvalere della consulenza del personale medico del DE (Dinh et al., 2012).

| Triage italiano | Manchester Triage System (Regno Unito) | Canadian acuity and triage scale Australian triage scale Emergency Severity Index (USA) |
|-----------------|--|---|
| Rosso (1) | Rosso (1) | 1 |
| Giallo (2) | Arancione (2) | 2 |
| Verde (3) | Giallo (3) | 3 |
| Azzurro (4)* | Verde (4) | 4 |
| Bianco (5) | Blue (5) | 5 |

Tabella 1 - Comparazione tra i livelli di priorità di triage intraospedaliero italiano e internazionali. Adattata da Bambi et al., 2008

*solo nella regione toscana Da: Bambi et al., 2008

L'Infermiere di Triage indirizza all'unità di FT i pazienti che si presentano in condizioni di non urgenza (codici minori). Questi utenti solitamente presentano lesioni e malattie che non necessitano di ricovero o diagnostica multipla e possono essere valutati anche dopo un'ora rispetto all'orario di arrivo (fratture non complicate degli arti, abrasioni, ustioni lievi). Le cure prestate nelle unità di *Fast Track* dagli ENP riducono i tempi di attesa, incrementano la soddisfazione dei pazienti e forniscono cure appropriate con un ragionevole rapporto costo-efficacia (Quattrini and Swan, 2012).

Uno studio condotto in Australia e pubblicato nel 2006 analizza i dati raccolti su un campione di 767 pazienti: i risultati sono fortemente incoraggianti e rivelano come l'impiego del modello assistenziale e organizzativo FT abbia notevolmente ridotto i tempi di attesa nei Pronto Soccorso. I dati evidenziano un decremento dal 10% al 5% del Waiting Time (tempo di attesa) (Combs et al., 2006).

Questi dati vengono confermati anche da uno studio, sempre del 2006, condotto negli USA su un campione di 5995 pazienti che sono stati visitati nell'area dedicata al FT. Lo studio effettua una comparazione sui tempi di attesa: per i pazienti nel DE il tempo è di 4,36 ore mentre per quelli in FT di 1,97 (Nash et al., 2006). Dallo stesso studio emergono anche dati relativi alla soddisfazione degli utenti: il 100% dei pazienti intervistati si ritiene soddisfatto per la prestazione ricevuta e per la preparazione dimostrata dagli Infermieri che definiscono buona o ottima. In un altro studio sulla valutazione del *Fast Track*, si evidenzia la diminuzione del numero di Utenti che abbandona il Pronto Soccorso prima di essere stato visitato (Oredsson et al., 2011).

Le modalità di applicazione del modello del *Fast Track* possono cambiare/variare per essere adattate al contesto. Alcune applicazioni che descriveremo e riprenderemo in seguito sono: *See and Treat*, *Team Triage*, *Short Stay Units*, *Rapid Intervention and Treatment Zone*.

Il *See and Treat* è il modello di cui più spesso si parla negli articoli pubblicati in Italia (Bambi et al., 2008; Radice et al., 2013), questo arricchisce la funzione di Triage in quanto, oltre a stabilire le consuete priorità, indica un percorso professionale più rapido dove i pazienti selezionati per problemi di salute minori, vengono valutati e subito trattati. Nei paesi nord-europei è attuato da molti anni da Infermieri con competenze avanzate, i quali svolgono il proprio lavoro in completa autonomia (Hoskins et al., 2010).

Gli studi presi in considerazione sono finalizzati a dimostrare l'efficacia del modello in termini di soddisfazione dell'Utente, riduzione dei tempi di attesa e qualità delle cure erogate.

Negli USA uno studio retrospettivo condotto nel 2003 ha consentito di valutare il numero di pazienti visitati entro un'ora dal loro arrivo nei Pronto Soccorso. I dati confermano che con l'impiego del modello *See and Treat* la percentuale di pazienti visitati, aumenta dal 63% al 90%. I risultati incoraggiano l'introduzione del modello, perché sembra ridurre anche il tempo medio di attesa dei pazienti visitati nei DE; si passa infatti da 1 h e 39 min di attesa a 1 h e 17 min (Rogers et al., 2003).

Ci sentiamo di precisare che le strategie adottate nei vari Paesi, possono assumere denominazioni diverse pur essendo molto simili tra loro.

In Irlanda per arginare il problema del sovraffollamento nei DE, il Sistema Sanitario Nazionale ha introdotto la figura dell'Infermiere con Competenze Avanzate all'interno di un servizio che riprende il nome del ruolo infermieristico applicato. All'*Advanced Nurse Practitioner* (ANP), possono rivolgersi pazienti che presentano lesioni e malattie minori. Lo studio osservazionale, retrospettivo, condotto, rileva che tale servizio risulta non solo efficace e risolutivo nell'affrontare il problema del sovraffollamento, ma anche ben gradito ed accettato da quanti vi si rivolgono. Il servizio è attivo, limitatamente agli orari diurni, durante l'intera settimana. Dai dati raccolti emerge una riduzione del numero degli accessi nei DE: 73% delle persone ha infatti preferito rivolgersi al nuovo servizio. Gli Autori della ricerca ritengono che se il servizio di ANP fosse attivo fino alle ore 24 la percentuale degli accessi aumenterebbe fino all'86% (Conlon et al., 2008).

Anche in Olanda esistono servizi simili denominati *Nurse Practitioner Units* (NPU) per trattare patologie e traumi minori e dove gli ENP effettuano fra le altre attività: trattamento di fratture, suture e rimozione di corpi estranei (van der Linden et al., 2011).

Uno studio condotto in Canada nel 2012 ha permesso di valutare l'introduzione delle Unità di Degenza Breve (*Short Stay Units* - SSU), ovvero unità di osservazione, valutazione e decisione clinica sorte come estensioni dei DE. In letteratura, una revisione narrativa ha permesso di notare come il loro impiego per trattamenti circoscritti e brevi come trasfusioni di sangue e indagini diagnostiche multiple, sia potenzialmente utilizzabile per contenere il problema. Lo

stesso studio ha messo in luce un'alta soddisfazione riportata dai pazienti i quali valutano positivamente la presenza delle SSUs nel territorio e le cure ricevute dal personale impiegato in esse (Konnyu et al., 2012). In Australia, un sistema molto simile, prende il nome di *Rapid Intervention and Treatment Zone* (RITZ). Il RITZ in effetti è un'evoluzione dell'area di Fast Track dove è possibile trattare anche pazienti che richiedono cure brevi, in barella (Considine et al., 2012).

Solo uno fra gli studi analizzati ha preso in esame i sistemi di *Team Triage* e di *Point-of Care Testing* (Oredsson et al., 2011). Il Team Triage è un sistema organizzativo che prevede la presenza del medico durante l'assegnazione del codice di priorità, mentre il *Point-of Care Testing* prevede l'introduzione di strumenti per la diagnosi di laboratorio nei DE. Se il primo metodo risulta essere efficace nella riduzione dei tempi di attesa per il modello *Point of Care* le evidenze trovate risultano essere insufficienti (Oredsson et al., 2011).

Efficacia del ruolo dell'ENP

Finora abbiamo descritto l'utilizzo delle aree di *Fast Track*. Dalla letteratura emerge che, per erogare, all'interno di esse, un'assistenza efficace agli Utenti bisognosi di assistenza, si è reso necessario introdurre figure professionali con competenze avanzate, prima fra tutte quella dell'*Emergency Nurse Practitioner* (ENP) (Carter et al., 2007). Le conoscenze e le abilità di questi Infermieri sono determinate in base alle esigenze che emergono da contesti specifici di lavoro interprofessionale, che possono variare da Nazione a Nazione e da ospedale a ospedale.

L'attuale situazione dei Dipartimenti di Emergenza ha imposto l'esigenza di creare/sperimentare questi nuovi ruoli che mettono in crisi le caratteristiche tradizionali delle professioni e soprattutto pone davanti alla necessità di sostituire e superare il vetusto e consueto modello assistenziale per compiti (task oriented model).

A questo proposito Hoskins, in una revisione della letteratura del 2012, ritiene che il lavoro interprofessionale sia la dimensione capace di integrare i diversi ruoli e le diverse funzioni in un sistema teso alla realizzazione di obiettivi comuni, anche se l'efficacia del suo impiego deve essere sostenuta da una più ampia evidenza scientifica, nella pratica il suo utilizzo è già molto diffuso ed inevitabile.

Nel 2007 McGee et al. indagano i fattori che

influenzano la decisione di impiegare o meno gli ENP nei D. E. In questo studio pilota sono stati intervistati quattro manager, due di questi hanno dichiarato di non introdurre la figura dell'ENP pur conoscendone i risvolti positivi, in quanto esiste un atteggiamento di rifiuto da parte della categoria dei medici al loro utilizzo.

Molti studi presi in esame (Dinh et al., 2012; Bazian, 2005) indagano la soddisfazione dell'Utente in relazione al lavoro dell'ENP paragonandolo a quello dei medici dell'emergenza. Uno studio condotto nel 2008 mette in luce la maggiore soddisfazione dell'utenza nei confronti dell'ENP in quanto, nella comparazione con il medico di medicina generale, privilegia l'aspetto della comunicazione durante il colloquio; lo stesso studio non evidenzia differenze significative sul tempo impiegato nell'effettuare la visita fra medici e infermieri (Sandhu et al., 2008). Tali risultati vengono confermati nel 2009 da Jennings et al. attraverso la somministrazione di un questionario validato, a due gruppi di pazienti visitati rispettivamente da medici e da ENP: dalla comparazione dei risultati emerge una soddisfazione superiore dei pazienti visitati dagli infermieri. Un alto livello di soddisfazione nei confronti degli ENP è stato evidenziato anche in altri studi esaminati (Currie et al., 2007; Megahy et Lloyd, 2004; Wilson et Shifaza, 2007).

Altri studi (Bazian, 2005; Hoskins et al., 2010) valutano l'efficacia dell'introduzione del ENP in relazione ai tempi di attesa o in base alla qualità delle cure erogate: quando si paragonano le competenze dei medici con quelle degli ENP nell'affrontare gli stessi problemi clinici in termini di abilità tecniche, non si evincono differenze statisticamente significative.

Un altro interessante lavoro analizza un campione di 320 pazienti suddivisi in due gruppi visitati rispettivamente da medici e da ENP, valutando la soddisfazione dei pazienti e gli indicatori di outcome (eventi avversi, stato di salute alla dimissione e al follow-up). Anche in questo caso la soddisfazione degli utenti aumenta se la visita viene effettuata dal personale infermieristico, e non si rilevano differenze negli indicatori di outcome (Din et al., 2012).

Patel e al. (2012), sottolinea l'assenza di differenze sugli outcomes di due gruppi di pazienti con traumi minori degli arti inferiori valutati rispettivamente da medici e da ENP. In un articolo pubblicato nel 2005 volto a valutare gli outcomes di 2 gruppi di pazienti con traumi oftalmici sono emerse

conclusioni diverse: gli infermieri sono risultati più accurati nella valutazione sanitaria dell'Utente e più autonomi nel trattamento, in quanto hanno richiesto un minor numero di interventi da parte degli specialisti oftalmologi rispetto ai medici. La differenza può essere spiegata dal fatto che gli infermieri, in questo contesto, effettuano una specifica formazione e tirocinio per affrontare e rispondere alle emergenze e ai traumi oculistici (Ezra et al., 2005).

Uno studio australiano analizza il problema in relazione ai tempi di attesa previsti secondo l'*Australian Triage Scale* (ATS) e il modello *Length of Stay* (LOS). Dall'analisi dei dati è emerso che l'aderenza ai tempi di attesa, (vale a dire il rispetto degli standard dei tempi di attesa come definiti dall'ATS) è più alta per i pazienti visitati dal personale infermieristico (82%) rispetto ai medici (48,2%). La media ottenuta del modello LOS è di 1,7 ore per la visita presso le Unità degli ENP e di 2,7 ore per i medici (Considine et al., 2010). L'Autore citato ha effettuato diversi interessanti studi sull'argomento, dei quali chi scrive consiglia la lettura per ulteriori approfondimenti.

Una revisione condotta da Carter et Chochinov, antecedente al 2006, valuta l'introduzione della figura dell'ENP dal punto di vista dei costi ed ha evidenziato un aumento della spesa sanitaria rispetto all'utilizzo del personale medico, tuttavia ci sentiamo di puntualizzare che gli indicatori di costo presi in esame (numero di radiografie richieste, pazienti visitati in un'ora, numero di follow-up richiesti) sono variabili e gli studi esaminati nella revisione sono poco numerosi, pertanto l'argomento necessiterebbe un ulteriore approfondimento.

Ruoli, abilità e formazione degli Infermieri per l'Emergenza

Per cercare di comprendere come il sistema Fast Track viene attuato in Paesi diversi, occorre conoscere le varie figure sanitarie non mediche coinvolte nel processo con le rispettive competenze e la loro formazione scientifica. Alcuni studi presi in esame (Hoskins et al., 2010/Cooper et al., 2008) descrivono i vari ruoli ricoperti dal personale non medico nei Dipartimenti di Emergenza di Paesi come Canada, Australia, USA e Regno Unito.

La figura più frequentemente associata al modello è quella dell'ENP: questa esiste in tutti i Paesi Presi in considerazione ad esclusione del Sud Africa (Brysiwicz et Bruce, 2008) e dell'Italia. In queste

Nazioni pur esistendo a livello universitario una formazione post-base riguardante l'area critica, la figura dell'ENP non è riconosciuta a livello legislativo e non sempre è attiva nella pratica clinica.

In termini generali le funzioni degli ENP sono dinamiche e prevedono un alto livello di conoscenze e di abilità specifiche in situazioni stabili, imprevedibili e anche complesse. Gli Infermieri con Competenze Avanzate sanno effettuare una valutazione olistica, specialistica e clinica delle persone Utenti del Servizio e sanno privilegiare l'aspetto educativo anche nel particolare contesto dell'emergenza (O'Connell et Gardner, 2012). La natura della figura dell'ENP si adatta alle esigenze del territorio, tenendo conto degli outcomes sull'utente, dei costi e della possibile sovrapposizione di ruolo con il personale medico (O'Connell et Gardner, 2012).

Riportare in maniera esaustiva le competenze e le abilità degli ENP, facendo un elenco degli interventi diagnostici e terapeutici messi in atto, considerata la loro variabilità, necessiterebbe un capitolo a parte. Nel presente articolo si è scelto di esporre le differenze tra i Paesi esaminati solo in termini generali al fine di contribuire a fare una panoramica che serva da stimolo per ulteriori approfondimenti.

Gli Infermieri ENP nel Regno Unito visitano pazienti maggiorenni, escludendo le donne in gravidanza e le persone che hanno commesso reati; trattano lesioni minori (distorsioni, ferite, fratture e ustioni) e possono richiedere e interpretare radiografie (Hoskins et al., 2010), possono prescrivere farmaci analgesici, antibiotici e siero antitetanico (Parker, 2008). Oltre l'ENP nel Regno Unito esistono altre figure: l'*Emergency Care Practitioner* (ECP) e l'*Extended Scope Physiotherapist* (ESP). Quest'ultima è una figura non medica con specifiche competenze riguardanti l'interpretazione delle radiografie e il trattamento di fratture minori, queste figure impiegano più tempo a visitare i pazienti rispetto alle altre ma sono anche connesse a un più alto livello di soddisfazione da parte del paziente (Hoskins et al., 2010). La figura dell'ECP tratta patologie e traumi minori sul territorio e nasce per agevolare la continuità con i servizi ospedalieri. In letteratura è stata descritta un'alta correlazione fra la diagnosi effettuata dall'ECP durante il trasporto e quella dopo 24 ore in ospedale (Cooper et al., 2008). Per diventare ENP la durata degli studi è variabile, in genere servono due anni di esperienza e un master universitario specifico o un apposito corso della durata di sei settimane (Currie et al., 2007).

In Australia gli ENP valutano i pazienti con

codice minore senza comorbilità e che non necessitano di una diagnostica multipla (Dinh et al., 2012). Trattano pazienti di tutte le età con possibilità di ricoverare o dimettere in autonomia dal DE e richiedere visite specialistiche. Fra le abilità degli ENP ritroviamo: richiesta e interpretazione di radiografie, trattamento di patologie minori che possono richiedere prescrizione di farmaci da un prontuario limitato, certificare assenze dal lavoro e trattamento di piccole lesioni degli arti (Hoskins et al., 2010/Lee et al., 2006). In questo paese i sistemi di Advanced Nursing sono ampiamente diffusi soprattutto nelle aree metropolitane (Considine et al., 2010). Considine et al. descrivono la figura della Clinical Initiative Nurse (CIN) oltre a quella dell'ENP. Questo professionista (CIN) viene introdotta nel 2002 allo scopo di prendersi cura degli Utenti in attesa di essere visitati, favorendo l'educazione sanitaria e la rivalutazione al Triage. Gli infermieri con funzioni di CIN gestiscono pazienti con codice 4 e 5 (vedi tabella 1), ma a differenza dell'ENP non possono dimetterli o somministrare terapie in autonomia. (Considine et al., 2012).

Per gli infermieri australiani, così come in Nuova Zelanda, diventare *Nurse Practitioner* (NP), significa raggiungere il vertice della carriera: il titolo è registrato a livello Centrale, riconosciuto dall'ordine degli Infermieri e quindi riconosciuto dalla legge di entrambi i Paesi. Da un punto di vista formativo è obbligatorio un master scientifico universitario specifico e almeno quattro anni di esperienza lavorativa (Currie et al., 2007). A solo titolo esplicativo facciamo osservare che in questi Paesi il livello di Master è da intendere come la nostra Laurea Magistrale (*Master of Science in Emergency Nursing*).

In Canada e negli USA inoltre, rispetto ai paesi sopra citati, gli ENP hanno la responsabilità di interpretare l'elettrocardiogramma (Hoskins et al., 2010); questa figura è riconosciuta dalla legge e gli infermieri registrati, con una formazione post-base universitaria, devono sostenere un esame per diventare *Certified Emergency Nurse* (Thrasher et al., 2007). In USA il 18% dei DE si avvale delle competenze degli ENP (McGee et al., 2007). Una ricerca condotta nel 2008 con metodo qualitativo, individua 60 competenze di base che si articolano in tre aree principali: formazione, pratica e ricerca (Hoyt et al., 2008).

In una revisione sistematica canadese, è stata studiata la figura del *Nurse Triage Ordering* (NTO): questi infermieri possono richiedere direttamente al

momento del Triage accertamenti radiologici ed effettuare esami di laboratorio riducendo la LOS per questi pazienti (Rowe et al., 2011).

In Irlanda l'ENP viene introdotto nel 1996. Nel 2005 uno studio indaga il gradimento rispetto a questa figura da parte di medici dell'emergenza, medici di famiglia ed infermieri. L'atteggiamento registrato è maggiormente positivo nello staff ospedaliero rispetto ai medici di medicina generale (Griffin et Melby, 2005).

In Olanda van der Linden et al. chiariscono il ruolo degli ENP nei Dipartimenti di Emergenza olandesi. Lo studio prende in esame un campione di 48.397 pazienti accettati attraverso il Triage nel 2008. Di questi, il 52,2% rientra fra quelli visitabili dall'ENP. I pazienti non sono stati selezionati solo in base al codice di Triage ma attraverso specifiche flow chart costruite in base alle competenze dell'ENP. In questo gruppo si è registrato il 100% della sopravvivenza e il 3% dei ricoveri con una riduzione dei tempi di attesa dal Triage alla visita, più brevi. In Olanda gli Infermieri ENP in possesso di un master in *Advance Nurse Practice* sostengono un esame al fine di essere registrati con il riconoscimento del titolo (van der Linden et al., 2011).

In Italia, un'indagine della Commissione Sanità del Senato (Commissione Sanità del Senato, 2011) mette in luce che il numero di accessi nei Pronto Soccorso è aumentato del 50% in 10 anni, fino ad arrivare a 30 milioni nel 2011. Nel tentativo di garantire cure appropriate e diminuire i tempi di attesa, la Regione Toscana ha dato inizio nel 2010 alla sperimentazione del modello *See and Treat*, creando un percorso facilitato per i codici minori gestito da infermieri. L'Ordine dei Medici di Bologna, in merito a tale provvedimento si è opposto, definendolo illegittimo; in risposta a queste accuse la vicenda è stata analizzata accuratamente in un recente articolo (Radice et al., 2013) pubblicato sulla rivista "Professioni Infermieristiche", dal quale si evince che la normativa italiana non è in contrasto con l'introduzione della figura dell'*Emergency Nurse Practitioner*.

Precisazioni sulla figura dell'Infermiere Prescrittore richiedono ulteriori ricerche in quanto non sempre questa figura coincide con il ruolo dell'ENP e la relativa regolamentazione così come le funzioni, differiscono da Paese a Paese (Currie et al., 2007).

Di seguito riportiamo (vedi Tab. n° 2) l'analisi dettagliata dei singoli articoli presi in considerazione.

| Autore/ paese/anno/titolo | Obiettivo | Tipologia dello studio | Risultati |
|--|--|---|---|
| Rowe B.H et al. Canada /2011 "The Role of Triage Nurse Ordering on Mitigating Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review" | Esaminare l'efficacia della figura del NTO nella diminuzione del sovraccollamento nell'ED | Revisione sistematica della letteratura | L'impiego della figura del NTO è risultato efficace in termini di riduzione dei tempi di permanenza in ED (LOS) nei casi di lesioni o sospette fratture. Altri indicatori di qualità richiedono ulteriori indagini |
| Oredsson S et al. Scandinavia/ 2011 "A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in Emergency Departments" | Valutare gli interventi finalizzati alla migliore gestione dell'affluenza dei pazienti in ED | Revisione sistematica della letteratura | Gli interventi per gestire l'affluenza nei ED (FT , team triage, point-of care testing e nurses-requested x-ray) sono stati valutati in base a: tempi di attesa, LOS, allontanamento dall'ED senza essere visitati. I migliori metodi per ridurre i tempi di attesa risultano essere il team triage e il FT, mentre per gli altri le evidenze trovate risultano essere insufficienti. |
| Hoskins R Regno Unito/ 2012 "Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care" | Stabilire se il ruolo del personale non medico in ED si sostituisce al personale medico o si inserisce in un contesto di lavoro interprofessionale. | Revisione sistematica della letteratura dal 1980 al 2010. | La teoria che il lavoro interprofessionale sia utile a migliorare l'assistenza deve essere sostenuta da una più ampia evidenza scientifica. La teoria sul lavoro interprofessionale mette in crisi le caratteristiche tradizionali delle professioni. |
| Carter A.J., Chochinov A.H. USA-Canada/2007 "A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department" | Valutare il ruolo del NP in base ai seguenti indicatori di risultato: tempi di attesa, soddisfazione del paziente, qualità delle cure e costi effettivi. | Revisione sistematica della letteratura antecedente al Novembre 2006 | Lo studio evidenzia che l'impiego del NP soprattutto nelle aree fast track, riduce i tempi di attesa, accresce la soddisfazione degli utenti e fornisce una qualità di cura sovrapponibile a quella erogata dai medici in training di medio livello. I costi aumentano se comparati a quelli dei medici. |
| Bazian Ltd Regno Unito/2005. "Do nurse practitioners provide equivalent care to doctors as first point of care contact for patients with undifferentiated medical problems?" | Valutare se il NP fornisce cure equivalenti al medico al paziente con problemi medici non specifici che si presenta nel ED | Revisione sistematica della letteratura dal 2001 al 2004 (integrativo di una precedente revisione effettuata fino a 2001) | In termini di outcomes, soddisfazione degli utenti e costi, non sono state rilevate significative differenze tra medici ed infermieri. L'autore mette in evidenza che i risultati presi in esame non sono generalizzabili. |
| Hoskins R. et al. Regno Unito/2010 "Evaluating new roles within emergency care: A literature review" | Descrivere i ruoli di ENP, ECP e ESP. Valutare la soddisfazione degli utenti ed i tempi di attesa per ciascun ruolo. | Revisione narrativa della letteratura | - I ruoli di ECP e ESP non sono molto usati nel Regno Unito rispetto agli altri paesi internazionali. La percezione dei medici, che gli ENP impiegano più tempo per visitare gli utenti non ha evidenza scientifica. ESP hanno tempi di attesa più lunghi ma anche un'alta soddisfazione dei utenti. gli utenti visitati dal ENP si presentano più frequentemente ai follow-up nelle cure primarie aumentando le spese sanitarie. L'impiego di professioni non mediche riduce i tempi di attesa negli ED. |
| Bambi S. et al. Italia/2008 "See&Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate. Una revisione della letteratura" | Valutare efficacia e sicurezza dell'approccio "See&Treat." | Revisione narrativa della letteratura. | La maggioranza degli studi sostiene l'utilizzo degli ENP. La qualità metodologica degli studi non è buona e rimangono da valutare i costi relativi all'utilizzo di questa figura. |
| Quattrini V. and Swan B.A. USA/2011 "Evaluating care in ED fast tracks" | Valutare il modello di FT impiegato per diminuire il sovraccollamento in ED. | Revisione narrativa della letteratura | Il FT ha un procedimento e una locazione separati all'interno dell'ED per curare i pazienti con condizioni urgenti ma non gravi (quelli che possono essere valutati dopo 1h). L'ambiente del FT include medici, NPs e/o medici assistenti. |
| Konnyu K.J. et al. Canada/2012 "The effectiveness and safety of emergency department short stay units: a rapid review" | Valutazione delle SSUs nella gestione del sovraccollamento in ED. | Revisione narrativa della letteratura | Gli studi hanno fornito la prova dell'efficacia e della sicurezza delle SSUs (unità di osservazione, valutazione e decisione clinica) impiegate per trasfusioni di sangue e indagini diagnostiche finalizzate alle diagnosi mediche. La soddisfazione espressa dagli utenti è buona. |

Tabella n°2 sintesi della letteratura consultata - Parte 1

NTO: Nurse Triage Ordering; ED: Emergency Department; LOS: Light Of Stay; FT: Fast Track; NP: Nurse Practitioner; ENP: Emergency Nurse Practitioner; ECP: Emergency Care Practitioner; ESP: Extended Scope Physiotherapists; SSUs: Short Stay Units.

| Autore/ paese/anno/titolo | Obiettivo | Tipologia dello studio | Risultati |
|--|--|--|--|
| Currie J. et al. Regno Unito, Nuova Zelanda, Australia/2007 "A time for international standards?: Comparing the Emergency Nurse Practitioner role in the UK, Australia and New Zealand" | Paragonare il ruolo dell'ENP in Regno Unito, Nuova Zelanda, Australia. | Revisione narrativa della letteratura. | Caratteristiche: aspetti clinici condivisi tra i vari paesi e linee guida contestualizzate. Addestramento: nel Regno Unito gli infermieri registrati per diventare NP possono fare un master o un corso di sei settimane con almeno 2 anni di esperienza. In Nuova Zelanda e Australia il master è obbligatorio con almeno 4 anni di esperienza. Legge: il titolo non è registrato nel Regno Unito |
| Bryiewicz P. and Bruce J. Sud Africa/2008 "Emergency nursing in South Africa" | Descrivere il sistema infermieristico in Sud Africa. | Revisione narrativa della letteratura. | Tempi medi di trasporto in ospedale 120 minuti. Aggressioni molto frequenti e la più comune causa di morte violenta è l'omicidio. L'infermiere dell'emergenza ha una formazione universitaria post-base. C'è molta confusione tra i ruoli ed un'eccessiva burocratizzazione. |
| Parker M. Regno Unito/2008 "Emergency nurse practitioner management of tetanus status and tetanus-prone wounds." | Stabilire le modalità di gestione delle ferite a rischio di tetano e l'utilizzo della profilassi anti-tetanica da parte degli ENP. | Revisione narrativa della letteratura. | L'ENP deve saper valutare la storia immunitaria del paziente riguardante il tetano, la ferita e l'eventuale necessità di una consulenza specialistica. Molta cautela va utilizzata quando il paziente non ha con sé il certificato della vaccinazione. L'ENP per ridurre i rischi deve considerare la possibilità di testare il titolo anticorpale prima di somministrare l'antitetanica. |
| Radice C. et al. Italia/2013 "See and Treat" in Pronto Soccorso: aspetti legali e responsabilità professionale infermieristica" | Analizzare gli aspetti legali relativi all'introduzione dell'ENP nel contesto italiano. | Revisione narrativa della letteratura e analisi della normativa italiana | La normativa in tema di esercizio professionale non è in contrasto con l'introduzione dell'ENP nel pronto soccorso e offre elementi per un ulteriore sviluppo professionale |
| Combs S et al. Australia/ 2006 "Fast Track: One hospital's journey" | Valutare il vantaggio del FT e del "See&Treat" nel trattamento delle lesioni e malattie minori. | Studio osservazionale: analisi dei dati raccolti da aprile 2004 a febbraio 2005. | Lo staff infermieristico ha visto incrementare le proprie abilità cliniche attraverso l'educazione e la preparazione sulle pratiche avanzate di assistenza. L'introduzione del FT migliora la soddisfazione dei pazienti, riduce il sovraffollamento e i tempi di attesa in ED. I pazienti con lesioni e malattie minori sono stati visti e trattati in 2h dal loro arrivo in ED. |
| Combs S. et al. Australia/ 2006 "Evaluation of Fast Track" | Valutare l'efficacia dell'introduzione del FT | Studio osservazionale condotto su 767 pazienti in due tempi (2004 e 2005) valutando i tempi di attesa per il trattamento | Lo studio ha rilevato un decremento dal 10% al 5.4% dei tempi di attesa dei pazienti con lesioni e malattie minori, visti e trattati entro 2h dal loro arrivo. Gli infermieri adeguatamente preparati forniscono prestazioni cliniche avanzate idonee alla tipologia di pazienti trattati, con soddisfazione per gli stessi e miglioramento dell'immagine dell'ED |
| Rogers T at al. Regno Unito/2003 "Evaluation of a 'see and treat' pilot study introduced to an emergency department" | Valutare l'efficacia del sistema "See&Treat" in base ai tempi di attesa dei pazienti con lesioni e malattie minori in ED | Caso controllo: analisi retrospettiva delle statistiche raccolte durante due periodi del 2002 e comparate per la valutazione. | Con l'impiego del modello See&Treat: la percentuale di pazienti valutata entro 15 min passa dall'82% al 98%; la percentuale dei pazienti visti entro 1 h dall'arrivo aumenta dal 63% al 90%; la percentuale di pazienti dimessi entro 1 h cresce dal 16% al 41%. L'attesa media per essere visitati da un medico o da un NP scende dai 56min ai 36 min. Il LOS scende da 99 min a 77 min. |
| Dinh M et al. Australia/2012 "Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors" | Valutare la qualità delle cure erogate dai medici e dai NPs in un'unità di fast track di un ED. | Studio osservazionale: la qualità delle cure è stata misurata utilizzando il Patient Satisfaction Score, lo stato di salute alla dimissione e a due settimane di distanza nonché gli eventuali eventi avversi. | Campione di convenienza composto da 320 utenti curati dai medici e dal NP (divisi random al triage). Di un totale di 320 utenti solo 236 hanno risposto al questionario; l'84% degli utenti si dichiara molto soddisfatto. La loro soddisfazione risulta più alta se visitati dal NP. Al follow-up lo stato di salute era comparabile a quello della popolazione sana. |

Tabella n°2 sintesi della letteratura consultata - Parte 2

| Autore/ paese/anno/titolo | Obiettivo | Tipologia dello studio | Risultati |
|--|---|--|--|
| Nash K. et al. USA/2006 "Evaluation of the Fast Track Unit of a University Emergency Department" | Valutare l'efficacia dell'unità FT nell'ED | Studio osservazionale: analizza il LOS, la percentuale dei pazienti che non vengono visitati, un eventuale ritorno non programmato nelle 72h successive e la soddisfazione di pazienti | Campione di 5995 utenti. Durante il periodo di osservazione (settembre 2004 febbraio 2005) sono stati visitati 5995 pazienti nell'area FT di ED. Mentre i tempi medi di attesa in ED sono di 4,36 h nell'unità di FT sono di 1,97 h. Il 100% dei pazienti sono soddisfatti per le cure prestate dagli NP nell'area FT. La preparazione degli NP è, secondo il parere dei pazienti intervistati, buona o ottima. |
| Conlon C et al. Irlanda/2008 "Minor injury attendance times to the ED" | Rilevare gli orari ed i giorni di maggior afflusso dei pazienti che possono essere trattati nel servizio di Advanced Nurse Practitioner | Studio osservazionale | 7768 utenti totali presentatisi al ED a giugno 2005 e febbraio 2006. Lo studio identifica 1577 pazienti (20% del totale) idonei al trattamento in ANP. Lo studio rivela che il 73% dei pazienti trattabili in ANP service si presentano in ED dalle 8:00 alle 20:00. Questa percentuale potrebbe crescere fino all'86% se il servizio fosse attivo fino alle 24:00. I costi dovrebbero essere valutati. |
| Van der Linden C. et al. Olanda/2011 "Managing patient flow with triage streaming to identify patients for Dutch emergency nurse practitioners" | Valutare l'ENP-streaming come metodo di gestione del flusso dei pazienti in ED | Studio osservazionale: analisi dei dati relativi all'accettazione, alla frequenza dei decessi e alla LOS. | Campione: 48397 utenti accettati nel 2008. Tale campione è stato diviso in due gruppi di pazienti: uno alta e media gravità e l'altro a bassa gravità che rientrano nell'ENP-stream (50,2%). In questo gruppo si registra il 100% di sopravvivenza e solo il 3% di ricoveri, i tempi di attesa sono più bassi. |
| McGee L.A. et al. USA/2007 "Factors Influencing the Decision to Use Nurse Practitioners in the Emergency Department" | Stabilire i fattori che influenzano la decisione di inserire il NP negli ED. | Studio osservazionale: intervista semistrutturata e registrata in audio rivolta a quattro manager dei quali solo la metà utilizzavano gli ENP. | L'introduzione dei NP negli ED è scoraggiata dal rifiuto del personale medico; tuttavia c'è un'alta soddisfazione dei utenti connessa all'impiego dei NP. |
| Sandhu H. et al. Regno Unito/2008 "Emergency nurse practitioners and doctors consulting with patients in an emergency department: a comparison of communication skills and satisfaction" | Stabilire per ogni figura professionale degli ED, abilità comunicative e durata della visita in relazione alla soddisfazione | Studio osservazionale: analisi delle visite videoregistrate e analisi di questionari di soddisfazione dei utenti. | Campione: 296 utenti visitati. L'ENP ed il GP sono più focalizzati nell'educazione e nel counselling del paziente. Stessi tempi di visita del medico e del ENP. Soddisfazione maggiore del paziente se si dedica più tempo alla comunicazione. |
| Jennings N et al. Australia/2009 "A survey of patient satisfaction in a metropolitan Emergency Department: Comparing nurse practitioners and emergency physicians" | Paragonare la performance dei NP rispetto ai medici dell'emergenza in termini di soddisfazione del paziente | Studio osservazionale: questionario di 16 domande. | Campione: 202 utenti, di cui 103 sono stati visitati dal NP e 99 dal medico. Comparando i risultati dei due gruppi emerge una differenza significativa che mette in luce una maggiore soddisfazione negli utenti visitati dal NP. |
| Megahy A. and Lloyd M. Regno Unito/ 2004. "Managing minor injuries" | Valutare il servizio di ENPs in base alla soddisfazione dei pazienti | Studio osservazionale condotto attraverso questionari | Campione: 181 utenti con 151 questionari completati. Risultati dello studio: 151 pazienti risultano soddisfatti per essere stati visitati e di aver ricevuto un adeguato trattamento dall'ENP; solo 6 pazienti avrebbero preferito essere visti da un medico. |
| Wilson A. and Shifaza F. Australia/ 2007 "An evaluation of the effectiveness and acceptability of nurse practitioners in an adult emergency department" | Valutare l'efficacia degli NP nel trattamento delle lesioni minori negli ED e la soddisfazione dei pazienti trattati. | Studio osservazionale: Gli utenti hanno compilato un questionario di 20 domande. | Campione di 100 utenti: 68 presentavano lesioni minori agli arti; 9 con lesioni al viso, 6 con problemi alle orecchie naso e gola, 3 con problemi epidermici, 14 necessità di rimozione punti di sutura. La maggior parte dei pazienti (82%) è stata dimessa senza follow-up. La soddisfazione per le prestazioni ricevute dagli NP si riscontra nel 91.3% dei pazienti e di questi il 93% ritiene ottima la competenza degli NP nell'assistenza erogata |

Tabella n°2 sintesi della letteratura consultata - Parte 3

ANP: Advanced Nurse Practitioner; GP: General Practitioner.

| Autore/ paese/anno/titolo | Obiettivo | Tipologia dello studio | Risultati |
|--|--|--|--|
| Julie Considine et al. Australia/2010 "Effect of clinician designation on emergency department fast track performance" | Misurare gli effetti del fast track in relazione ai tempi di attesa. | Studio osservazionale: Audit retrospettivo. I tempi di attesa sono stati esaminati in relazione all'ATS. | Campione di 8714 utenti trattati in fast track nel 2008. L'aderenza ai tempi di attesa è migliore per gli utenti visitati dai NPs (82%) rispetto ai medici (48,2%). Il tempo di attesa medio (LOS) è di 1,7 ore per la visita dal NP e di 2,7 ore per i medici. In generale i tempi di attesa sono meno di 3 ore per gli utenti che non necessitano di ricovero trattati in fast track e meno di 4 ore per quelli trattati negli ED. |
| Cooper S. et al. Regno Unito/2008 "Emergency care practitioners (ECP): Practice and performance in the UK West country – A case study" | Identificare le abilità dell'Emergency Care Practitioner (ECP). | Studio osservazionale: compilazione di una scheda di trasporto da parte degli ECP per gli utenti trasferiti. | Campione: 25 ECP che hanno compilato 611 schede di trasporto per un periodo di tre settimane. - Il tempo di intervento medio è di 16 minuti. - 27% di interventi sono risultati inappropriati. - Alta correlazione tra la diagnosi dell'ECP e diagnosi a 24 ore dal trasporto. |
| Considine J. et al Australia/ 2012 "Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing" | Esaminare e comparare tre ruoli avanzati dell'emergency nursing | Studio osservazionale: i partecipanti trattati da infermieri con competenze avanzate nei sistemi di Fast Track, Clinical Initiatives Nurse (CIN) e Rapid Intervention and Treatment Zone (RITZ). | Utenti totali 551 di cui 195 trattati in FT, 163 gestiti dai CIN e 193 in RITZ. I CIN gestiscono pazienti più anziani e con più alti livelli di urgenza clinica e alte percentuali di ricovero se paragonati ai pazienti gestiti in FT e RITZ; i tempi di attesa per accedere alle cure infermieristiche sono più brevi e ma il LOS risulta maggiore. Il gruppo trattato dal CIN presenta un'alta incidenza di ECG, misurazione della glicemia e somministrazioni intravenose quando comparato con i gruppi FT e RITZ. |
| Thrasher C. et al. Canada/2007 "Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada" | Misurare la soddisfazione del paziente in relazione al ruolo del NP. | Studio osservazionale: questionario psicometrico validato, auto-somministrato agli utenti ad una settimana dal trattamento. | 113 questionari compilati. È stata indagata l'attenzione e la qualità della cura erogata alle quali corrisponde un'alta soddisfazione degli utenti. La chiarezza del ruolo del NP è risultata essere moderata. |
| Hoyt K.S. et al. USA/2008 "Nurse practitioner delphi study: Competencies for practice In emergency care" | Descrivere i livelli base di competenza dei NP. | Studio osservazionale: Delphi study su tre round effettuato con un questionario on line | Un campione di NP da settembre 2007 a maggio 2008. Sono state individuate 83 competenze di base. Le risposte sono state validate da un gruppo multidisciplinare di stakeholders, che le hanno ridotte a 60. Le aree principali sono la formazione, la pratica e la ricerca. |
| Griffin M. and Melby V. Irlanda/2005 "Developing an advanced nurse practitioner service in emergency care: attitudes of nurses and doctors" | Valutare l'atteggiamento dei medici, infermieri e medici generici nei confronti dei NP nel ED. | Studio osservazionale: questionario strutturato con la scale di Likert costituita da 29 item sull'atteggiamento e 2 domande aperte sui benefici e difficoltà. | Campione: 25 infermieri, 13 medici degli ED e 69 medici generici. Il 76% degli intervistati hanno mostrato un atteggiamento positivo verso il servizio di Advance Nurse Practitioner (ANP). I medici generici hanno risposto in maniera meno positiva rispetto allo staff ospedaliero. |
| O'Connel J. and Gardner G. Australia/2012 "Development of clinical competencies for emergency nurse practitioners: A pilot study" | Delineare le competenze standard dell'Emergency Nursing Practitioner. | Studio osservazionale: 1° fase: focus group ;2° fase: delphi study su due round. | Campione: gruppo ENP esperti. Sono state rilevate competenze sovrapponibili a quel del NP generico. Quella dell'ENP è una pratica dinamica con un alto livello di competenze ed abilità in situazioni stabili, imprevedibili e complesse. Capacità di valutazione olistica ed educazione. Le attività svolte variano con il contesto in cui è impiegato l'ENP. |
| Patel H. et al. Australia/2012 "Effect of nurse initiated X-rays of the lower limb on patient transit time through the emergency department" | Comparare l'outcome degli utenti con traumi degli arti inferiori valutati negli ED dai Nurses Initiated X-Ray e dai medici | Studio osservazionale: studio prospettico con gruppo di controllo storico. | Campione di convenienza costituito da utenti con trauma del piede, caviglia e ginocchio. 206 utenti sono stati divisi in due gruppi: 105 sono stati visitati dai medici e 101 dagli infermieri. Non sono state registrate differenze statisticamente significative nella corretta diagnosi di frattura e nei tempi di transito negli ED. |

Tabella n°2 sintesi della letteratura consultata - Parte 4

ATS: Australian Triage Scale; CIN: Clinical Initiatives Nurse; RITZ: Rapid Intervention and Treatment Zone; ECG: elettrocardiogramma.

| Autori/anno/paese/titolo | Obiettivo | Metodo | Campione/Risultati/citazioni |
|--|---|---|--|
| Ezra D.G. et al. Regno Unito/2005 "Reliability of ophthalmic accident and emergency referrals: a new role for the emergency nurse practitioner?" | Valutare l'appropriatezza della gestione delle urgenze/emergenze oftalmiche da parte dei medici dell'emergenza e degli ENP. | Studio osservazionale: analisi delle discrepanze rilevate confrontando i dati registrati dal personale dell'ED e la valutazione dell'oculista. Analisi quantitativa delle consulenze oculistiche richieste. | Campione: 67 utenti reclutati. Gli ENP sono risultati essere più accurati nella valutazione degli utenti ed hanno richiesto meno consulenze straordinarie degli oculisti rispetto ai medici degli ED. Visto il training specifico effettuato dagli ENP, si potrebbe determinare una riduzione delle ore straordinarie degli oculisti qualora tutte le emergenze oculistiche fossero valutate dagli infermieri. |
| Lee G. et al. Australia/2006 "An exploration of staff knowledge on the nurse practitioner's role in the emergency department" | Individuare le conoscenze dello staff degli ED sul ruolo del NP. | Studio osservazionale: questionario strutturato con la scala di Likert a cinque punti | Campione: 76 membri dello staff del ED. Il 90% degli intervistati erano in accordo sul ruolo del NP negli ED, solo 1/3 non conosce in maniera approfondita le competenze di questa figura. |
| Considine J et al. Australia/2006 "Emergency nurse practitioner care and emergency department patient flow: Case-control study" | Comparazione tra pazienti trattati da un ENP e pazienti trattati con la cura tradizionale ED in base a: Waiting time e LOS | Studio caso-controllo: periodo di osservazione da giugno 2004 a marzo 2005 | Utenti selezionati usando le 3 più comuni diagnosi di dimissione dei pazienti trattati da ENP: ferite, fratture mano/polso e rimozione del gesso. 102 utenti vengono visitati dall'ENP. Nel gruppo controllo (n.623) pazienti con la medesima diagnosi sono stati trattati seguendo la via tradizionale di cura in ED. Non si registrano significative differenze nei tempi di attesa e LOS fra i due gruppi. Nessuna differenza nel numero di radiografie richieste ($p=0,463$), i NPs visitano una media di 1-2 pazienti ogni ora. |
| Considine J. et al. Australia/2006 "Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department" | Definire l'ambito della pratica dell'ENP. | Studio di coorte. Periodo di osservazione da giugno 2004 a marzo 2005. | Campione: 476 utenti visitati da ENPs Il 72,2% del campione è stato dimesso dal dipartimento di emergenza, il 49,6% dei pazienti ha avuto bisogno di terapie farmacologiche, il 51% diagnostica per immagini e l'8,6% di esami di laboratorio. Il modello di cura ENP è un modello collaborativo che focalizza la gestione delle lesioni e malattie minori. L'ENP svolge un ruolo attivo di collaborazione con i medici in emergenza. |
| Mason S. et al. Regno Unito/2004 "Developing assessment of Emergency Nurse Practitioner competence – a pilot study" | Valutare le competenze degli ENP di base e dopo un intervento formativo | Studio osservazionale: primo questionario "Objective Structured Clinical Examination" somministrato nel 2001, e successivamente nel 2002 dopo l'intervento formativo | 17 ENP su 20 hanno partecipato mostrando un miglioramento delle loro conoscenze statisticamente significativo. |
| Mills A.C. and McSweeney M. USA/2005 "Primary Reasons for ED Visits and Procedures Performed for Patients Who Saw Nurse Practitioners" | Identificazione della tipologia di utenti trattati dai NPs negli ED | Studio osservazionale: sono stati analizzati dati relativi a 1545 ED di ospedali statunitensi dal 1997 al 2000, estrapolati dal National Hospital Ambulatory Medical Care Surveys. | Campione: gli ENP hanno visitato 5.76 milioni di pazienti negli ED durante i 4 anni di osservazione. La prima categoria di pazienti visti rientra in una categoria che comprende: lacerazioni e ferite sugli arti superiori e sul viso, ferite alla testa, al collo e corpi estranei negli occhi. La seconda categoria (sintomi generali) racchiudeva utenti con dolore al petto, dolore al fianco, febbre e edemi. |
| Wood C. et al. USA/2010 "Nurse Practitioner Roles in Pediatric Emergency Departments" | Determinare la presenza degli ENPs negli EDs pediatrici, presenza di aree FT e procedure comuni. | Studio Osservazionale: Due questionari telefonici. | Il primo questionario è stato rivolto ai coordinatori infermieri di 205 ospedali americani ed il secondo agli ENP operanti negli EDs. 198 ospedali hanno risposto; il 51% dei rispondenti hanno nell'organigramma l'ENP. |
| Heath S.M. et al. Regno Unito/2003 "Nurse initiated thrombolysis in the accident and emergency department: safe, accurate, and faster than Fast track" | Ridurre i tempi di somministrazione dei farmaci trombolitici nel paziente infartuato. | Studio osservazionale: Misurazione ed analisi dei tempi impiegati per la procedura di trombolisi da parte degli Acute Chest Pain Nurse Specialists (ACPNS) nel ED e dell'unità coronarica ospedaliera. | Campione di 91 utenti: 43 trattati dall'ACPNS operante nel ED e 48 dal medico dell'unità coronarica. Il tempo medio impiegato dalle ACPNS è di 43 minuti contro 56 minuti dell'unità coronarica. |

Tabella n°2 sintesi della letteratura consultata - Parte 5

ACPNS: Acute Chest Pain Nurse Specialists.

DISCUSSIONE

La revisione della letteratura, pur nei limiti dell'approccio narrativo scelto, ha messo in luce che il sovraffollamento dei dipartimenti di emergenza è un problema comune in gran parte del mondo e che esistono numerose e valide strategie attuabili per affrontarlo.

L'introduzione del modello Triage, pur salvaguardando la salute dei pazienti con bisogni di cura più urgenti, non scioglie il nodo del sovraffollamento nei servizi di emergenza: possiamo, infatti affermare, che trattare i pazienti più gravi nel minor tempo possibile, significa far attendere più a lungo i codici minori (AGENAS, 2013). Oltre al disservizio, si genera insoddisfazione nell'utente che sovente come risultato, ritiene che il suo problema di salute sia sottovalutato senza comprenderne la vera ragione.

Il sistema *Fast Track*, come abbiamo avuto modo di puntualizzare nell'introduzione di questo articolo, è un modello finalizzato a rispondere ai bisogni di salute delle persone valutate appartenere ai codici minori, nei Pronto Soccorso. Gli studi presi in esame sottolineano una diminuzione dei tempi di attesa, un aumento della soddisfazione dei pazienti trattati, senza però registrare una variazione nella qualità delle cure erogate nei Dipartimenti di Emergenza dove è stato applicato il modello. Le variazioni in termini di costi sono difficili da stimare e necessitano di ulteriori approfonditi studi.

Gli elementi presi in considerazione sono strettamente collegati fra loro, in quanto ridurre i tempi di attesa non aumenta solo il livello della qualità percepita dagli Utenti, ma permette di ridurre eventuali eventi avversi dovuti al ritardo nell'erogazione delle cure. Fra i modelli analizzati, il *Fast Track* è quello più sovente descritto negli articoli presi in esame e si è rivelato efficace così come il *Team Triage* e le australiane *Short Stay Units* (Considine et al., 2012; Oredsson et al., 2011).

L'Infermiere con Competenze Avanzate che gestisce in autonomia un folto gruppo di pazienti si inserisce perfettamente nel contesto descritto ed in base alla revisione effettuata, sembra essere il ruolo che meglio si adatta a rispondere al problema del sovraffollamento, aumentando la soddisfazione degli Utenti senza ridurre la qualità delle cure erogate nel caso in cui tale figura venga paragonata al personale medico. La netta efficacia di questo ruolo ha portato Paesi come il Regno Unito, il Canada, gli USA, l'Irlanda e l'Australia, a superare la resistenza delle professioni e la paura di un'eventuale sostituzione di ruolo, per andare verso un più moderno concetto di lavoro interprofessionale ottenendo benefici evidenti. In Italia questo cambiamento non ha ancora avuto luogo non solo per la evidente resistenza della categoria dei Medici che data la loro

numerosità rispetto agli infermieri (OECD Health Data 2013), vede con difficoltà l'inserimento di nuove competenze infermieristiche all'interno dei DE ma anche per le resistenze, in genere, ai cambiamenti organizzativi e alla volontà di mantenere lo status quo.

Descrivere nel dettaglio le abilità dell'ENP non è stato possibile, in quanto le sue competenze sono in continua evoluzione e variano in base ai bisogni degli specifici contesti territoriali in ogni Paese. Dal punto di vista formativo gli ENPs necessitano di una formazione universitaria post-base, specialistica e clinica.

Vista la particolare autonomia e responsabilità professionale che sono conferite a questo ruolo, nonché la strategicità della posizione, non può prescindere da un riconoscimento degli Organi professionali istituzionali e la difesa da parte di una puntuale legislazione dello Stato.

CONCLUSIONI

Il presente studio, seppur con il limite di essere stato condotto solo su PubMed, ha offerto una panoramica articolata delle principali strategie internazionali utilizzate in ambito intraospedaliero per far fronte al sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza.

Anche nella letteratura si può evidenziare che il modello del *Fast Track* è stato applicato sulla spinta emergenziale senza essere sostenuto, almeno inizialmente, da evidenze scientifiche di efficacia (Carter and Chochinov, 2007). Applicare questo sistema nel contesto italiano significherebbe, oggi, investire in risorse umane ed economiche sulla base di numerose e sicure evidenze scientifiche; significherebbe adattare e sperimentare nel nostro contesto sistemi già messi in pratica e studiati in altri Paesi, significherebbe rivedere anche l'attuale organizzazione del lavoro riducendo notevolmente il rischio di attuare progetti inefficaci. In momenti di crisi economica, probabilmente potrebbe contribuire alla razionalizzazione delle risorse diminuendo gli attuali costi dei percorsi di risposta all'Utente.

Intervenire sui Dipartimenti di Emergenza per renderli più funzionali e a misura del Cittadino, significa creare figure che possano rispondere in maniera nuova, competente e pertinente alle esigenze della società. Tuttavia, pensare a un sistema efficace come il *Fast Track* senza introdurre il ruolo dell'ENP o di un Infermiere competente e specializzato nello specifico ambito, sarebbe una soluzione incompleta, in quanto significherebbe investire esclusivamente sulle strutture sanitarie relegando ad un ruolo marginale le risorse umane.

Il professionista che meglio si adatta e può rispondere al modello del *Fast Track* è senz'altro l'Infermiere.

Questo professionista è formato attraverso lo sviluppo di specifiche abilità comunicative e tecniche insite nella natura della sua attività di relazione di aiuto e assicura la presenza continua e costante nella struttura. Questo non significa che la formazione di base ricevuta nelle Università, seppur nelle Facoltà mediche, sia sufficiente a erogare un'assistenza infermieristica avanzata nell'ambito dell'Emergenza. In Italia si potrebbe pensare di formare, come già avviene in altri Paesi, una categoria specifica di professionisti Infermieri autonomi nella gestione olistica degli Utenti assegnati alle categorie dei codici minori nel percorso dall'accettazione nella Struttura fino alla dimissione. Sarebbe importante rivedere in questi termini le diverse offerte formative universitarie ed aprire un dibattito scientifico sulle funzioni e sull'utilità nonché sulla ricaduta nei servizi dei nostri corsi di Master di I° e II° livello, (che potrebbero diventare il luogo ideale per lo sviluppo e la formazione di competenze specifiche) e anche degli attuali Corsi di Laurea magistrale. Se nel nostro Paese si frena lo sviluppo di una leadership infermieristica competente sia nell'ambito dell'offerta formativa come nell'organizzazione dei Servizi, se non si apre un dibattito alla pari con altre professionalità, coinvolgendo anche i Cittadini, la proposta di nuovi modelli assistenziali rimane non attuata. La possibilità di crescere professionalmente, di mettere in atto quanto si apprende dal punto di vista scientifico, la possibilità di assumersi in prima persona e in modo autonomo le responsabilità per le quali si è stati formati, potrebbe diventare attrattiva per la professione e motivo di soddisfazione per chi ogni giorno opera all'interno dei Pronto Soccorso e vive in prima persona il disagio di offrire un servizio poco soddisfacente agli Utenti. Diventerebbe una risorsa e un vantaggio per la società. Ciò viene confermato in uno studio pubblicato su *The Lancet*, una rivista medica molto prestigiosa, da Aiken et al. nel 2014 e condotto su 422.730 pazienti, dal quale si evince che l'aumento del 10% di Infermieri laureati all'interno dello staff è associato ad una diminuzione del 7% della mortalità dei pazienti.

Resistenze da parte della categoria professionale medica, ma anche infermieristica, sono state messe in luce non solo in Italia ma anche all'Estero (Hoskins, 2012): la forza di superare queste reticenze andrebbe trovata nella speranza di erogare servizi efficienti ed efficaci per la popolazione, basati sull'evidenza scientifica, abbandonando l'idea che debba essere la società ad adattarsi alle professioni e alle strutture e non viceversa. Per arrivare a raggiungere questi obiettivi, è necessario dialogo onesto per superare le barriere dei poteri e mettere al centro la Persona Utente invece del professionista. Con una nuova cultura fra le professioni si potrebbero inserire percorsi comuni nella formazione di base dove venga compreso il concetto di collabora-

zione fra i diversi professionisti e dove umilmente vengano riconosciuti i diversi saperi per forgiare professionisti competenti.

Come visto in letteratura, l'evoluzione di un sistema sanitario complesso sente sempre più forte l'esigenza di superare la concezione classica delle varie categorie per dirigersi verso un lavoro interprofessionale. Questo vigoroso cambiamento richiede coraggio e impegno per fornire risposte idonee ai bisogni degli Utenti e necessita di ampi cambiamenti organizzativi nelle Strutture oltre a dibattiti fra le professioni affinché migliorando il lavoro d'equipe si possa arrivare a una migliore assistenza superando così l'attuale arrogante difesa delle professioni e dei poteri.

Come si è visto nella revisione della letteratura è possibile che l'infermiere possa offrire un notevole contributo alla risoluzione del problema del sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza con la piena collaborazione anche di altre professionalità.

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali AGENAS (2013). Assistenza H24 e riduzione degli accessi improprio in Pronto Soccorso: evidenze e indirizzi. *Quaderni di Monitor* 11, 34:38.
- Aiken L.H., Sloane D.M., Bruyneel L., van Den Heede K., Griffiths P., Busse R., Diomidous M., Kinnunen J., Kozka M., Lesaffre E., Mc Hugh M.D., Casbas M.T.M., Rafferty A.M., Schwendimann R., Scott A., Tishelman C., van Achterberg T., Sermeus W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Bambi S., Giusti M. & Becattini G. (2008). See&Treat emergency department: the shift from doctors to nurses with advanced skills. A literature review. *Assist Inferm Ric*, 27(3), 136-144.
- Bazian Ldt (2005). Do nurse practitioner provide equivalent care to doctors as first point of care contact for patients with undifferentiated medical problems? *Evidence-Based Healthcare & Public Health*, 9, 179-91.
- Brysiewicz P. & Bruce J. (2008). Emergency nursing in South Africa. *Int Emerg Nurs*, 16(2), 127-131. doi: 10.1016/j.ienj.2008.01.001
- Carter A. J. & Chochinov A. H. (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Cjem*, 9(4), 286-295.
- Combs S., Chapman R. & Bushby A. (2006). Fast Track: one hospital's journey. *Accid Emerg Nurs*,

- 14(4), 197-203. doi: 10.1016/j.aen.2006.07.004
- Combs S., Chapman R. & Bushby A. (2007). Evaluation of Fast Track. *Accid Emerg Nurs*, 15(1), 40-47. doi: 10.1016/j.aen.2006.07.006
- Commissione sanità del Senato (2011) Nuovo schema di documento conclusivo presentato dal relatore sull'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza
- Conlon C., O'Connor C., Mc Brearty P. & Carpenter B. (2009). Minor injury attendance times to the ED. *Int Emerg Nurs*, 17(3), 169-172. doi: 10.1016/j.ienj.2008.12.006
- Considine J., Kropman M. & Stergiou H. E. (2010). Effect of clinician designation on emergency department Fast Track performance. *Emerg Med J*, 27(11), 838-842. doi: 10.1136/emj.2009.083113
- Considine J., Lucas E., Payne R., Kropman M., Stergiou H. E. & Chiu, H. (2012). Analysis of three advanced practitioner roles in emergency nursing. *Australas Emerg Nurs J*, 15(4), 219-228. doi: 10.1016/j.aenj.2012.10.001
- Considine J., Martin R., Smit D., Jenkins J. & Winter C. (2006). Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department. *Int J Nurs Pract*, 12(4), 205-213. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00570.x
- Considine J., Martin R., Smit D., Winter C. & Jenkins J. (2006). Emergency nurse practitioner care and emergency department patient flow: case-control study. *Emerg Med Australas*, 18(4), 385-390. doi: 10.1111/j.1742-6723.2006.00870.x
- Cooper S., O'Carroll J., Jenkin A. & Badger B. (2008). Emergency care practitioners (ECP): practice and performance in the UK West country--a case study. *Int Emerg Nurs*, 16(3), 180-184. doi: 10.1016/j.ienj.2008.04.004
- Currie J., Edwards L., Colligan M. & Crouch, R. (2007). A time for international standards? Comparing the Emergency Nurse Practitioner role in the UK, Australia and New Zealand. *Accid Emerg Nurs*, 15(4), 210-216. doi: 10.1016/j.aen.2007.07.007
- Di Tommaso F., Falasca P., Rossi A., & Lolli V. (2008). Pronto Soccorso: verso un uso responsabile. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 21, 4-6.
- Dinh M., Walker A., Parameswaran A. & Enright N. (2012). Evaluating the quality of care delivered by an emergency department Fast Track unit with both nurse practitioners and doctors. *Australas Emerg Nurs J*, 15(4), 188-194. doi: 10.1016/j.aenj.2012.09.001
- Ezra D. G., Mellington F., Cugnoni H. & Westcott M. (2005). Reliability of ophthalmic accident and emergency referrals: a new role for the emergency nurse practitioner? *Emerg Med J*, 22(10), 696-699. doi: 10.1136/emj.2004.018010
- Fordyce J., Blank F.S.J., Pekow P., Smithline H.A., Ritter G., Gehlbach S., Benjamin E., Henneman P.L. (2003). Errors in a busy emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 42(3), 324-333
- Griffin M. & Melby V. (2006). Developing an advanced nurse practitioner service in emergency care: attitudes of nurses and doctors. *J Adv Nurs*, 56(3), 292-301. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04025.x
- Heath S. M., Bain R. J., Andrews A., Chida S., Kitchen S. I. & Walters M. I. (2003). Nurse initiated thrombolysis in the accident and emergency department: safe, accurate, and faster than Fast Track. *Emerg Med J*, 20(5), 418-420.
- Hoskins R. (2011). Evaluating new roles within emergency care: a literature review. *Int Emerg Nurs*, 19(3), 125-140. doi: 10.1016/j.ienj.2010.09.003
- Hoskins R. (2012). Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care. *J Adv Nurs*, 68(8), 1894-1903. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05867.x
- Hoyt K. S., Coyne E. A., Ramirez E. G., Peard A. S., Gisness C. & Gacki-Smith J. (2010). Nurse Practitioner Delphi Study: competencies for practice in emergency care. *J Emerg Nurs*, 36(5), 439-449. doi: 10.1016/j.jen.2010.05.001
- Jennings N., Lee G., Chao K. & Keating S. (2009). A survey of patient satisfaction in a metropolitan Emergency Department: comparing nurse practitioners and emergency physicians. *Int J Nurs Pract*, 15(3), 213-218. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01746.x
- Konnyu K. J., Kwok E., Skidmore B. & Moher D. (2012). The effectiveness and safety of emergency department short stay units: a rapid review. *Open Med*, 6(1), e10-16.
- Lee G., Jennings N., & Bailey M. (2007). An exploration of staff knowledge on the nurse practitioner's role in the emergency department. *Accid Emerg Nurs*, 15(2), 79-87. doi: 10.1016/j.aen.2007.01.002
- Mason S., Fletcher A., McCormick S., Perrin J. & Rigby A. (2005). Developing assessment of emergency nurse practitioner competence--a pilot study. *J Adv Nurs*, 50(4), 425-432. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03408.x
- McGee L. A. & Kaplan L. (2007). Factors influencing the decision to use nurse practitioners in the emergency department. *J Emerg Nurs*, 33(5), 441-446. doi: 10.1016/j.jen.2006.10.019
- Megahy A. & Lloyd M. (2004). Managing minor injuries. *Emerg Nurse*, 12(5), 14-16.

- Mengoni A. & Rappini V. (2007). La domanda non urgente al pronto soccorso: un'analisi. *Macosan*, 62, 61-82.
- Mills A. C. & McSweeney M. (2005). Primary reasons for ED visits and procedures performed for patients who saw nurse practitioners. *J Emerg Nurs*, 31(2), 145-149. doi: 10.1016/j.jen.2005.01.002
- Nash K., Zachariah B., Nitschmann J. & Psencik B. (2007). Evaluation of the Fast Track unit of a university emergency department. *J Emerg Nurs*, 33(1), 14-20; quiz 90. doi: 10.1016/j.jen.2006.08.003
- O'Connell J. & Gardner G. (2012). Development of clinical competencies for emergency nurse practitioners: a pilot study. *Australas Emerg Nurs J*, 15(4), 195-201. doi: 10.1016/j.aenj.2012.10.004
- OECD Health Data 2013. <http://stats.oecd.org> consultazione: 4 aprile 2013
- Oredsson S., Jonsson H., Rognes J., Lind L., Goransson K. E., Ehrenberg A., Farrohknia N. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 19, 43. doi: 10.1186/1757-7241-19-43
- Parker M. (2008). Emergency nurse practitioner management of tetanus status and tetanus-prone wounds. *Int Emerg Nurs*, 16(4), 266-271. doi: 10.1016/j.ienj.2008.05.009
- Patel H., Celenza A. & Watters T. (2012). Effect of nurse initiated X-rays of the lowerlimb on patient transit time through the emergency department. *Australas Emerg Nurs J*, 15(4), 229-234. doi: 10.1016/j.aenj.2012.07.001
- Quattrini V. & Swan B. A. (2011). Evaluating care in ED Fast Tracks. *J Emerg Nurs*, 37(1), 40-46. doi: 10.1016/j.jen.2009.10.016
- Radice C., Ghinaglia M., Doneda R., Bollini G. (2013). "See and Treat" in Pronto Soccorso: aspetti legali e responsabilità professionale infermieristica. *Professioni Infermieristiche*, 66(3), 175-181.
- Rogers T., Ross N. & Spooner D. (2004). Evaluation of a 'See&Treat' pilot study introduced to an emergency department. *Accid Emerg Nurs*, 12(1), 24-27.
- Rowe B. H., Villa-Roel C., Guo X., Bullard M. J., Ospina M., Vandermeer B., Holroyd B. R. (2011). The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Acad Emerg Med*, 18(12), 1349-1357. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01081.x
- Sandhu H., Dale J., Stallard N., Crouch R. & Glucksman E. (2009). Emergency nurse practitioners and doctors consulting with patients in an emergency department: a comparison of communication skills and satisfaction. *Emerg Med J*, 26(6), 400-404. doi: 10.1136/emj.2008.058917
- Thrasher C. & Purc-Stephenson R. (2008). Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada. *J Am Acad Nurse Pract*, 20(5), 231-237. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00312.x
- Van der Linden C., Lindeboom R., van der Linden N. & Lucas C. (2012). Managing patient flow with triage streaming to identify patients for Dutch emergency nurse practitioners. *Int Emerg Nurs*, 20(2), 52-57. doi: 10.1016/j.ienj.2011.06.001
- Wilson A. & Shifaza F. (2008). An evaluation of the effectiveness and acceptability of nurse practitioners in an adult emergency department. *Int J Nurs Pract*, 14(2), 149-156. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00678.x
- Wood C., Wettlaufer J., Shaha S. H. & Lillis K. (2010). Nurse practitioner roles in pediatric emergency departments: a national survey. *Pediatr Emerg Care*, 26(6), 406-407. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181e057b8

Il presente articolo è stato elaborato dal lavoro di project work effettuato durante il primo anno di corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche di Sapienza Università di Roma.

