



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**L'INFERMIERE CON COMPETENZE AVANZATE IN PRONTO
SOCCORSO: LA GESTIONE DEI CODICI A BASSA PRIORITÀ**

Relatore: Prof. Marcon Luigi

Laureando: Marcon Silvia

Matricola: 1045711

Anno Accademico: 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE AL PROBLEMA	1
1.1 Definizione del problema	2
1.1.1. Problematiche attuali in Pronto Soccorso	2
CAPITOLO 2: LA SPERIMENTAZIONE IN ITALIA: REGIONE TOSCANA	5
2.1 Caratteristiche e obiettivi della sperimentazione	5
2.2 Risultati ottenuti	6
2.3 Aspetti medico-legali	7
3. LA REALTÀ DELL'AZIENDA ULSS N°7 DEL VENETO	9
3.1 Analisi dei dati relativi agli accessi totali degli anni 2009 e 2010 nei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Conegliano e Vittorio Veneto	9
3.2 Analisi dei tempi di attesa dei codici minori nelle 24 ore dei Presidi Ospedalieri di Conegliano e Vittorio Veneto	9
CAPITOLO 4: MATERIALI E METODI	11
CAPITOLO 5: RISULTATI DELLA REVISIONE DI LETTERATURA	13
5.1 Strategie attuate: valutazione dell'efficacia dei modelli di gestione degli accessi non urgenti	13
5.1.1 Il modello See and Treat: origini e caratteristiche	13
5.1.2 Il modello Fast-Track	15
5.2. Efficacia del ruolo dell'Infermiere con Competenze Avanzate per la gestione dei percorsi dei codici minori	16
5.3 Riferimenti normativi: l'evoluzione della professione infermieristica in Italia	21
CAPITOLO 6: DISCUSSIONE	25
CAPITOLO 7: CONCLUSIONI	29
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	

ALLEGATO 1: Casistica sperimentazione See and Treat in Toscana

ALLEGATO 2: Grafici dati Azienda ULSS n° 7 del Veneto

ALLEGATO 3: Codice Deontologico, articoli di riferimento

ALLEGATO 4: Tipologie organizzative Bozza Indirizzi tecnico-operativi per il Triage di Pronto Soccorso

ALLEGATO 5: Tabella di analisi della revisione della letteratura

Acronimi e abbreviazioni:

DE: Dipartimento di Emergenza

ENP: Emergency Nurse Practitioner

FT: Fast Track

MINTS: Minor/Major Injury/Illness Nurse Treatment Service

NHS: National Health Service

NP: Nurse Practitioner

PO: Presidio Ospedaliero

PS: Pronto Soccorso

S&T: See and Treat

UO: Unità Operativa

ABSTRACT

Introduzione: Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo aumento degli accessi in Pronto Soccorso (PS), costituito soprattutto da utenti a cui viene assegnato un codice a bassa priorità assistenziale. La maggior parte dei PS si trovano quindi ad affrontare problemi quali sovraffollamento e lunghe attese che determinano conseguenze indesiderabili sul piano dell'assistenza erogata. Sono perciò quindi state adottate strategie quali il *Fast Track* e il *See and Treat*, in cui a gestire il percorso di cura degli utenti che accedono al PS con problemi di salute minori vi è un infermiere specializzato con competenze cliniche avanzate definito *Emergency Nurse Practitioner* (ENP). Negli ultimi anni, diversi studi hanno indagato il ruolo degli ENPs evidenziando che l'assistenza erogata raggiunge standard equiparabili a quelli dell'assistenza medica, in termini di efficacia e sicurezza dei trattamenti, qualità e soddisfazione dell'utenza. L'elaborato ha lo scopo di evidenziare e valorizzare l'autonomia e la professionalità che l'Infermiere può esprimere in un contesto come quello dell'area critica, analizzando la figura dell'ENP e i sistemi operativi in cui è inserito, nella realtà internazionale e nazionale.

Materiali e metodi: La ricerca della letteratura inerente al tema è stata effettuata nei mesi di giugno-agosto 2015; sono stati selezionati gli articoli che presentassero gli *outcomes* dell'*Emergency Nurse Practitioners* e dei modelli organizzativi in cui opera, rispetto agli utenti, ai professionisti sanitari e all'organizzazione dei Dipartimenti di Emergenza. Sono stati selezionati e analizzati 66 articoli.

Risultati: Gli *oucomes* più significativi derivanti dall'introduzione nei Dipartimenti di Emergenza di *Emergency Nurse Practitioner* per la gestione degli utenti con codici a bassa priorità, possono essere suddivisi in tre assi principali: persona/utente, professione ed organizzazione. – Persona: aumento della qualità percepita dell'assistenza, aumento della soddisfazione legato in particolare alla diminuzione dei tempi d'attesa, alle capacità di comunicazione ed educazione degli ENPs e alla qualità delle informazioni fornite; tutto questo mantenendo adeguati standard di sicurezza delle cure. Professione infermieristica: alta soddisfazione sul lavoro con conseguente riduzione delle frustrazioni e dello stress, oltre ad un ampliamento delle prospettive di carriera. Organizzazione: riduzione dei tempi di attesa e di permanenza nei Dipartimenti di Emergenza dei pazienti con codici minori, riduzione degli allontanamenti spontanei, delle riammissioni nei DE e miglioramento del

sovraffollamento e del flusso dei pazienti, mantenendo adeguati standard di qualità delle cure anche in termini di efficacia e sicurezza.

Conclusioni: Gli *Emergency Nurse Practitioners* hanno dimostrato di essere una valida risorsa per i Dipartimenti di Emergenza affollati, permettendo una gestione ottimale degli utenti con codici a bassa priorità. La normativa italiana in tema di esercizio professionale non è in contrasto con l'introduzione di questa figura. In Italia i tempi sono maturi per un effettivo riconoscimento delle Competenze Avanzate degli Infermieri e per una diffusione a livello nazionale del *See and Treat*.

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE AL PROBLEMA

L'interesse per l'argomento è nato spontaneamente ed è maturato durante l'esperienza di tirocinio svolta presso l'U.O. di Pronto Soccorso dell'ULSS7 di Conegliano.

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo aumento degli accessi in Pronto Soccorso, costituito soprattutto da utenti a cui viene assegnato un codice a bassa priorità. Il problema della numerosità degli accessi non urgenti nei servizi di emergenza-urgenza è molto diffuso, sia nel contesto internazionale che in quello italiano (1,2). La maggior parte dei Pronto Soccorso si trovano quindi ad affrontare problemi quali il sovraffollamento e le lunghe attese che determinano conseguenze indesiderabili sul piano dell'assistenza erogata. Da ciò deriva la necessità di prevedere per i pazienti che accedono al Pronto Soccorso con problemi di salute minori un opportuno e adeguato percorso di cura; sono quindi state adottate diverse strategie quali il *See and Treat* e il *Fast Track*. In Italia, in particolare, in alcune Realtà regionali, prima fra tutte la Toscana, è stato introdotto il *See and Treat*, un modello che prevede un percorso di cure più rapido, dove i pazienti che rientrano in una casistica precisa di problemi di salute minori, vengono valutati e subito trattati dal primo professionista sanitario disponibile, sia esso un Medico o un Infermiere specializzato con competenze cliniche avanzate definito *Emergency Nurse Practitioner (ENP)*. Quest'ultimo è un Infermiere che possiede una formazione post-base nella diagnosi, trattamento, prescrizione e promozione della salute nel contesto dell'emergenza-urgenza. Negli ultimi anni, diversi studi hanno indagato il ruolo degli ENPs ed hanno evidenziato, pur con alcuni limiti metodologici, che l'assistenza erogata raggiunge standard equiparabili, e talvolta superiori, a quelli evidenziati per l'assistenza medica, in termini di efficacia e sicurezza dei trattamenti, qualità e soddisfazione da parte dell'utenza.

È stata analizzata la sperimentazione *See and Treat* realizzata in Toscana, gli aspetti normativi, le problematiche insorte e i risultati ottenuti. Inoltre, sono stati elaborati i dati statistici disponibili relativi agli accessi del biennio 2009/ 2010 nei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Conegliano e Vittorio Veneto dell'ULSS7, estrapolando la tipologia di utenza e i tempi di attesa per codice colore.

L'elaborato ha lo scopo di evidenziare e valorizzare l'autonomia e la professionalità che l'Infermiere può esprimere grazie alla formazione di base e specialistica post-base in un contesto come quello dell'area critica, analizzando la figura dell'ENP e i sistemi operativi

in cui è inserita, nella realtà nazionale e soprattutto internazionale, valutandone benefici, rischi ed eventuali problematiche.

1.1 Definizione del problema

1.1.1. Problematiche attuali in Pronto Soccorso

Nell'arco degli ultimi si è assistito ad un progressivo incremento degli accessi di utenza nei Pronto Soccorso con il conseguente aumento del carico di lavoro per gli operatori e dei tempi di attesa medi prima della visita medica. Questo fenomeno ha inoltre contribuito a produrre una quota crescente di utenti cosiddetti "allontanati spontaneamente dall'area di *Triage*", di cui, a livello internazionale, si hanno notizie a partire sin dalla metà degli anni '80. È facilmente intuibile come, in un sistema caratterizzato dall'accesso alla visita e al trattamento medico per priorità (*Triage* di pronto soccorso), a farne le spese in termini di tempistica di attesa siano quelle persone che presentino problematiche cliniche minori e non urgenti. Questa crescente tipologia di utenza, che indipendentemente dall'informazione fornita dal sistema sanitario, decide di rivolgersi alle strutture di Pronto Soccorso piuttosto che a quelle territoriali, determina un indubbio impatto sulla qualità percepita dell'assistenza sanitaria erogata dal Servizio Sanitario Nazionale (3).

Secondo il Progetto Mattoni (4) le principali cause di sovraffollamento dei Pronto Soccorso italiani sono riferibili a:

- concezione dell'ospedale, come luogo dotato di diagnostica strumentale;
- crescente mancanza di fiducia nei confronti del Medico di famiglia;
- tempi di attesa troppo lunghi per ottenere prestazioni specialistiche ambulatoriali ed esami diagnostici;
- incremento della parte di popolazione non inserita nel Servizio Sanitario Nazionale;
- evoluzione organizzativa del PS da zona di transito e smistamento a vera e propria Unità di Diagnosi e Cura;
- soppressione degli ospedali di piccole dimensioni con conseguente riduzione del numero dei PS sul territorio.

Considerata la tendenza dei cittadini a ricorrere sempre più spesso alle prestazioni di PS anche per problematiche minori ed a basso contenuto di urgenza, l'attenzione maggiore è rivolta alla necessità di salvaguardare la capacità della struttura di svolgere il suo compito istituzionale: dare risposta nel più breve tempo possibile alle emergenze. Il *Triage* è così

risultato lo strumento più adeguato per perseguire questo obiettivo, in quanto consente di ridistribuire i tempi di attesa a favore di chi è in condizione di maggiore urgenza e da questa attesa può subire un danno. (4)

I picchi di iper-afflusso determinano all'interno del PS conseguenze indesiderabili sul piano dell'assistenza erogata, quali: prolungamento delle attese e delle situazioni di disagio e di dolore, insoddisfazione degli utenti e degli operatori, scadimento della qualità delle prestazioni, aumento degli episodi di violenza e di problemi medico-legali. Questi elementi, uniti alla frustrazione, all'aumento della pressione emotiva e dello stress, determinano un impatto negativo sugli operatori, maggiormente esposti a una ridotta gratificazione sul lavoro, con secondaria rabbia e depressione. Ciò costituisce la premessa di un elevato indice di *burn-out*. È stata inoltre dimostrata una correlazione tra il sovraffollamento del Pronto Soccorso ed il verificarsi di errori, seppure non gravi, nelle diverse fasi del processo di cura (5).

Per quanti, però, hanno necessità di una prestazione semplice, o magari di un colloquio informativo o anche solo di essere tranquillizzati, lunghi tempi di attesa risultano spesso poco accettabili (6). Gli utenti con problematiche minori, che rappresentano una porzione significativa sul totale degli accessi nei Dipartimenti di Emergenza (DE), erano fino a qualche tempo fa considerati "accessi impropri", che andavano ad incrementare il carico di lavoro a discapito anche di pazienti con problemi più urgenti. Oggi si preferisce usare il termine "riferimento improprio", termine che non colpevolizza il paziente e che presuppone l'adozione di nuovi modelli organizzativi (7). Per cercare, quindi, di arginare il problema del sovraffollamento (causato soprattutto dall'aumento degli accessi dei codici minori), delle lunghe attese nei Pronto Soccorso, e allo stesso tempo conciliare i criteri di efficacia-efficienza pur in carenza di risorse, sono state adottate diverse strategie di gestione dei pazienti con problemi/malattie a bassa priorità assistenziale, con l'obiettivo di accelerarne i percorsi diagnostico-terapeutici, senza penalizzare la qualità dell'assistenza.

Prima di procedere, però, è doveroso fare una premessa sul *Triage* di Pronto Soccorso e sui codici di priorità.

Il *Triage* in Italia nasce alla fine degli anni '80 in maniera pionieristica ed in assenza di riferimenti normativi specifici, guardando ad esperienze già consolidate negli USA ed in Gran Bretagna. Una rivoluzione legislativa molto importante si ebbe nel maggio 1996 con la pubblicazione delle *Linee Guida sul sistema di emergenza-urgenza sanitaria in*

applicazione del Decreto del Ministero della Sanità (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 17/05/1996), nel quale viene prevista, per la prima volta in Italia, l'utilizzo della funzione di triage nelle strutture di emergenza. L'applicazione del *Triage* nel Pronto Soccorso è motivata dall'aumento progressivo degli utenti che vi afferiscono, soprattutto di casi non urgenti. Tale metodo consente di razionalizzare i tempi di attesa in funzione delle necessità dei pazienti, utilizzando quale criterio di scelta le condizioni cliniche degli stessi e non il criterio dell'ordine di arrivo. Il *Triage* è svolto da personale infermieristico esperto e specificatamente formato che, valutando i segni ed i sintomi del paziente, identifica le condizioni potenzialmente pericolose per la vita ed attribuisce un codice di gravità al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica. (8)

I codici di criticità, in analogia con i criteri definiti dal decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992, articolati in quattro categorie ed identificati con colore sono:

- Codice rosso: urgenza assoluta (imminente pericolo di vita). La persona ha una o più funzioni vitali assenti o gravemente compromesse.
- Codice giallo: urgenza indifferibile. Condizione di potenziale evolutività verso il pericolo di vita; generalmente, in base a protocolli definiti, si considerano anche codici gialli persone con perdita di una funzione non vitale, ma importante, per esempio, lesione oculare, sub-amputazione ecc.
- Codice verde: urgenza differibile. Condizione che non presenta rischi evolutivi per la vita.
- Codice bianco: urgenza soggettiva e non urgenza. Le prestazioni richieste potrebbero essere fornite da altre strutture o professionisti.

La normativa nazionale non prevede tempi massimi di attesa per ogni codice, ma esistono Leggi Regionali supportate da letteratura che definiscono tempi accettabili, in condizioni di normale affluenza: accesso immediato per i codici colore rosso, 20 minuti per i codici gialli, 90 minuti per i codici verdi, mentre non si stabiliscono tempi per quelli bianchi (9).

CAPITOLO 2: LA SPERIMENTAZIONE IN ITALIA: REGIONE TOSCANA

2.1 Caratteristiche e obiettivi della sperimentazione

A fronte dell'importante numero di accessi nei Pronto Soccorso toscani (che solo negli anni dal 2006 al 2009 ha visto un incremento di oltre 58.000 casi), di cui il 30% è costituito da codici a bassa priorità (bianchi e azzurri), il *Gruppo regionale per il progetto di miglioramento del il Pronto Soccorso*, ha proposto di realizzare in Toscana il modello di *See and Treat* (S&T) opportunamente modificato, affidando all'Infermiere di Pronto Soccorso adeguatamente formato e certificato la gestione, secondo protocolli, di una serie di "diagnosi semplici" relative a problemi minori di presentazione al *Triage*, e permettendo così alla componente medica di focalizzare il proprio operato sulle vere urgenze (3). L'ampia discussione sia a livello multi-professionale sia istituzionale che si è generata intorno a questa idea innovativa per la realtà nazionale, è sfociata nella Delibera della Giunta Regionale Toscana n.958 del 17/12/2007, *Proposta di sperimentazione del modello S&T come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori*, con la quale venivano specificati gli ambiti e i requisiti formativi per lo svolgimento dell'attività. Il 31 marzo 2010 è uscita la DGR n. 449/2010 nella quale è stata compiuta una revisione nel dettaglio delle "problematiche minori" precedentemente deliberate per la sperimentazione *See and Treat*, sono stati indicati i criteri guida per la produzione dei protocolli operativi, sono state individuate le strutture ospedaliere, i tempi e gli indicatori di verifica, nonché la formazione dei Medici tutor per la sperimentazione. Quest'ultima ha avuto inizio a novembre 2010 e si è protratta per sei mesi, al termine dei quali sono stati analizzati i risultati. Le strutture ospedaliere coinvolte dalla sperimentazione sono state sei: Santa Maria Annunziata di Firenze (Ponte a Niccheri), Misericordia e Dolce di Prato, Misericordia di Grosseto, Valdelsa a Campostaggia, Felice Lotti di Pontedera, ospedale di Livorno. Gli orari di copertura del servizio sono quelli diurni, dalle ore 8.00 alle 20.00, nei giorni dal lunedì al sabato (escluso i festivi).

La sperimentazione si è posta come obiettivo ridurre le attese e migliorare la qualità percepita fornendo una pronta risposta medica e/o infermieristica al problema del paziente, in modo che non si formino lunghe code. I problemi trattabili in *See and Treat* sono stati individuati in base all'incidenza, alla gravità, agli eventuali interventi terapeutici necessari

e alla co-presenza del Medico-tutor. La casistica (approvata con parere 42/2009 del Consiglio Sanitario Regionale), è riportata in Allegato 1 in tabella II.

2.2 Risultati ottenuti

I casi trattati nel percorso *See and Treat* rappresentano il 6,37% di tutti i pazienti (tutti i codici) che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso nella fascia 8-20. Dei 66.752 pazienti valutati al *Triage* con codice Verde-Azzurro-Bianco, 7387, pari all'11%, è stato assegnato al percorso *See and Treat*. Di questo 11%, il 15% è rappresentato da codici bianchi, il 57% da codici azzurri e il 28% dai codici verdi. Se si considerano solo i codici minori (bianchi/azzurri) si rileva che questi hanno rappresentato il 29% di tutti gli accessi bianchi/azzurri, nella fascia oraria di attività del *See and Treat*. Dei 7.387 casi, la patologia traumatologica ha rappresentato di gran lunga la percentuale maggiore (70%). L'analisi dei tempi di attesa della metodica *See and Treat* rispetto al percorso tradizionale evidenzia una netta e significativa riduzione delle attese per tutti i casi trattati nell'ambulatorio *See and Treat* (-65% di attesa media globale). Anche per i tempi di permanenza i dati rilevati sono altrettanto significativi ed evidenziano una riduzione netta nei confronti del tradizionale percorso di Pronto Soccorso (-71% di permanenza media globale). Nella fase di sperimentazione non sono stati documentati reingressi spontanei per persistenza o complicità del motivo di accesso, non si sono verificati eventi avversi, non si sono ricevuti reclami formali. Sono state frequenti le testimonianze esplicite di gratitudine per le prestazioni ricevute (10). Di qui la conferma della necessità di un allargamento del *See & Treat* ad altre strutture ospedaliere; sono infatti stati aperti altri ambulatori S&T a Pistoia nel Presidio Ospedaliero San Jacopo e nel marzo 2015 anche nel Presidio Sanitario Santa Caterina della Rosa a Roma.

L'auspicabile estensione e il potenziamento dei percorsi *See and Treat* nei PS dovrà condurre ad un generale miglioramento dell'efficienza di tutto il sistema emergenza-urgenza.

Il percorso *See and Treat* può essere previsto anche nelle strutture territoriali in modo da intercettare una consistente quantità di casi clinici minori che altrimenti giungerebbero in Pronto Soccorso (10).

2.3 Aspetti medico-legali

L'avvio della sperimentazione in Toscana e di quella successiva in Emilia Romagna ha suscitato diverse polemiche. Il 5 ottobre 2010 l'Ordine dei Medici di Bologna ha presentato alla Procura della Repubblica un *Esposto contro le Regioni Emilia Romagna e Toscana per profili di interesse di possibile violazione - da parte di enti, organi e/o soggetti di riferimento anche normativo - degli artt. 348 c.p. e 8 L.175/94*, secondo il quale “si assiste ad una tendenza di sviluppo di competenze e connessi comportamenti ed attività che dall'esecutività propria dell'infermieristico-assistenziale finiscono con l'assumere di fatto carattere infermieristico-medico, allorquando viene riconosciuta all'Infermiere discrezionalità in campo diagnostico-terapeutico che non può di certo trovare legittimazione sotto una dichiarata copertura della finale “supervisione medica” (11), ritenendo pertanto che possa configurarsi la fattispecie di reato previsto dall'Art. 348 Codice Penale riguardante l'esercizio abusivo della professione medica. Dopo ampio ed approfondito dibattito e all'unanimità, il Consiglio della Federazione nazionale Collegi Infermieri: “esprime sostegno e solidarietà ai professionisti infermieri che operano nelle strutture sede di sperimentazione, apprezzandone l'alto livello di competenze, responsabilità e dedizione; ribadisce che l'obiettivo principale degli infermieri sono la qualità e la personalizzazione dei servizi sanitari rivolti alla persona, che costituiscono il focus dell'agire infermieristico; sottolinea che le attività in fase di sperimentazione sono svolte nel pieno rispetto delle leggi nazionali e degli orientamenti regionali ed aziendali; rifugge da strumentali provocazioni foriere di conflitti inter professionali, che danneggiano l'attenta e responsabile risposta ai bisogni di salute dei cittadini; si impegna a mantenere un alto livello di collaborazione con i medici con cui da sempre gli infermieri condividono l'impegno assistenziale e curativo; esprime la volontà a proseguire in un confronto aperto e costruttivo che punti alla condivisione di valori, obiettivi e percorsi operativi”(12). Anche la Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU) ha preso le distanze da quanto sostenuto dall'Ordine dei Medici di Bologna, affermando che una tale posizione “mette in crisi l'attuale assetto organizzativo dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, 118 e Pronto Soccorso [...]; mette in crisi la sicurezza del cittadino rispetto ad una sua tempestiva presa in carico da parte del personale infermieristico nelle situazioni di emergenza-urgenza; mette in crisi l'identità professionale degli infermieri che operano nei servizi di emergenza-urgenza non riconoscendo il ruolo fondamentale che da anni gli infermieri hanno assunto nel rispondere ai bisogni di salute dei cittadini; vanifica i tentativi

di collaborazione interprofessionale Medico-Infermiere oggi più che mai necessari nel settore dell'emergenza-urgenza, anche per il perdurante e progressivamente crescente problema del sovraffollamento" (13). La SIMEU ritiene che il D.P.R. del 27 marzo 1992, la L. n. 42/1999 e la L. n. 251/2000, individuino, nel loro complesso, un ambito proprio e pertanto esclusivo, di competenza infermieristica ed un ambito collaborativo con le altre professioni sanitarie. Il già citato D.M. n. 739/1994 all'Art. 5 specifica che la formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica, deve essere intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche in determinate aree. È necessario, a questo punto, stabilire se le funzioni attribuite all'Infermiere di *See and Treat* rientrino nell'ambito di competenza e quindi di autonomia della professione infermieristica, per verificare se sussistano o meno le condizioni di esercizio abusivo della professione medica.

L'esercizio abusivo di professione è un reato previsto dall'Art. 348 del Codice Penale, che si configura come una cosiddetta norma penale in bianco, presupponendo l'esistenza di altre norme giuridiche che regolino l'esercizio professionale. Nell'attuale contesto normativo italiano non esiste alcuna norma giuridica o mansionario che definisca in modo preciso l'atto medico o che elenchi con precisione le attività di esclusiva competenza medica, ad eccezione della formulazione di una diagnosi di patologia e della prescrizione terapeutica; di conseguenza, il confine tra atto medico e atto infermieristico deve essere individuato in relazione alla formazione di base e post-base ricevuta dal singolo professionista (14). Da ciò deriva la necessità di predisporre uno specifico percorso di formazione e di certificazione delle competenze dell'Infermiere di *See and Treat*.

In conclusione, già nelle norme di legge esistenti, il modello *See and Treat* affidato alle competenze infermieristiche può trovare legittima attuazione, anche (ma non solo) nell'ottica di adottare soluzioni assistenziali conformi al motivato ampliamento della competenza clinica infermieristica e utilizzando razionalmente quegli specifici strumenti già previsti dal comma 3 dell'art. 1 L. 251/2000 (5).

3. LA REALTÀ DELL'AZIENDA ULSS N°7 DEL VENETO

3.1 Analisi dei dati relativi agli accessi totali degli anni 2009 e 2010 nei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Conegliano e Vittorio Veneto

Sono stati analizzati i dati relativi agli accessi al Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri (PO) di Conegliano e Vittorio Veneto negli anni 2009 e 2010 e quello che si evidenzia è che gli accessi del codice colore bianco, considerati a bassa intensità assistenziale, sono nettamente maggiori rispetto agli altri. L'Unità Operativa di Pronto Soccorso del PO di Conegliano registra un numero di utenti maggiore rispetto al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Vittorio Veneto; ciò è determinato dal diverso bacino d'utenza che afferisce al servizio.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso del PO di Conegliano dal 2009 al 2010 c'è stato un notevole incremento dei codici minori, in particolar modo di quelli bianchi, 27593 contro 33179; si è verificato un piccolo incremento anche del codice colore verde, 8770 accessi contro 9068.

Le percentuali relative ai codici colore bianco dell'anno 2010 (vedi Allegato 2 figura 2) si differenziano del 3% in più rispetto allo stesso codice nell'anno 2009 (vedi Allegato 2 figura 1), quindi si può affermare che è avvenuto un incremento annuo del 3% degli accessi dei codici minori.

Dall'analisi dei dati del Pronto Soccorso di Vittorio Veneto, quello che risulta evidente è un incremento importante dei codici colore bianchi, 13127 contro i 17166 del 2009; di contro si è verificata una riduzione dei codici colore verdi e gialli. Tutto ciò ha determinato un aumento del 10% dei codice colore bianchi sul totale degli accessi. Nell'anno 2009, infatti, i codici bianchi hanno rappresentato il 56% del totale degli accessi (vedi Allegato 2 figura 3), mentre nell'anno 2010 hanno rappresentato ben il 66% del totale (vedi Allegato 2 figura 4).

3.2 Analisi dei tempi di attesa dei codici minori nelle 24 ore dei Presidi Ospedalieri di Conegliano e Vittorio Veneto

Un altro aspetto importante da valutare sono i tempi di attesa dei codici a bassa priorità assistenziale, quindi codici colore bianchi e verdi, nelle 24 ore.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso del PO di Vittorio Veneto, i tempi di attesa sono pressoché costanti e sovrapponibili, con un unico picco massimo che si verifica intorno alle

ore 6 del mattino. Si può osservare inoltre, un aumento notevole del tempo di attesa verso le ore 7, dove troviamo nel 2009 un tempo di attesa di 01:56 e nel 2010 di 02:16, si può perciò affermare che si è verificato un aumento di 00:20 minuti del tempo di attesa dal 2009 al 2010.

Al Pronto Soccorso di Conegliano invece, possiamo osservare un aumento dei tempi d'attesa dal 2009 al 2010 soprattutto nell'arco di tempo che va da mezzanotte alle ore 8 del giorno seguente; questo aumento varia da un minimo di 20 minuti fino ad un massimo di 40 minuti. Più o meno la stessa situazione avviene dopo le ore 19. Anche per il Pronto Soccorso di Conegliano si riscontra un picco massimo di attesa che nel 2009 è di 2 ore e 39 minuti, mentre nel 2010 è di 3 ore.

Il grafico riportato in Allegato 2, figura 5, evidenzia che i tempi di attesa nell'arco dell'intera giornata per il Pronto Soccorso di Vittorio Veneto variano da un minimo di 00:56 minuti fino ad un massimo di 02:30.

Nel Pronto Soccorso di Conegliano nel 2009 si va da un minimo di tempo d'attesa di 01:22 ad un massimo di 02:39, mentre nel 2010 si passa da un minimo di 01:50 fino ad un massimo di 03:00 ore. Dal grafico in figura 5 (vedi Allegato 2) si evince come i tempi d'attesa siano aumentati in relazione agli anni e quindi in relazione agli accessi totali dei codici minori durante l'arco di un anno. Si può quindi dedurre che più aumenteranno gli accessi, più aumenteranno i tempi di attesa.

Quanto appena affermato, va a sostegno di una possibile introduzione nel Pronto Soccorso dell'ULSS n° 7 di un ambulatorio *See and Treat* gestito da Infermieri con Competenze Avanzate.

CAPITOLO 4: MATERIALI E METODI

La ricerca della letteratura inerente al tema è stata effettuata nei mesi di giugno-agosto 2015; la ricerca bibliografica è stata preceduta dalla lettura di documenti, articoli, siti internet inerenti la figura dell’Infermiere con Competenze Avanzate e il modello *See and Treat* diffuso in Inghilterra, così da poter meglio identificare quali termini utilizzare per impostare la stringa di ricerca. La ricerca bibliografica è stata effettuata in MEDLINE; inizialmente si è verificata la presenza nel dizionario MeSH di alcuni termini significativi quali: *emergency nurse practitioner, see and treat, minor injuries unit, fast track, emergency department*. Nessuno dei termini è risultato presente, pertanto, ai fini della ricerca, si è scelto di utilizzare i seguenti due termini presenti nel MeSH:

- *Emergency Service, Hospital* (dipartimento ospedaliero responsabile dell’ammissione e del trattamento d’urgenza del paziente affetto da problematiche sia di tipo medico che chirurgico);
- *Emergency Nursing* (specializzazione dell’assistenza infermieristica diretta alla cura dei pazienti ammessi al dipartimento di emergenza).

Le parole chiave *emergency nurse practitioner, see and treat, minor injuries unit, fast track, emergency department, legal aspects* sono state combinate come parole libere. È stata effettuata anche una ricerca utilizzando Google Scholar. Per ampliare i risultati della ricerca si è ricorso alla funzione *related articles* e alla consultazione delle bibliografie degli articoli selezionati. I risultati sono riportati nella Tabella I.

Stringhe di ricerca	Motore di ricerca	Limiti	Articoli trovati	Articoli selezionati
("Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Emergency Nursing"[Mesh]) AND ("see and treat" OR "minor injuries unit" OR "fast track" OR "emergency nurse practitioner ")	Pubmed	10 anni, lingua italiana o inglese	112	32
“see and treat” AND “emergency department”	Pubmed	10 anni	8	5
“see and treat” AND “legal aspects”	Pubmed	10 anni	1	1

"emergency nurse practitioner" AND "emergency department"	Pubmed	10 anni, lingua italiana o inglese	36	15
"emergency nurse practitioners" AND "see and treat" AND "emergency department"	Google Scholar	10 anni, lingua italiana o inglese	63	15
“Related articles”				22
TOTALE (esclusi i doppi)				66

Tabella I: Risultati della ricerca bibliografica

Dopo attenta lettura di tutti gli *abstract*, sono stati selezionati gli articoli inerenti al tema, che evidenziassero ricadute significative per la professione infermieristica. In particolare, sono stati scelti articoli che presentassero gli *outcomes* dell'*Emergency Nurse Practitioners* e delle strutture in cui presta servizio, nei confronti degli utenti, dei professionisti sanitari e dell'organizzazione dei Dipartimenti di Emergenza. Sono stati selezionati 66 articoli, in lingua inglese o italiana. Per ampliare i risultati della ricerca si è ricorso alla funzione *related articles*. Successivamente si è provveduto a reperire per tutti il *full text*, quindi tutti gli studi sono stati analizzati in forma completa e sono riassunti nella Tabella all'Allegato 5. L'articolo più recente è del 2015, il più datato è del 2004, l'unico che non rispetta il limite dei 10 anni ma che è stato scelto in quanto significativo e citato in diversi articoli.

CAPITOLO 5: RISULTATI DELLA REVISIONE DI LETTERATURA

5.1 Strategie attuate: valutazione dell'efficacia dei modelli di gestione degli accessi non urgenti

5.1.1 Il modello See and Treat: origini e caratteristiche

Il *See and Treat* è una modalità di lavoro già da tempo in atto in molti Paesi europei, in particolare nel Regno Unito, in cui è presente fin dagli anni '80 ma diventa ufficialmente visibile con l'esperienza del Dipartimento di Emergenza dell'Ospedale di Kettering, dove nasce come tentativo di risposta al sovraffollamento e alle conseguenti lunghe attese per la maggior parte degli utenti con problemi clinici non urgenti. Questo modello ha avuto rapida diffusione a livello nazionale; in Inghilterra, infatti, il 20% degli ospedali ha adottato il *See and Treat* come un efficace sistema per trattare i pazienti che si presentano nel DE con problemi di salute o traumi minori. Il *National Health Service* (NHS), nel 2004, ha diffuso una pubblicazione informativa, *Emergency Services Collaborative. Making See and Treat Work for Patients and Staff*, ove sono indicate finalità e funzionamento di questo modello, oltre che linee guida e modalità operative per il personale medico e infermieristico (7).

Questo tipo di risposta ha trovato più facile applicazione nei Paesi nord-europei dove da molti anni gli infermieri svolgono in autonomia professionale compiti di assistenza clinica che in Italia sono culturalmente riconosciuti come propri della professione medica.

Secondo questo modello, nella fase di *Triage*, oltre alla priorità, viene assegnato un percorso specifico, che prevede la presa in carico da parte di un Infermiere, opportunamente formato, in grado di erogare un'assistenza sanitaria di alta qualità, trattando dei problemi di salute sulla base di protocolli clinico-assistenziali, unitamente alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie.

Gli obiettivi dell'adozione del modello *See and Treat* prevedono un minor tempo di attesa e di permanenza in Pronto Soccorso con conseguente riduzione del problema del sovraffollamento, mantenendo un'adeguata presa in carico dei bisogni dei cittadini e garantendo quindi un'assistenza di alta qualità con maggiore soddisfazione sia dei pazienti che dei professionisti coinvolti.

Le caratteristiche del *See and Treat* possono essere così riassunte: 1. Dal consueto *Triage* scaturiscono due accessi distinti, uno per i casi più gravi ed uno per le urgenze minori, cui appartiene il *See and Treat* propriamente detto; 2. Esiste un'area *See and Treat*, di solito adiacente al Pronto Soccorso, con personale proprio; 3. Chi accede al *See and Treat* è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, Infermiere o Medico, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine; 4. Gli operatori addetti al *See and Treat* devono essere nel numero necessario per prendere in carico immediatamente il paziente ed evitare il determinarsi di lunghe code; 5. Il personale dell'area *See and Treat* è costituito dagli operatori più esperti e comunque deve aver ricevuto una formazione specifica per le patologie di competenza; 6. Viene ammessa al *See and Treat* una casistica selezionata per appropriatezza (7).

Gli aspetti innovativi del modello inglese sono quelli dei criteri 1 e 3, ovvero la sostituzione della funzione di *Triage* con una più semplice discriminazione iniziale fra casi urgenti e casi non urgenti, e, per le urgenze minori, la completa presa in carico del caso da parte del primo operatore disponibile, indifferentemente rispetto alla professionalità medica e infermieristica. È indubbiamente questa ultima l'innovazione più significativa, che si è dimostrata valida per promuovere l'Infermiere da un apporto prevalentemente collaborativo ad una fase operativamente autonoma. Parallelamente, la prescrizione del criterio n. 5 costituisce una garanzia di mantenimento della qualità della prestazione.

In articoli recenti sono stati sottolineati i potenziali punti di forza del modello, riassumibili nelle espressioni:

- *“relative advantage* (“vantaggio relativo” del *See and Treat* nei confronti del triage, sistema che non di rado incrementa la formazione di code, causando disagi);
- *compatibility* (il *See and Treat* potrebbe risultare compatibile con le necessità dei pazienti e dello staff, diminuendo i tempi di attesa al PS);
- *trialability* (possibilità di valutare in modo strutturato il modello *See and Treat* per un breve periodo con una fase di pre-planning);
- *observability* (il *See and Treat* è particolarmente semplice da osservare, anche in termini di risultati prodotti, che appaiono infatti immediati);
- *complexity* (il modello è semplice da comunicare e da mettere in pratica)” (15).

Questo modello è stato indentificato come una strategia per aiutare a raggiungere l'obiettivo, previsto dal *National Health Service* (NHS), di visitare e dimettere i pazienti entro 4 h dall'arrivo al DE (15,16).

Gli studi analizzati incoraggiano l'introduzione del modello in quanto comporta una riduzione del tempo medio di attesa dei pazienti visitati nel Dipartimento di Emergenza (15,17,18), il miglioramento dei percorsi assistenziali dei pazienti, l'aumento della soddisfazione del personale e dell'utenza (15,18).

In una prospettiva di *Evidence Based Health Care*, una valutazione globale del *See and Treat* è chiamata a considerare anche gli elementi del modello ancora migliorabili. In particolare gli aspetti negativi individuati sono: le evidenze della migliore ricerca clinica e organizzativa a supporto ancora frammentarie, in quanto spesso non derivanti direttamente da trial clinici controllati di confronto (con il *Triage* standard ad esempio) e/o provenienti da singole esperienze piuttosto che da uno studio sistematico; "inappropriatezza" dell'utilizzo del personale infermieristico più esperto per la presa in carico dei pazienti meno urgenti ed impegnativi; la mancanza di risorse e di finanziamenti; il possibile utilizzo di risorse professionali non sempre all'altezza (formazione a volte affrettata); l'esigenza di uno spazio dedicato (7,18).

L'adozione del modello *See and Treat* necessita di una riorganizzazione dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza che preveda la realizzazione di una struttura esclusivamente dedicata e in grado di diversificare il flusso dei pazienti più gravi da quelli con patologie minori, garantendo per entrambe le categorie il più efficace ed efficiente utilizzo delle risorse umane, strutturali e tecnologiche di cui dispone l'azienda ospedaliera.

È emersa, inoltre, la necessità di valutare preliminarmente i benefici e l'impatto sulla qualità delle cure, oltre al fatto che il *See and Treat* dovrebbe essere adattato alle caratteristiche specifiche delle singole realtà (18).

5.1.2 Il modello *Fast-Track*

Nella letteratura presa in esame, il *Fast Track* (FT) è il modello di gestione degli accessi non urgenti più spesso descritto e applicato negli ultimi 30 anni. Si tratta di unità operative afferenti al Dipartimento di Emergenza il cui staff dedicato è composto da Medici e da *Emergency Nurse Practitioners* (ENPs); questi ultimi sono Infermieri con una formazione specifica avanzata che lavorano in autonomia ma, in caso di dubbio, si possono avvalere

della consulenza del personale medico del Dipartimento di Emergenza (DE)(19). L'Infermiere di *Triage* indirizza all'unità FT i pazienti che presentano condizioni di non urgenza, che non necessitano di ricovero o diagnostica multipla. Le modalità di applicazione del modello FT possono variare per essere adattate ai vari contesti tanto che in letteratura si parla anche di *See & Treat* e di *Minor Injuries Units*.

Dagli studi analizzati emerge che l'introduzione di unità *Fast Track* nei Dipartimenti di Emergenza porta ad una diminuzione dei tempi d'attesa (1,19-24), dei tempi di permanenza in DE (1,19-27,30,35), del numero degli allontanamenti spontanei prima della visita (1,19,20,21,23-25,27), e all'erogazione di cure appropriate e di qualità (1,19,20,21,23,24,28) con un ragionevole rapporto costo-efficacia(19,21,26). Le ricerche dimostrano che la soddisfazione dei pazienti è fortemente legata ai tempi d'attesa (21,29-31); il FT costituisce, quindi, un valore aggiunto per i DE affollati in quanto la diminuzione dei tempi d'attesa migliora il flusso degli utenti e aumenta la soddisfazione dei pazienti (1,19-29,32). Inoltre, il FT non influisce negativamente sulle cure dei pazienti più urgenti (1,21,23,24), anzi, la presa in carico dei pazienti con codici minori da parte di Infermieri con Competenze Avanzate (ENP) permette al personale medico di concentrarsi sui casi a più alta priorità.

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 ha permesso di offrire migliori possibilità al personale infermieristico, aumentandone le competenze cliniche avanzate (25,27), ma allo stesso tempo presuppone che i sistemi sanitari affrontino il problema del lavoro interprofessionale (19).

5.2. Efficacia del ruolo dell'Infermiere con Competenze Avanzate per la gestione dei percorsi dei codici minori

Dalla letteratura emerge che per erogare un'assistenza efficace agli Utenti dei Dipartimenti di Emergenza, all'interno dei modelli precedentemente descritti, si è reso necessario introdurre figure professionali con competenze avanzate, prima fra tutte quella dell'*Emergency Nurse Practitioner* (ENP). Il *Nurse Practitioner* (NP) è una figura infermieristica con competenze avanzate in ambito diagnostico e di trattamento, che permette la presa in carico dei problemi di salute dei pazienti non solo da un punto di vista

assistenziale, ma anche clinico, in contesti prevalentemente di *primary care* (territoriali), e poi nei dipartimenti di emergenza (*Emergency Nurse Practitioner*). Il NP, è stato istituito alcune decine di anni fa in Nord America, e dagli anni '90 è comparso anche nel Regno Unito, seppur con differenze legate ai contesti dei sistemi sanitari di provenienza. Questo ruolo si è sviluppato nel corso degli ultimi 25 anni, riscontrando alti livelli di soddisfazione dei pazienti e dimostrando la capacità di lavorare autonomamente in sicurezza utilizzando protocolli (33).

Nella presente trattazione si è scelto di fornire una panoramica generale delle competenze dell'ENP a livello internazionale in quanto riportare in maniera esaustiva le competenze e le abilità degli ENP, elencando gli interventi diagnostico-terapeutici messi in atto nelle varie realtà, considerata la loro variabilità, necessiterebbe di un capitolo a parte.

Uno studio condotto da Currie J. nel 2007 ha confrontato i ruoli di ENP nel Regno Unito, in Australia e in Nuova Zelanda ed è emerso che, sebbene esista un nucleo comune di funzioni fondamentali, ci sono ampie differenze tra i vari Paesi nei livelli accademici di preparazione, nel campo pratico di applicazione e nella regolamentazione del ruolo (34).

Nel Regno Unito il ruolo di ENP è stato formalmente riconosciuto nel 1986; da allora i servizi gestiti da ENPs hanno cominciato a diffondersi a livello nazionale ed hanno avuto una spinta significativa con l'introduzione nel 2004 del target di 4 ore per visitare, trattare e dimettere/ricoverare i pazienti, stabilito dal *National Health Service* (NHS) (35). Tra le competenze degli ENPs inglesi vi sono anche la richiesta e l'interpretazione delle radiografie, la prescrizione di esami del sangue e la prescrizione di antibiotici, analgesici ed altri farmaci. Nel Regno Unito però, a differenza di Canada, Australia e USA, manca una regolamentazione a livello nazionale circa la formazione dell'ENP (35,36).

In Australia gli ENPs valutano i pazienti con codice minore senza comorbidità e che non necessitano di una diagnostica multipla (29); trattano pazienti di tutte le età con possibilità di ricoverare, dimettere o richiedere visite specialistiche in autonomia dal DE. Fra le competenze degli ENPs australiani ritroviamo: richiesta ed interpretazione delle radiografie, trattamento di patologie minori che possono richiedere la prescrizione di farmaci da un prontuario limitato, certificazione assenze dal lavoro e trattamento di piccole lesioni agli arti (35,37). In questo Paese i sistemi di *Advanced Nursing* sono ampiamente diffusi, soprattutto nelle aree metropolitane (38). Per gli infermieri australiani, così come in Nuova Zelanda, diventare *Nurse Practitioner* 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 universitario specifico (*Master of Science in Emergency Nursing*) e almeno quattro anni di esperienza lavorativa (34). In Canada e negli USA, inoltre, rispetto ai Paesi sopra citati, gli ENPs hanno la responsabilità di interpretare l'elettrocardiogramma (35). Anche in questi Paesi l'ENP è una figura riconosciuta dalla legge; gli infermieri registrati, con una formazione post-base universitaria, devono sostenere un esame per diventare *Certified Emergency Nurse* (39). In Irlanda il ruolo di ENP è stato introdotto nel 1996.

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 (40). Nel 2007 in Scozia, il Lanarkshire Health Board, ha adottato un programma pilota dal titolo *Minor/Major Injury/Illness Nurse Treatment Services* (MINTS), finalizzato al trattamento di patologie minori, gestito da personale infermieristico specificatamente formato nei DE. I *Minor MINTS nurses* lavorano in autonomia dal Medico all'interno di unità *See and Treat*, riscontrando alti livelli di soddisfazione tra i pazienti (41).

In Italia, i primi passi verso il riconoscimento (non senza difficoltà) di nuove competenze per la professione infermieristica nel campo dell'emergenza sono stati compiuti nel 2010, quando la Regione Toscana ha dato inizio alla sperimentazione del modello *See and Treat* creando un percorso facilitato per i codici minori gestito da infermieri adeguatamente formati (vedi Capitolo 2).

Nonostante lo scetticismo e la diffidenza iniziali, in particolare da parte del personale medico, numerosi studi hanno dimostrato che gli ENPs sono capaci di fornire cure sicure ed efficaci ai pazienti con codici non urgenti, con standard paragonabili a quelli medici (18,42). Gli ENPs, infatti, hanno un indice di accuratezza diagnostica pari e in alcuni casi migliore di quello dei medici per quando riguarda prescrizione ed interpretazione delle radiografie (18,43,44), sanno riconoscere la necessità di somministrare analgesici ai pazienti (43) e forniscono maggiori informazioni ai pazienti (18,45,46); tuttavia impiegano più tempo nelle visite (gli ENPs tendenzialmente visitano 1-2 pazienti/ora contro i 3-4 pazienti/ora dei medici) (18).

Gli Infermieri con Competenze Avanzate sanno effettuare una valutazione olistica e specialistica dei pazienti, e si sono distinti per le capacità comunicative e di educazione

alla corretta gestione dei problemi di salute e al self care, anche nel particolare contesto dell'emergenza (18,19,30,45,45-50).

Bambi S. e colleghi in uno studio del 2008 individua le caratteristiche che deve avere un ENP per garantire una pratica sicura ed efficace: esperienza, buon senso, capacità di accettare le responsabilità, di riconoscere i propri limiti, e di chiedere aiuto (18).

I benefici maggiormente riportati in letteratura derivanti dall'introduzione nel Dipartimento di Emergenza dell'*Emergency Nurse Practitioner* sono: diminuzione dei tempi d'attesa (5,21,22,29,30,38,42,43,47,51-53) e dei tempi di permanenza in ED (22,30,38,43,47,51,52,54-56), aumento del grado di soddisfazione dei pazienti (5,18,21,22,28-30,32,45-48,51,57) mantenendo adeguati standard di qualità nella risposta ai problemi clinici minori (5,18,21,22,30-32,37,43,46-48,51,55) fornendo quindi cure efficaci e sicure (18,22,28,43,48,50-52,55,56,58,59).

Inoltre, alcune ricerche dimostrano che l'introduzione di ENP nei DE ha l'effetto di ridurre i tempi d'attesa per tutti gli utenti, non solo per quelli con problematiche minori (42).

La soddisfazione dei pazienti per i servizi offerti dagli ENPs non è mai risultata inferiore a quella espressa per il trattamento da parte di un Medico (30). I fattori chiave per l'alta soddisfazione dei pazienti sono le capacità di comunicazione e di educazione degli *Emergency Nurse Practitioners* (35,39,45,46), la qualità delle informazioni fornite (35,39,46) e la riduzione dei tempi d'attesa (35,39). La maggior parte degli studi sono d'accordo nell'affermare che il ruolo di ENP ha avuto effetti positivi nel ridurre il sovraffollamento (35,40,47,58), nel migliorare il flusso degli utenti all'interno del DE (21,60) e nel permettere al personale medico di concentrarsi sui casi a più alta priorità (35,49,60,60-62); tuttavia emerge una non sempre chiara comprensione del ruolo e delle competenze dell'ENP.

Molti studi (soprattutto del Regno Unito) individuano la necessità di un riconoscimento standardizzato a livello nazionale del ruolo, delle competenze e della formazione dell'ENP; ciò permetterebbe una maggiore trasparenza del ruolo favorendone una più ampia comprensione da parte degli operatori sanitari e degli utenti (31,34-36,47,63-66).

Affinché l'implementazione del servizio offerto da ENP nelle cure d'emergenza abbia successo è necessario che il personale sanitario e i pazienti ne conoscano e accettino il ruolo e le funzioni; inoltre, devono essere chiariti i confini inter-professionali (28,33,48,63,67,68). A seguito dell'implementazione del servizio andrebbero indagate le

opinioni degli utenti (63). Uno studio condotto da Searle J. nel 2008 ha sottolineato come il successo dell'implementazione del servizio offerto da ENPs sia dipeso anche dalle campagne di pubblicità/ informazione sul ruolo e le funzioni dell'ENP, dall'utilizzo di protocolli basati sull'evidenza e di revisioni periodiche, dal coinvolgimento e supporto degli operatori interessati (62).

Una chiara comprensione del ruolo dell'ENP è una premessa fondamentale per poterne giudicare le prestazioni: in alcuni studi, infatti, è emerso che coloro (medici, infermieri o utenti) che non hanno chiaro il ruolo e le competenze di questa figura sono incerti sul valore da attribuirgli, sono diffidenti oppure sono più portati ad esprimere giudizi negativi. (31,61,64,67). Invece, i pazienti che in passato sono già stati trattati da ENP ed i medici che hanno avuto modo di conoscerne meglio il ruolo a seguito dell'introduzione di ENP nel DE, sono più favorevoli e ne riconoscono le capacità (39,61,64,67,69,70).

Gli studi indicano che, generalmente, gli atteggiamenti degli infermieri e in particolare dei medici d'emergenza, nei confronti dell'introduzione di un servizio di ENP nelle cure d'emergenza, sono positivi (31,37,61-63,65).

Dalle interviste agli ENPs emerge che un fattore chiave di motivazione per il ruolo è stata la soddisfazione sul lavoro e la conseguente riduzione delle frustrazioni e dello stress (31,62). È evidente che gli ENPs sono soddisfatti di offrire le proprie competenze sul campo e di vedere l'effetto positivo che le loro abilità hanno sul servizio; gli ENPs vedono ampliarsi le proprie prospettive di carriera (31), tuttavia rimproverano la mancanza di un adeguato riconoscimento economico (33,64).

Tra i fattori che non incoraggiano lo sviluppo del ruolo e l'introduzione degli ENPs nei DE vi sono: la necessità di finanziamenti e la carenza di fondi (18,36,47,62,71), i problemi di tipo medico-legale (18,47,71), la difficoltà di accettazione da parte del team multidisciplinare e dell'opinione pubblica (18,31,47,71), il conflitto inter-professionale (62) e le preoccupazioni legate al fatto che diventino ENP gli infermieri di maggior esperienza, togliendo così le loro capacità e conoscenze dalla frenesia dell'ED (33).

Alcuni studi riportano preoccupazioni circa il fatto che l'ENP venga visto come un "sostituto del Medico"; l'introduzione dell'Infermiere con Competenze Avanzate nei Dipartimenti di Emergenza deve essere invece considerata come un valore aggiunto al servizio attualmente fornito, in integrazione delle altre professioni (33,43,61), anche in termini di promozione della salute e capacità di comunicazione (18,47).

Non esiste un confine definito reale tra il ruolo del Medico e quello dell'Infermiere; ciò da un lato è positivo perché promuove la collaborazione interprofessionale, dall'altro può causare conflitti (65). Affinché il modello funzioni, quindi, è necessario che ci sia un rapporto basato sulla collaborazione e sulla fiducia tra medici, infermieri, ENP e gli altri professionisti sanitari (28,39,69).

Per quanto riguarda il rapporto costi/efficacia degli ENPs i dati sono pochi e contrastanti: in alcuni studi è risultato superiore rispetto a quello dei medici d'emergenza (18), in particolare nei DE ad alto volume di utenza. Mentre nei DE che accolgono un volume minore di utenza ma sovraffollati a causa del grande numero di pazienti con codici a bassa priorità, gli ENPs possono rappresentare una soluzione valida ed efficace, permettendo un uso ottimale delle limitate risorse mediche e migliorando l'accesso alle cure per gli utenti (47).

La natura della figura dell'Infermiere con Competenze Avanzate deve adattarsi alle esigenze del territorio, tenendo conto degli *outcomes* sull'utente, dei costi e della possibile sovrapposizione di ruolo con il personale medico (18,72). Si raccomanda, inoltre, di effettuare una valutazione e un monitoraggio continui delle prestazioni dell'ENP e del servizio in cui opera per assicurare una risposta efficace alle mutevoli esigenze della popolazione (73).

5.3 Riferimenti normativi: l'evoluzione della professione infermieristica in Italia

In passato, le attività svolte dall'Infermiere erano solo la mera esecuzione di ordini impartiti dai medici, mentre oggi con l'abrogazione del *Mansionario* si è aperta una nuova stagione per la responsabilizzazione della professione. La legge sulle *Disposizioni in materia di professioni sanitarie* (L.26/2/99, n.42), ha abolito il termine "professioni sanitarie ausiliarie" e lo ha trasformato in "professioni sanitarie", eliminando definitivamente il *Mansionario* (regolamento approvato con DPR. 14 marzo 1974 n. 225) e definendo il campo proprio di responsabilità dell'Infermiere. All'art. 1 della legge 42/1999, si legge: "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali [il riferimento attuale è il DM 14 settembre 1994, n. 739] e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di

formazione post-base, nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.” La legge sottolinea l'esistenza di un “campo proprio”, quindi esclusivo, dell'Infermiere che determina anche un campo di “responsabilità”. I due criteri limite previsti dalla legge 42/1999 sono determinati dalle “competenze previste per le professioni mediche” e dal “rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”. Il primo dei due criteri postula una lettura non semplicissima e non strettamente giuridica in quanto non esiste una definizione generale dell'attività medica. Il secondo criterio, il “rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”, obbliga ogni professione al “rispetto reciproco” delle competenze e quindi del “campo proprio” di attività e di responsabilità (74,75).

Il riferimento alla responsabilità e all'autonomia professionale dell'agire dell'infermiere è più volte richiamato nel *Codice Deontologico*, a sottolineare l'ormai raggiunta presa di coscienza della categoria (vedi Allegato 3).

Vale la pena ricordare che le competenze professionali infermieristiche che si sono affinate, perfezionate e consolidate negli ultimi dieci anni, hanno espresso una realtà operativa già di fatto autonoma nelle terapie intensive ed in emergenza-urgenza. Si pensi ad esempio all'Infermiere di *Triage*, o all'Infermiere sui mezzi di soccorso 118: siamo di fronte a figure professionali che hanno il compito di stabilire la criticità dell'evento, interpretare segni e sintomi, svolgere attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali e talvolta, secondo protocolli predefiniti, sono chiamati a somministrare farmaci e praticare iniezioni in autonomia (*D.P.R. 27 marzo 1992 e successive Linee Guida sul sistema di emergenza-urgenza sanitaria in applicazione del Decreto del Ministero della Sanità pubblicate il 17/05/1996*). In tali attività non si può che ravvisare un'autonomia decisionale a valenza non solo diagnostica ma anche terapeutica, incentrata sì su protocolli predeterminati, ma la cui applicazione richiede evidentemente che l'Infermiere si attivi anche sul piano diagnostico.

Le norme citate possono essere considerate come concreti presupposti normativi, applicabili all'attività di *See and Treat*, ove, in assenza del Medico, un Infermiere adeguatamente preparato (meglio se specialista e post-laurea, e dopo adeguato tirocinio) con il supporto di linee guida e prescrizioni protocollari, può assumere un ruolo

diagnostico per individuare i codici bianchi facenti parte della casistica *See and Treat* e per espletare, successivamente, l'attività terapeutica (7).

Secondo quanto affermato nel *Bollettino Ufficiale* della sperimentazione toscana (76), identificare le patologie che possono essere trattate in maniera autonoma dall'Infermiere *See and Treat* rappresenta il punto di partenza per garantire l'efficacia e la sicurezza per l'esercizio di una autonomia operativa in un contesto legislativo che, al momento, ne definisce solo la cornice, seppur con finalità propositive. Pertanto, la strada da perseguire non si esaurisce solo attraverso un'adeguata formazione e organizzazione, ma anche nel clima di fiducia tra i diversi professionisti esercenti la professione sanitaria, con il fine di sostenere il personale infermieristico nell'esercizio della sua autonomia operativa. Concludendo, i principi dell'agire infermieristico non si vogliono certo porre in contrapposizione con la professione medica ma vanno considerati in un sistema interdipendente, secondo una visione unitaria della cura della persona.

CAPITOLO 6: DISCUSSIONE

Dall'analisi della letteratura è emerso che il sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza è un problema comune in gran parte del mondo ed esistono numerose e valide strategie attuabili per affrontarlo. L'introduzione del *Triage*, pur salvaguardando la salute dei pazienti con bisogni di cura più urgenti, non scioglie il nodo del sovraffollamento nei servizi di emergenza: infatti, trattare i pazienti più gravi nel minor tempo possibile, significa far attendere a lungo i codici minori (2). 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 (19).

A tal proposito i pazienti a minor gravità assistenziale possono essere gestiti, dall'ingresso in ambulatorio fino alla dimissione, dal solo personale infermieristico esperto e formato appositamente per la gestione di alcuni problemi di salute, seguendo protocolli operativi. In caso di segnali/criteri di esclusione, l'Infermiere invierà il paziente al tradizionale accesso al Pronto Soccorso per una valutazione medica.

Dalla letteratura analizzata è emerso che in diversi Paesi (es. Regno Unito, Usa, Australia) sono già da anni presenti ambulatori *See and Treat* o Unità *Fast Track* gestiti da *Emergency Nurse Practitioners*, ossia Infermieri con Competenze Avanzate formati per gestire e trattare in autonomia una casistica definita di pazienti. Questo ruolo si è dimostrato efficace non solo per rispondere al problema del sovraffollamento e dei tempi di attesa ma anche nell'aumentare la soddisfazione degli utenti senza ridurre la qualità delle cure erogate, nel caso in cui tale figura venga paragonata al personale medico. In particolare, l'ENP si è distinto per il suo approccio olistico alla cura della Persona e per le capacità relazionali, comunicative ed educative.

Gli *oucomes* più significativi emersi dall'analisi della letteratura degli ultimi 10 anni, derivanti dall'introduzione di *Emergency Nurse Practitioner* per la gestione degli utenti con codici a bassa priorità, possono essere suddivisi in tre assi principali: persona/utente, professione ed organizzazione. Per quanto riguarda gli *oucomes* sulla persona è stato evidenziato un aumento della qualità percepita dell'assistenza e un aumento della soddisfazione legato in particolare alla diminuzione dei tempi d'attesa, alle capacità di comunicazione ed educazione degli ENPs e alla qualità delle informazioni fornite; tutto questo mantenendo adeguati standard di sicurezza delle cure. Significative sono anche le

ricadute sulla professione infermieristica in quanto è stata evidenziata un'alta soddisfazione sul lavoro con conseguente riduzione delle frustrazioni e dello stress, oltre ad un ampliamento delle prospettive di carriera anche se questo non sempre corrisponde ad un adeguato riconoscimento economico. Per quanto riguarda infine gli *outcomes* relativi all'organizzazione è stata documentata una riduzione dei tempi di attesa e di permanenza nei Dipartimenti di Emergenza dei pazienti con codici minori; una riduzione degli allontanamenti spontanei, delle riammissioni nei DE ed un miglioramento del sovraffollamento e del flusso dei pazienti, mantenendo adeguati standard di qualità delle cure anche in termini di efficacia e sicurezza. (Per i riferimenti bibliografici precisi si rimanda al Capitolo 4.2)

I risultati che sono stati ottenuti con l'introduzione di questo ruolo nei Dipartimenti di Emergenza hanno portato Paesi come il Regno Unito, il Canada, gli Usa, l'Australia e l'Irlanda 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. 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. La forza di superare le resistenze da parte della categoria medica 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 un dialogo onesto, volto a superare l'attuale arrogante difesa delle professioni e dei poteri, per mettere al centro la Persona Utente, non il professionista (19).

Descrivere nel dettaglio le competenze 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. La natura della figura dell'Infermiere con Competenze Avanzate deve infatti adattarsi alle esigenze del territorio, tenendo conto degli *outcomes* sull'utente, dei costi e della possibile sovrapposizione di ruolo con il personale medico (10,62). Si raccomanda, inoltre, di effettuare una valutazione e un monitoraggio continui delle prestazioni dell'ENP e del servizio in cui opera per assicurare una risposta efficace e sicura alle mutevoli esigenze della popolazione (63). 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, non

può si prescindere da un riconoscimento degli Organi professionali istituzionali e dalla difesa da parte di una puntuale legislazione dello Stato.

Prendersi cura dei pazienti che si presentano nei Dipartimenti di Emergenza con problematiche non gravi, richiede agli infermieri di avere conoscenze, capacità, competenze e sicurezza adeguati per valutare, diagnosticare e trattare i problemi di salute dei pazienti. Nell'intraprendere questo ruolo, l'Infermiere deve anche essere a conoscenza dei propri limiti e delle problematiche professionali che possono insorgere. Gli ENPs devono basare le proprie cure su evidenze scientifiche e devono possedere conoscenze e competenze che permettano loro di garantire cure sicure ed efficaci in autonomia, senza una supervisione diretta (77).

Nella Regione Veneto ancora non si parla di *See and Treat* ma è stata recentemente emanata una bozza intitolata *Indirizzi tecnico-operativi per il Triage di Pronto Soccorso* in cui si prevede l'introduzione di due possibili modalità organizzative con l'obiettivo di snellire i percorsi diagnostico-terapeutici fornendo cure sicure ed efficaci, con una riduzione dei tempi di attesa, di permanenza e dunque del sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza (Allegato 4). In particolare si propone l'introduzione di un'*Area Infermieristica Avanzata* a cui si accede subito dopo il *Triage di Accesso* le cui funzioni sono: - presa in carico e monitoraggio osservato dei codici gialli; - avvio di percorsi operativi per problemi maggiori e frequenti; - *Triage* avanzato pediatrico; - procedura dolore; - procedura di nursing per problema sanitario (es: epistassi, vomito, stabilizzazione di traumi/ferite, ritenzione urinaria...); - gestione del paziente fragile; *Triage* avanzato per problemi minori; differimento ad altra struttura se previsto dalle procedure aziendali.

Le competenze avanzate degli infermieri rappresentano il normale sviluppo di una professione che, nei fatti, ha già compiuto in moltissime realtà sul territorio nazionale i passi indicati nella *Bozza di Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'Infermiere e dell'Infermiere pediatrico*, la quale è stata approvata dalla Commissione salute delle Regioni fin dall'inizio del 2013. La novità più importante riguarda la formazione in quanto si mettono in essere le condizioni perché si attui la figura dell'Infermiere specialista, già prevista dall'articolo 6 della L. 43/2006. In pratica, come già

avviene per i medici, anche per il percorso formativo dell'Infermiere si prevede la possibilità di arricchire ed implementare le proprie competenze in materie specifiche, suddivise in macro-aree (cure primarie - servizi territoriali/distrettuali; intensiva e dell'emergenza-urgenza; medica; chirurgica; neonatologica e pediatrica; salute mentale e dipendenze). Rispetto al precedente Accordo, si specifica che le esperienze già messe in atto in alcune Regioni per promuovere lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell'Infermiere, dovranno essere ricondotte alle modalità e ai percorsi definiti da questo accordo. In questo modo si dovrebbe risolvere il problema della difformità di modelli che negli anni si sono diffusi sul territorio nazionale, soprattutto in seguito ad alcune sperimentazioni avviate in Regioni come la Toscana e l'Emilia Romagna, ma soprattutto si dà riconoscimento e dignità nazionale alle esperienze pilota e di avanguardia avviate da queste Regioni.

Richiamando i contenuti della Bozza di Accordo tra il Governo e le Regioni, la Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi nell'aprile 2015 ha approvato un documento, *Evoluzione delle competenze infermieristiche*, in cui viene proposta una riformulazione del Sistema formativo infermieristico indicando tipologia funzionale, percorso formativo e agibilità nell'organizzazione dell'Infermiere con competenze cliniche “perfezionate”, “esperte” o “specialistiche”.

Per quanto riguarda i limiti dell'analisi di letteratura effettuata è da sottolineare la mancanza di studi di alta qualità metodologica che indagano gli *oucomes* derivanti dall'introduzione dell'Infermiere con Competenze Avanzate nei servizi per la gestione degli utenti con codici a bassa priorità nei Dipartimenti di Emergenza. Ciò è dovuto dalla disomogeneità del titolo, della formazione, del ruolo e delle competenze che possiedono gli *Emergency Nurse Practitioners* nelle varie Realtà a livello internazionale, oltre alla grande varietà in termini strutturali e del tipo di utenza dei servizi in cui gli ENPs operano; questo rende dunque difficile effettuare confronti (30). Sono necessari ulteriori ricerche e studi esplorativi di qualità metodologica e con campioni più grandi per quantificare con maggior precisione gli *outcomes* del servizio di ENP (18,21,28,30,35,58,78) e i costi associati (22).

CAPITOLO 7: CONCLUSIONI

Dalla letteratura analizzata è emerso che gli Infermieri con Competenze Avanzate nel campo delle cure d'emergenza, definiti *Emergency Nurse Practitioners*, hanno migliorato notevolmente le cure fornite ai pazienti con problemi clinici minori. Gli studi hanno dimostrato che l'introduzione nei Dipartimenti di Emergenza di percorsi *See and Treat* e *Fast Track* in cui gli utenti con problemi di salute minori vengono gestiti da un *Emergency Nurse Practitioner* ha portato a notevoli benefici tra i quali: la riduzione del tempo di attesa per la visita medica, del tempo di permanenza nel DE e del sovraffollamento, l'aumento del grado di soddisfazione dei pazienti mantenendo adeguati standard di qualità delle cure e l'aumento della soddisfazione degli infermieri ENPs. Gli *Emergency Nurse Practitioners*, hanno dimostrato di possedere non solo buone capacità tecniche ma in particolare si sono distinti per le capacità educative e comunicative, molto apprezzate da parte degli utenti. Dagli studi emerge che l'assistenza erogata dagli ENPs raggiunge standard equiparabili, e talvolta superiori, a quelli evidenziati per l'assistenza medica, nella gestione di una casistica di utenti con codici a bassa priorità. Gli *Emergency Nurse Practitioners* permettono quindi al personale medico di concentrarsi sugli utenti con problematiche più gravi e urgenti, ottenendo così una migliore gestione delle risorse a disposizione.

In Italia, nonostante una generale diffidenza e ostilità verso questo nuovo ruolo, manifestata in particolare dal personale medico, le esperienze di *See and Treat* in Toscana, Emilia Romagna e Lazio si sono dimostrate e si stanno tuttora dimostrando di successo.

La normativa in tema di esercizio professionale non è in contrasto con l'introduzione di questa figura, anzi, offre elementi per un ulteriore sviluppo professionale.

In Italia i tempi sono maturi per un effettivo riconoscimento delle Competenze Avanzate degli infermieri. Questo cambiamento richiede coraggio e impegno per fornire risposte idonee ai bisogni degli utenti e necessità 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.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Goransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2011 Jul 19;19:43-7241-19-43.
- (2) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali AGENAS. Assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso: evidenze e indirizzi. *Quaderni di Monitor* 2013;32(11).
- (3) Giusti,M.,Ricci,E.,Galli,M.,Pratesi,S.,Fronduti,C.,Laurenti,S. See & Treat infermieristico: dalle esperienze internazionali alla sperimentazione in Toscana. *Obbiettivo professione infermieristica, IPASVI Firenze* 2010;2/2010:4-7.
- (4) Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Pronto Soccorso e sistema 118. Milestone 1.3 - Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (triage PS e 118). 2007; Available at: http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/MDS_MATTONI_SSN_milestone_1.3_triage_v1.0.pdf. Accessed 5 Ago, 2015.
- (5) Radice C, Ghinaglia M, Doneda R, Bollini G. 'See and Treat' in the Emergency Department: legal aspects and professional nursing responsibility. *Prof Inferm* 2013 Jul-Sep;66(3):175-181.
- (6) Consiglio Sanitario della Regione Toscana. Proposta di sperimentazione del modello "See and Treat" in Pronto Soccorso. 2007; Available at: <http://www.ipasviaq.it/allegati/sperimentazione-toscana.pdf>. Accessed 5 Ago, 2015.
- (7) Bonelli, A., Zei, G. Il modello "See and Treat" nei servizi di Pronto Soccorso: profili normativi ed aspetti medico-legali. *Riv It Med Leg* 2009 3/2009;31(3):611.
- (8) Ministero della Salute. I codici colore gravità (triage). 2008-aggiornato nel 2013; Available at: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1052&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto. Accessed 20 Ago, 2015.
- (9) Linee di indirizzo per l'attività di Triage presso i Pronto Soccorso piemontesi. 19.5.2005; Available at: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2005/20/siste/00000139.htm>. Accessed 23 Ago, 2015.
- (10) Rosselli,A.,Francois,C.,Massai,D.,Becattini,G.et al. Risultati della sperimentazione del See and Treat. Analisi dei dati e sviluppi futuri. *Toscana Medica* 2011 Ottobre 2011;9:17-19.
- (11) Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Bologna. Esposto a carico delle Regioni Emilia Romagna e Toscana per profili di interesse di possibile violazione - da parte di enti, organi e/o soggetti di riferimento anche normativo - degli artt. 348 c.p. e 8 L.175/94. 2010 Bologna, 5 ottobre 2010.
- (12) Silvestro A. La posizione dell'IPASVI. *L'Infermiere* 2010 23 novembre 2010;6:3.

- (13) Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU). Simeu nota esposto Ordine dei Medici di Bologna. 2010; Available at: <http://www.romagnanursind.it/notizie-romagna-nursind/item/3-le-controversie-del-see-treat>. Accessed 6 Ago 2015.
- (14) Benci L. I principali reati a carico dell'infermiere. Aspetti giuridici della professione infermieristica. Milano: McGraw-Hill; 2008. p. 85-90,146-150.
- (15) Lamont SS. "See and Treat": spreading like wildfire? A qualitative study into factors affecting its introduction and spread. *Emerg Med J* 2005 Aug;22(8):548-552.
- (16) Banerjee A, Mbamalu D, Hinchley G. The impact of process re-engineering on patient throughput in emergency departments in the UK. *Int J Emerg Med* 2008 Sep;1(3):189-192.
- (17) Rogers T, Ross N, Spooner D. Evaluation of a 'See and Treat' pilot study introduced to an emergency department. *Accid Emerg Nurs* 2004 Jan;12(1):24-27.
- (18) Bambi S, Giusti M, Becattini G. See & treat emergency department: the shift from doctors to nurses with advanced skills. A literature review. *Assist Inferm Ric* 2008 Jul-Sep;27(3):136-144.
- (19) Bornaccioni C, Coltella A, Pompei E, Sansoni J. Non-urgent access to care and nurses' roles in the Emergency Department: a narrative literature review. *Prof Inferm* 2014 Jul-Sep;67(3):139-154.
- (20) Aksel G, Bildik F, Demircan A, Keles A, Kilicaslan I, Guler S, et al. Effects of fast-track in a university emergency department through the National Emergency Department Overcrowding Study. *J Pak Med Assoc* 2014 Jul;64(7):791-797.
- (21) Quattrini V, Swan BA. Evaluating care in ED fast tracks. *J Emerg Nurs* 2011 Jan;37(1):40-46.
- (22) Wylie K, Crilly J, Toloo GS, FitzGerald G, Burke J, Williams G, et al. Review article: Emergency department models of care in the context of care quality and cost: a systematic review. *Emerg Med Australas* 2015 Apr;27(2):95-101.
- (23) Sanchez M, Smally AJ, Grant RJ, Jacobs LM. Effects of a fast-track area on emergency department performance. *J Emerg Med* 2006 Jul;31(1):117-120.
- (24) Devkaran S, Parsons H, Van Dyke M, Drennan J, Rajah J. The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: a Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emerg Med* 2009 Jun 17;9:11-227X-9-11.
- (25) Combs S, Chapman R, Bushby A. Fast Track: one hospital's journey. *Accid Emerg Nurs* 2006 Oct;14(4):197-203.
- (26) Considine J, Kropman M, Kelly E, Winter C. Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case-control study. *Emerg Med J* 2008 Dec;25(12):815-819.
- (27) Combs S, Chapman R, Bushby A. Evaluation of Fast Track. *Accid Emerg Nurs* 2007 Jan;15(1):40-47.

- (28) Lutze M, Ross M, Chu M, Green T, Dinh M. Patient perceptions of emergency department fast track: a prospective pilot study comparing two models of care. *Australas Emerg Nurs J* 2014 Aug;17(3):112-118.
- (29) Dinh M, Walker A, Parameswaran A, Enright N. Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors. *Australas Emerg Nurs J* 2012 Nov;15(4):188-194.
- (30) Jennings N, Clifford S, Fox AR, O'Connell J, Gardner G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2015 Jan;52(1):421-435.
- (31) Melby V, Gillespie M, Martin S. Emergency nurse practitioners: the views of patients and hospital staff at a major acute trust in the UK. *J Clin Nurs* 2011 Jan;20(1-2):236-246.
- (32) Nash K, Zachariah B, Nitschmann J, Psencik B. Evaluation of the fast track unit of a university emergency department. *J Emerg Nurs* 2007 Feb;33(1):14-20; quiz 90.
- (33) Hoskins R. Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care. *J Adv Nurs* 2012 Aug;68(8):1894-1903.
- (34) Currie J, Edwards L, Colligan M, Crouch R. A time for international standards?: comparing the Emergency Nurse Practitioner role in the UK, Australia and New Zealand. *Accid Emerg Nurs* 2007 Oct;15(4):210-216.
- (35) Hoskins R. Evaluating new roles within emergency care: a literature review. *Int Emerg Nurs* 2011 Jul;19(3):125-140.
- (36) McConnell D, Slevin OD, McIlpatrick SJ. Emergency nurse practitioners' perceptions of their role and scope of practice: is it advanced practice? *Int Emerg Nurs* 2013 Apr;21(2):76-83.
- (37) Lee G, Jennings N, Bailey M. An exploration of staff knowledge on the nurse practitioner's role in the emergency department. *Accid Emerg Nurs* 2007 Apr;15(2):79-87.
- (38) Considine J, Kropman M, Stergiou HE. Effect of clinician designation on emergency department fast track performance. *Emerg Med J* 2010 Nov;27(11):838-842.
- (39) Thrasher C, Purc-Stephenson R. Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada. *J Am Acad Nurse Pract* 2008 May;20(5):231-237.
- (40) van der Linden C, Lindeboom R, van der Linden N, Lucas C. Managing patient flow with triage streaming to identify patients for Dutch emergency nurse practitioners. *Int Emerg Nurs* 2012 Apr;20(2):52-57.
- (41) Corbett G, McGuigan T. Patient satisfaction. *Emerg Nurse* 2008 Jun;16(3):26-35.
- (42) Davidson J, Rogers T. A lesson from the UK? *Australasian Emergency Nursing Journal* 2005;8(1):5-8.
- (43) Thompson W, Meskell P. Evaluation of an Advanced Nurse Practitioner (Emergency Care)—An Irish Perspective. *The Journal for Nurse Practitioners* 2012 March 2012;8(3):200-205.

- (44) Lau LH, Kerr D, Law I, Ritchie P. Nurse practitioners treating ankle and foot injuries using the Ottawa Ankle Rules: a comparative study in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J* 2013 Aug;16(3):110-115.
- (45) Sandhu H, Dale J, Stallard N, Crouch R, Glucksman E. Emergency nurse practitioners and doctors consulting with patients in an emergency department: a comparison of communication skills and satisfaction. *Emerg Med J* 2009 Jun;26(6):400-404.
- (46) Jennings N, Lee G, Chao K, Keating S. A survey of patient satisfaction in a metropolitan Emergency Department: comparing nurse practitioners and emergency physicians. *Int J Nurs Pract* 2009 Jun;15(3):213-218.
- (47) Carter AJ, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *CJEM* 2007 Jul;9(4):286-295.
- (48) Dimeo M, Postic M. Lessons learned in developing and implementing the nurse practitioner role in an urban Canadian emergency department. *J Emerg Nurs* 2012 Sep;38(5):484-487.
- (49) Li J, Westbrook J, Callen J, Georgiou A, Braithwaite J. The impact of nurse practitioners on care delivery in the emergency department: a multiple perspectives qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2013 Sep 22;13:356-6963-13-356.
- (50) Lutze M, Ratchford A, Fry M. A review of the transitional emergency nurse practitioner. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2011;14(4):226-231.
- (51) McDevitt J, Melby V. An evaluation of the quality of Emergency Nurse Practitioner services for patients presenting with minor injuries to one rural urgent care centre in the UK: a descriptive study. *J Clin Nurs* 2015 Feb;24(3-4):523-535.
- (52) Fry M, Fong J, Asha S, Arendts G. A 12-month evaluation of the impact of Transitional Emergency Nurse Practitioners in one metropolitan Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2011;14(1):4-8.
- (53) O'Connell J, Gardner G, Coyer F. Profiling emergency nurse practitioner service: an interpretive study. *Adv Emerg Nurs J* 2014 Jul-Sep;36(3):279-290.
- (54) Jennings N, O'Reilly G, Lee G, Cameron P, Free B, Bailey M. Evaluating outcomes of the emergency nurse practitioner role in a major urban emergency department, Melbourne, Australia. *J Clin Nurs* 2008 Apr;17(8):1044-1050.
- (55) van der Linden C, Reijnen R, de Vos R. Diagnostic accuracy of emergency nurse practitioners versus physicians related to minor illnesses and injuries. *J Emerg Nurs* 2010 Jul;36(4):311-316.
- (56) Fry MM, Rogers T. The transitional emergency nurse practitioner role: implementation study and preliminary evaluation. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2009;12(2):32-37.
- (57) Dinh MM, Enright N, Walker A, Parameswaran A, Chu M. Determinants of patient satisfaction in an Australian emergency department fast-track setting. *Emerg Med J* 2013 Oct;30(10):824-827.

- (58) Considine J, Martin R, Smit D, Jenkins J, Winter C. Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department. *Int J Nurs Pract* 2006 Aug;12(4):205-213.
- (59) McClellan CM, Cramp F, Powell J, Bengner JR. A randomised trial comparing the clinical effectiveness of different emergency department healthcare professionals in soft tissue injury management. *BMJ Open* 2012 Nov 8;2(6):10.1136/bmjopen-2012-001092. Print 2012.
- (60) Wilson A, Shifaza F. An evaluation of the effectiveness and acceptability of nurse practitioners in an adult emergency department. *Int J Nurs Pract* 2008 Apr;14(2):149-156.
- (61) Jones M, Christoffis L, Smith S, Hodyl N. An exploration of the perceptions of Emergency Physicians and Trainees, towards Emergency Nurse Practitioners in Australia. *Australas Emerg Nurs J* 2013 May;16(2):73-80.
- (62) Searle J. Nurse practitioner candidates: Shifting professional boundaries. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2008;11(1):20-27.
- (63) Griffin M, Melby V. Developing an advanced nurse practitioner service in emergency care: attitudes of nurses and doctors. *J Adv Nurs* 2006 Nov;56(3):292-301.
- (64) Lloyd-Rees J. How emergency nurse practitioners view their role within the emergency department: A qualitative study. *Int Emerg Nurs* 2015 Jul 7.
- (65) Currie J, Crouch R. How far is too far? Exploring the perceptions of the professions on their current and future roles in emergency care. *Emerg Med J* 2008 Jun;25(6):335-339.
- (66) ENA NP Validation Work Team, Hoyt KS, Coyne EA, Ramirez EG, Peard AS, Gisness C, et al. Nurse Practitioner Delphi Study: competencies for practice in emergency care. *J Emerg Nurs* 2010 Sep;36(5):439-449.
- (67) Hart L, Mirabella J. A patient survey on emergency department use of nurse practitioners. *Adv Emerg Nurs J* 2009 Jul-Sep;31(3):228-235.
- (68) Levati S, Capitoni E. Impact of the role of Emergency Nurse Practitioners in the clinical management of patients in a UK Emergency Ward. *Prof Infirm* 2012 Apr-Jun;65(2):75-80.
- (69) Martin R, Considine J. Knowledge and attitudes of ED staff before and after implementation of the emergency nurse practitioner role. *Australasian emergency nursing journal* 2005;8(3):73-78.
- (70) McGee LA, Kaplan L. Factors influencing the decision to use nurse practitioners in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2007 Oct;33(5):441-446.
- (71) Keating SF, Thompson JP, Lee GA. Perceived barriers to the sustainability and progression of nurse practitioners. *Int Emerg Nurs* 2010 Jul;18(3):147-153.
- (72) Considine J, Lucas E, Payne R, Kropman M, Stergiou HE, Chiu H. Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing. *Australas Emerg Nurs J* 2012 Nov;15(4):219-228.
- (73) Conlon C, O'Connor C, Mc Brearty P, Carpenter B. Minor injury attendance times to the ED. *Int Emerg Nurs* 2009 Jul;17(3):169-172.

(74) Benci L. Le competenze avanzate infermieristiche e la “Cabina di regia”. Alcune riflessioni giuridiche.. Quotidiano Sanità 2014 25/08/2015.

(75) Benci L, Barbieri G, Silvestro A. See&treat, diritto d’infermiere. 24 ORE Sanità Toscana 2010 3 ago.-6 sett. 2010.

(76) Bollettino Ufficiale della Regione Toscana. 21.1.2008; Available at: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3571141.pdf>. Accessed 24 Ago, 2015.

(77) Gloster A, Ganley L. Care of patients with minor injuries. Nurs Stand 2012 Jan 25-31;26(21):50-7; quiz 58.

(78) Considine J, Martin R, Smit D, Winter C, Jenkins J. Emergency nurse practitioner care and emergency department patient flow: case-control study. Emerg Med Australas 2006 Aug;18(4):385-390.

(79) Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Codice Deontologico dell’Infermiere. 2009.

ALLEGATI

ALLEGATO 1: Casistica sperimentazione See and Treat in Toscana

Urgenze oftalmologiche	Ecchimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva; congiuntivite; corpo estraneo congiuntivale; emorragia sottocongiuntivale; irritazione da lenti a contatto
Urgenze otorinolaringoiatriche	Tappo di cerume; otite esterna; corpo estraneo nell'orecchio; epistassi; corpo estraneo nel naso; rinite
Urgenze odontostomatologiche	Lussazione ricorrente della mandibola; dolore dentario; problemi post-estrazione dentaria
Urgenze gastroenterologiche	Singhiozzo isolato; diarrea acuta non ematica; reinserimento/disostruzione del sondino naso gastrico
Urgenze urologiche	Infezione delle basse vie urinarie; sostituzione/disostruzione del catetere vescicale
Urgenze ginecologiche	Test gravidici di esclusione
Urgenze muscolo-scheletriche	Torcicollo; lombalgia acuta ricorrente; dolore acuto monoarticolare
Urgenze traumatologiche	Contusioni minori degli arti; traumi delle dita delle mani e dei piedi non complicati; pronazione dolorosa; ferite semplici e abrasioni; avulsione superficiale della punta del dito; rimozione di anello; rimozione di amo da pesca; punture da animali marini e punture di insetti; intrappolamento nella lampo; rimozione di punti di sutura
Urgenze dermatologiche	Dermatiti da contatto; ustioni solari; ustioni minori; geloni; orticaria; pediculosi; verruche; foruncoli; cisti sebacea; idroadenite; infezioni del letto ungueale

Tabella II. Casistica di riferimento per la sperimentazione del “See and Treat” approvata dal gruppo di lavoro per il progetto di miglioramento del Pronto Soccorso. Osservatorio regionale sull'emergenza-urgenza della Regione Toscana

ALLEGATO 2: Grafici dati Azienda ULSS n° 7 del Veneto

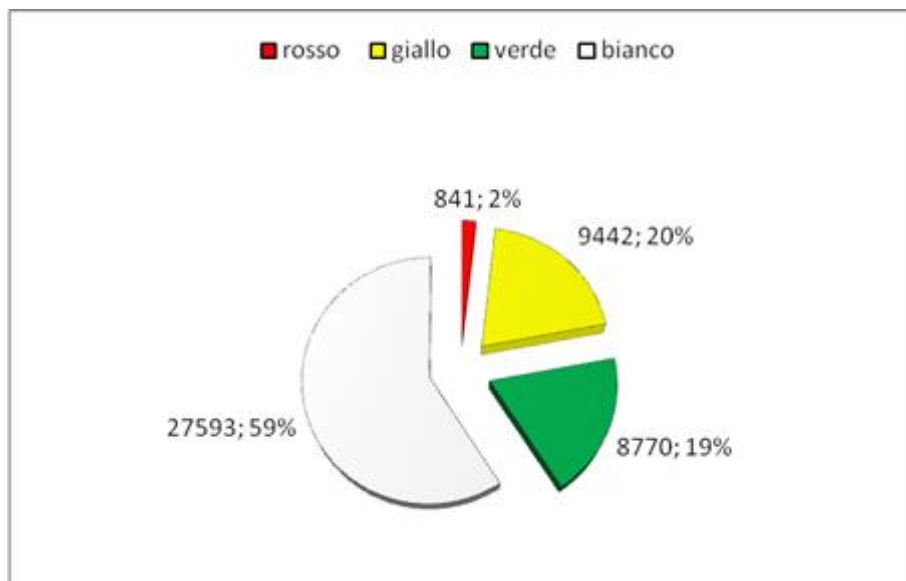


Figura 1: Codici colore U.O. di Pronto Soccorso Conegliano nell'anno 2009

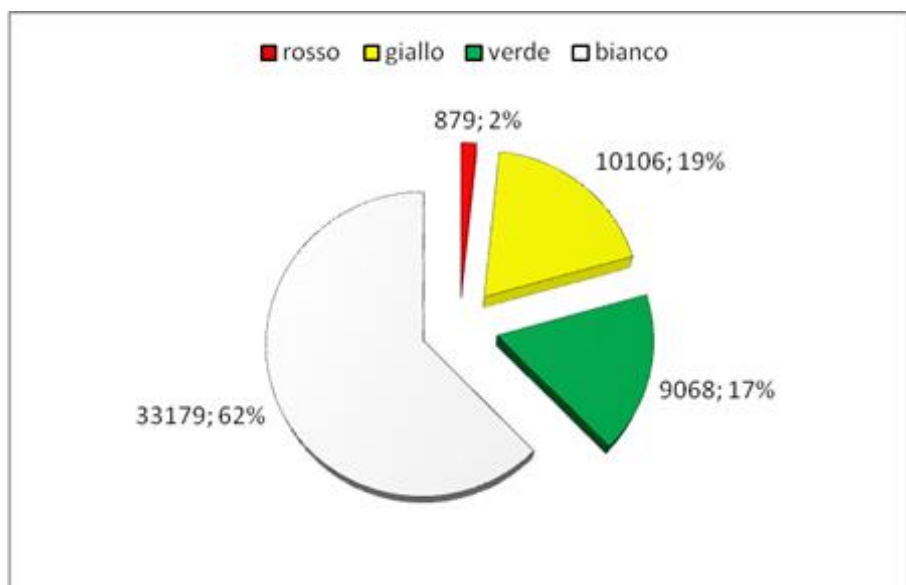


Figura 2: Codici colore U.O. di Pronto Soccorso Conegliano nell'anno 2010

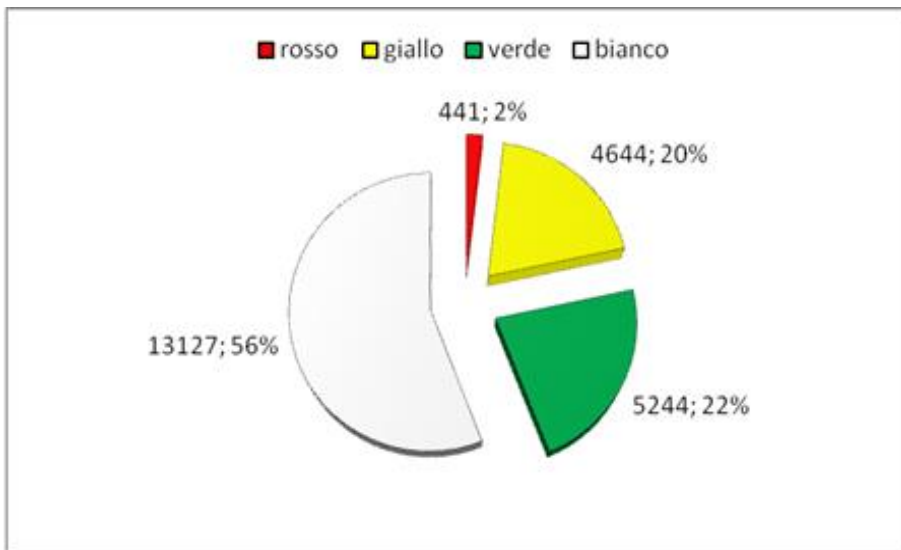


Figura 3: Codice colore U.O. Pronto Soccorso Vittorio Veneto nell'anno 2009

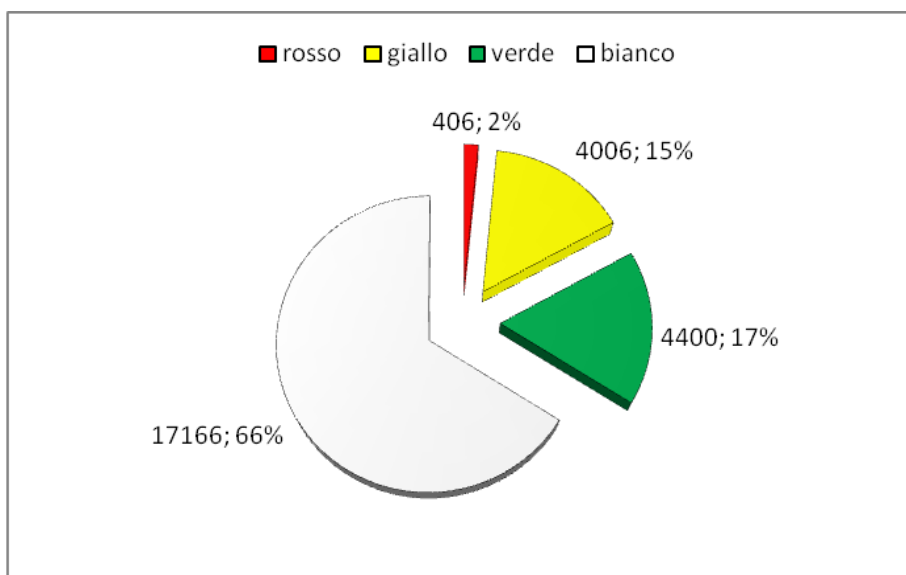


Figura 4: Codici colore U.O. di Pronto Soccorso Vittorio Veneto nell'anno 2010

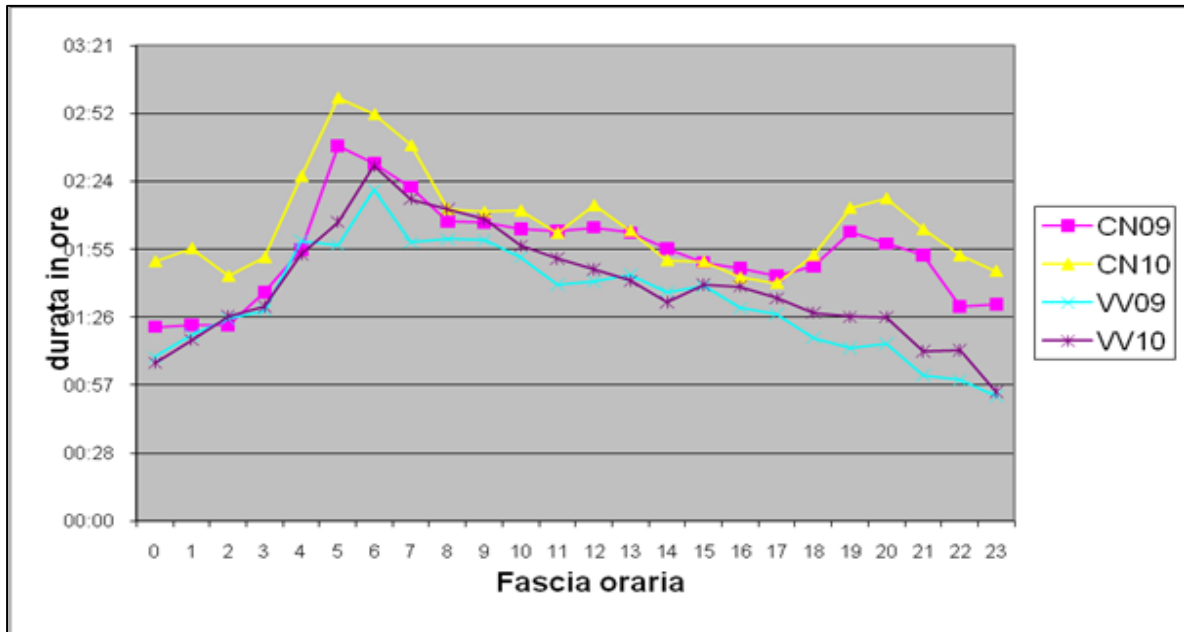


Figura 5: Tempi di attesa nelle 24 ore nelle U.O. di Pronto Soccorso di Conegliano e Vittorio Veneto nel 2009 e nel 2010

ALLEGATO 3: Codice Deontologico, articoli di riferimento

“Art. 2 - L’assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Art. 3 - La responsabilità dell’infermiere consiste nell’assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo.

Art. 11 - L’infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull’esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati” quindi non più l’infermieristica come professione ausiliaria ma come scienza fondata sulla ricerca e sullo studio scientifico dei fenomeni.

Art. 13 - L’infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all’intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti.

[...]

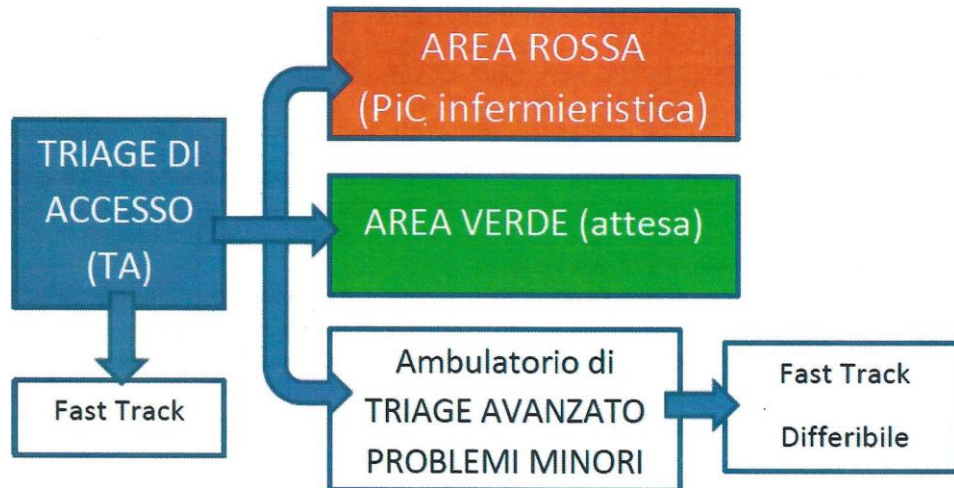
Art. 14 - L’infermiere riconosce che l’interazione fra professionisti e l’integrazione inter-professionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell’assistito.

Art. 15 - L’infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

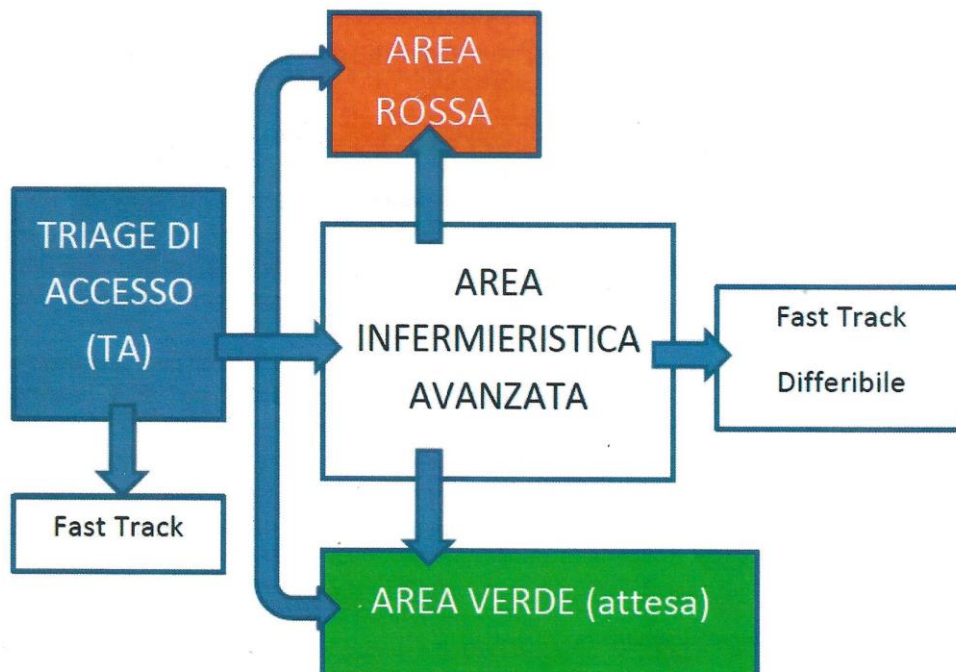
Art. 47 - L’infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l’utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.” (79)

ALLEGATO 4: Tipologie organizzative Bozza Indirizzi tecnico-operativi per il Triage di Pronto Soccorso

TIPOLOGIA ORGANIZZATIVA A



TIPOLOGIA ORGANIZZATIVA B



Nella tipologia B il TA può essere separato o in contiguità con l'Area Infermieristica Avanzata

ALLEGATO 5: Tabella di analisi della revisione della letteratura

Titolo	Autori Anno e Setting	Tipologia dello studio	Obiettivo	Elementi rilevanti e risultati	Conclusioni
<i>Effects of fast-track in a university emergency department through the National Emergency Department Overcrowding Study.</i>	Aksel G., Bildik F., Demircan A. 2014 DE in Turchia	Studio trasversale prospettico condotto in due settimane, una con attivazione del sistema FT e l'altra senza FT.	L'obiettivo dello studio è determinare l'efficacia di un'area Fast Track (FT) per la gestione dei pazienti non urgenti e valutarne l'impatto sull'affollamento dell'DE (Dipartimento di Emergenza).	Un totale di 249 pazienti sono stati visti durante la settimana con il sistema FT attivo, e 239 durante la settimana senza FT. Il livello di soddisfazione è stato più alto nel gruppo FT rispetto al gruppo non FT. I tempi d'attesa si sono ridotti da 20 minuti a 10 minuti e il tempo medio di permanenza nel DE è passato da 80 minuti a 42 con il FT. I tassi di morbilità e mortalità sono rimasti invariati.	L'implementazione di un'area FT migliora l'efficacia del DE, diminuendo tempi d'attesa, tempi di permanenza e il sovraffollamento nel DE; aumenta la soddisfazione dei pazienti e non diminuisce la qualità delle cure fornite. Non è stata osservata nessuna differenza statisticamente significativa in termini di morbilità, mortalità, numero di pazienti visitati e costi.
<i>See & treat emergency department: the shift from doctors to nurses with advanced skills. A literature review.</i>	Bambi S., Giusti M., Becattini G. 2008	Revisione sistematica della letteratura	L'obiettivo è valutare l'efficacia e la sicurezza dell'approccio See & Treat	I 21 articoli selezionati includono 15 studi originali, 2 revisioni sistematiche e 3 lettere. La quasi totalità degli studi supportano l'implementazione di un infermiere con competenze avanzate (ANP) per lo screening dei pazienti e ridurre i tempi di attesa per i pazienti con codici minori. Sebbene i risultati degli studi giungano alla stessa conclusione, la qualità metodologica è debole ed i costi di attuazione di un ANP devono essere ulteriormente approfonditi.	Per realizzare un servizio di <i>Minor Injury</i> devono essere discussi e approfonditi il ruolo e le competenze del ANP e i confini tra questi e quelli del medico. È fondamentale individuare e seguire scrupolosamente linee guida e protocolli.
<i>The impact of process re-engineering on patient throughput in emergency departments in the UK.</i>	Banerjee A., Mbamalu D., Hinchley G. 2008 Regno Unito	Revisione dell'Emergency Services Collaborative e delle informazioni rilevanti contenute nella web page dell'UK Department of Health	L'obiettivo dello studio è descrivere i fattori che hanno contribuito al miglioramento delle prestazioni nei DE del Regno Unito.	Il 99,1% di tutti gli utenti presentatisi nei DE nel 2007-2008 è stato visto, trattato e dimesso (o ricoverato) entro le 4 ore stabilite come obiettivo dal NHS. Tra gli interventi che hanno permesso di raggiungere questo obiettivo vi è l'attuazione del See&Treat (S&T), in risposta alle lamentele per le lunghe code d'attesa per i pazienti con problematiche minori, non urgenti.	Il processo di riorganizzazione delle cure d'emergenza ha portato a grossi miglioramenti nel flusso dei pazienti nei DE. I lunghi tempi d'attesa sono solo un ricordo nel Regno Unito. I sistemi di miglioramento adottati possono essere d'ispirazione per altri Sistemi Sanitari a livello internazionale.

<i>Il modello "See and Treat" nei servizi di Pronto Soccorso: profili normativi ed aspetti medico-legali.</i>	Bonelli A., Zei G. 2009	Analisi normativa		Il S&T è un modello di gestione delle urgenze minori che negli ultimi anni ha visto una sua sempre maggiore applicazione a livello internazionale e in particolare nel Regno Unito. Ripercorrendo gli aspetti giuridici e normativi della figura professionale infermieristica in Italia si ravvede la possibilità di una piena autonomia oltre che di una lecita e opportuna operatività infermieristica nell'ambito di attività di PS strutturate sul S&T. Vanno però emanati atti normativi finalizzati a disciplinare tecnicamente prestazioni professionali non più in contrapposizione alla figura e ai compiti del medico.	
<i>Non-urgent access to care and nurses' roles in the Emergency Department: a narrative literature review.</i>	Bornaccioni C., Coltella A., Pompei E., Sansoni J. 2014	Revisione sistematica della letteratura	Descrivere quanto si scrive in letteratura in merito agli accessi non urgenti nei DE ed evidenziare i ruoli infermieristici associati, nel periodo 2003 – 2013.	Gli articoli analizzati riguardano: l'organizzazione dei DE, i modelli di risposta (Fast Track, See and Treat ecc.) 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 DE e nell'aumentare la soddisfazione degli utenti senza ridurre la qualità dell'outcome delle cure erogate.	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.
<i>A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department.</i>	Carter A.J., Chochinov A.H. 2007	Revisione sistematica della letteratura	Valutare l'efficacia dell'ENP all'interno dei DE sui tempi d'attesa, la soddisfazione dei pazienti, la qualità delle cure e i costi.	La revisione dimostra che l'ENP è efficace nel ridurre i tempi di attesa, aumentare la soddisfazione dei pazienti e fornire una qualità di cure pari a quella di un medico. In alcuni studi il rapporto costo/efficacia degli ENPs è risultato superiore rispetto a quello dei medici d'emergenza, in particolare nei DE ad alto volume di utenza. Mentre nei DE che accolgono un volume minore di utenza ma sovraffollati a causa del grande numero di pazienti con codici a bassa priorità, gli ENPs possono rappresentare una soluzione valida ed efficace, permettendo un uso ottimale delle limitate risorse mediche e migliorando l'accesso alle cure per gli utenti. Tra i fattori che ostacolano l'introduzione degli ENPs nei DE vi sono: necessità di finanziamenti, problematiche medico-legali, mancanza di supporto del personale infermieristico e soprattutto medico. Inoltre vi sono preoccupazioni circa il fatto che l'ENP venga visto come un "sostituto del medico" e non come un "valore aggiunto" in termini di promozione della salute e capacità di comunicazione.	Nel tentativo di far fronte al sovraffollamento dei DE, l'uso di ENP che prendano in carico i pazienti con problematiche minori rappresenta una valida opzione. La comunità medica dovrebbe esaminare ulteriormente l'uso di ENP, in particolare nei percorsi Fast-Track. Queste strategie migliorano l'accesso alle cure d'emergenza e la soddisfazione dei pazienti permettendo un uso ottimale delle risorse a disposizione. È stata evidenziata una carenza di dati sull'analisi dei costi.

<p><i>Fast Track: One hospital's journey + Evaluation of Fast Track.</i></p>	<p>Combs S., Chapman R., Bushby A. 2006 Combs S., Chapman R., Bushby A. 2007 DE in Australia</p>	<p>Studio pilota: introduzione di area Fast Track nel DE nel periodo Agosto 2004 – Maggio 2005</p>	<p>L'obiettivo dello studio è valutare l'impatto e l'efficacia dell'introduzione del Fast Track per trattare i pazienti con problematiche minori all'interno del Dipartimento di Emergenza</p>	<p>Prima dell'introduzione del Fast Track (FT) la percentuale di pazienti che lasciavano il Dipartimento di Emergenza prima di essere visitati (dopo essere stati registrati al triage) era del 10%, dopo l'introduzione del FT è scesa al 5,4%. Prima del FT il tempo di permanenza medio all'interno del Dipartimento era di 196 minuti, con il FT è sceso a 28 minuti. Inoltre, per raggiungere questi risultati, è stata data al personale infermieristico la possibilità di aumentare le proprie competenze cliniche intraprendendo dei corsi di formazione pratica avanzata e tirocinio.</p>	<p>L'introduzione del FT è stata un'iniziativa di grande successo. Il FT ha permesso ai pazienti con problematiche minori di essere visitati, trattati e dimessi entro 2 ore. Il tempo di permanenza nel DE è diminuito per tutti i pazienti. La sala d'attesa risulta meno congestionata e il morale del personale è migliorato. Inoltre ha permesso di offrire migliori possibilità al personale infermieristico, aumentandone le competenze cliniche avanzate.</p>
<p><i>Minor injury attendance times to the ED.</i></p>	<p>Conlon C., O'Connor C., Mc Brearty P. et al. 2009 DE in Irlanda</p>	<p>Studio osservazionale: Luglio 2005 + Febbraio 2006</p>	<p>Lo scopo dello studio è rilevare gli orari e i giorni di maggior afflusso dei pazienti che possono essere trattati nel servizio di ANP.</p>	<p>Su un totale di 7768 pazienti presentatisi al DE durante il periodo di studio sono stati identificati 1577 pazienti (20% del totale) idonei al trattamento da parte di ANP. Lo studio rivela che il 73% dei pazienti trattabili dal servizio di ANP si presentano nel DE tra le h 8.00 e le h 20.00; questa percentuale crescerebbe fino al 86% se il servizio fosse attivo fino alle h 24.00. In relazione ai giorni della settimana, per entrambi i mesi, il lunedì e il venerdì sono risultati i giorni in cui il DE è più frequentato.</p>	<p>Lo studio ha individuato che il 20% degli utenti che afferiscono al DE rientrano nella casistica di competenza dell'ANP. Si raccomanda di effettuare una valutazione e un monitoraggio continui delle prestazioni dell'ANP e del servizio in cui opera per assicurare una risposta efficace alle mutevoli esigenze della popolazione.</p>
<p><i>Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing.</i></p>	<p>Considine J., Lucas E., Payne R. et al. 2012 DE a Melbourne, Australia.</p>	<p>Studio osservazionale: pazienti trattati da infermieri con competenze avanzate nei sistemi di Fast Track (FT), Clinical Initiatives Nurse (CIN) e Rapid Intervention and Treatment Zone (RITZ)</p>	<p>Lo scopo dello studio è esaminare e comparare tre diversi ruoli infermieristici avanzati nel campo dell'emergenza.</p>	<p>Sono stati inclusi nello studio un totale di 551 utenti di cui 195 trattati in FT, 163 gestiti dai CIN e 193 in RITZ. I CIN gestiscono pazienti con più alti livelli di urgenza clinica e alte percentuali di ricovero se paragonati ai pazienti gestiti in FT e RITZ; inoltre, i tempi d'attesa per accedere alle cure infermieristiche sono più brevi ma il tempo di permanenza all'interno dell'ED risulta maggiore. Il gruppo di pazienti trattato dal CIN presenta un'alta incidenza di prestazioni quali ECG, misurazione della glicemia e somministrazioni endovenose quando comparato con i gruppi FT e RITZ.</p>	<p>Anche se i ruoli infermieristici avanzati nel campo dell'emergenza possono ridurre il tempo di attesa, non dovrebbero essere usati come soluzione ai problemi dei DE quali i ritardi alle cure causati dal sovraffollamento. È importante che ci sia chiarezza circa l'intento e le competenze dei ruoli infermieristici d'emergenza avanzati. Inoltre, lo sviluppo di questi ruoli dovrebbe essere basato su outcomes clinici desiderati e su gruppi mirati di pazienti.</p>

<i>Effect of clinician designation on emergency department fast track performance.</i>	Considine J., Kropman M., Stergiou H.E. 2010 DE a Melbourne, Australia	Studio osservazionale: audit retrospettivo Gennaio 2008 – Dicembre 2008	L'obiettivo dello studio è misurare gli effetti del Fast Track sui tempi d'attesa in relazione alle raccomandazioni dell'Australasian triage scale (ATS).	Il campione è composto da 8714 utenti trattati in Fast Track. L'aderenza alle raccomandazioni ATS sui tempi d'attesa è stata maggiore per gli utenti visitati da ENPs (82%) rispetto ai medici (48,2%). Il tempo medio di permanenza nel DE è stato di 1,7 h per i pazienti trattati da ENP e di 2,7 h per i pazienti trattati da medici.	L'aderenza alle raccomandazioni ATS è stata maggiore per gli ENPs rispetto ai medici. Il tempo di permanenza nel DE dei pazienti trattati da ENPs è stato significativamente minore rispetto a quello dei pazienti visitati da medici.
<i>Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case-control study.</i>	Considine J., Kropman M., Kelly E. et al. 2008 DE a Melbourne, Australia.	Studio caso-controllo: confronto tra gruppo di pazienti trattati in FT tra Gennaio e Marzo 2007 (casi) e pazienti trattati secondo il percorso di cure tradizionale pre FT tra Luglio e Novembre 2006 (controlli).	L'obiettivo dello studio è valutare l'effetto dell'introduzione del Fast Track sui tempi di permanenza degli utenti nel DE.	La mediana dei tempi di permanenza nel DE è risultata di 132 min. per il gruppo "controlli" (n = 822) e di 116 min. per i "casi" (n = 822). Inoltre, i pazienti FT hanno avuto una significativamente più alta incidenza di dimissione entro 2 ore (53% vs 44%) e 4 ore (92% vs. 84%).	L'introduzione del FT diminuisce i tempi di permanenza nel DE per i pazienti con problematiche minori senza compromettere le cure degli altri pazienti. Il FT è una strategia efficace per gestire grandi volumi di pazienti con problematiche non urgenti fornendo cure di qualità a costi contenuti.
<i>Emergency nurse practitioner care and emergency department patient flow: Case-control study.</i>	Considine J., Martin R., Smit D. 2006 Australia	Studio caso-controllo: confronto tra gruppo di pazienti trattati da ENP (casi) e pazienti con la stessa diagnosi di dimissione trattati secondo il percorso di cure tradizionale (controlli).	Lo scopo dello studio è comparare i tempi d'attesa, i tempi di trattamento e i tempi complessivi di permanenza nel DE dei pazienti trattati da ENP con i tempi dei pazienti che seguono il percorso di cure tradizionale.	Lo studio non ha rilevato differenze significative tra il gruppo di pazienti trattati da ENP e quelli che hanno seguito il percorso di cure tradizionale per quanto riguarda i tempi medi di attesa, i tempi di trattamento e i tempi complessivi di permanenza nel DE.	I risultati del flusso dei pazienti presi in carico da ENP sono paragonabili a quelli dei pazienti attraverso i percorsi abituali nel DE; tuttavia emerge la necessità di effettuare ulteriori studi caso-controllo con campioni più grandi.

<p><i>Defining the scope of the practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department.</i></p>	<p>Considine J., Martin R., Smit D. et al. 2006 DE a Victoria, Australia</p>	<p>Studio prospettico di coorte: Luglio 2004 – Marzo 2005.</p>	<p>Lo scopo dello studio è quello di esaminare le componenti del ruolo di ENP, la tipologia di pazienti trattabili e la frequenza dell'ampliamento del campo pratico di competenza dell'ENP.</p>	<p>Su un totale di 476 pazienti trattati da ENP, la maggioranza (77,2%, n = 367) sono stati dimessi dal DE. 107 pazienti (22,4%) sono stati ammessi in ospedale e, di questi, 60 sono stati ricoverati in unità di degenza, 26 sono tornati per il ricovero programmato, 13 sono stati ricoverati in unità di osservazione breve e 8 pazienti hanno ricevuto le cure ospedaliere a domicilio. 2 pazienti (0,4%) se ne sono andati a proprio rischio dopo l'inizio del trattamento. La maggior parte della casistica afferente comprende la gestione di ferite, medicazioni e infortuni agli arti. L'ENP ha prescritto farmaci (per il 49,6% dei pazienti), indagini radiologiche e test patologici; ha compilato certificati di malattia e prescritto consulti specialistici. La maggior parte dei pazienti dimessi (n = 270, 73.5%) sono stati indirizzati al proprio medico di base. Gli ENP hanno operato seguendo linee guida per la pratica e protocolli.</p>	<p>Il servizio offerto da ENP è risultato efficace nel fornire cure in modo autonomo a specifiche casistiche di pazienti. È un modello di cure che si sta rivelando efficace anche per fronteggiare il sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza. Sono necessarie ulteriori ricerche e studi esplorativi con campioni più grandi per quantificare con precisione gli outcomes del servizio di ENP e per definire il contributo che il ruolo di ENP offre alle cure d'emergenza.</p>
<p><i>Patient satisfaction.</i></p>	<p>Corbett G., McGuigan T. 2008 3 DE in Scozia, Regno Unito</p>	<p>Studio quantitativo condotto attraverso un questionario</p>	<p>Gli obiettivi sono: misurare la soddisfazione dei pazienti legata al servizio di S&T nei 3 DE; valutare la performance delle MINTS, secondo i pazienti, e confrontarla con la performance dei medici.</p>	<p>La maggior parte dei pazienti (su un totale di 1000) sono stati visitati nel servizio di S&T entro mezz'ora dall'arrivo al DE e sono stati dimessi entro 2 h. Secondo i pazienti la performance degli infermieri MINTS (minor/major injury/Illness nurse treatment service) è stata buona, confrontandola con quella dei medici; i MINTS sono stati considerati figure esperte e competenti. I risultati del questionario indicano, inoltre, che la soddisfazione dei pazienti presi in carico da MINTS è alta in tutte le diverse componenti della presa in cura. Alcuni pazienti considerano le capacità psicosociali e relazionali delle MINTS ancora più importanti delle loro capacità cliniche/ tecniche.</p>	<p>I risultati dello studio hanno dimostrato che nel confronto con i medici, secondo i pazienti gli infermieri MINTS si sono dimostrati competenti e in generale dotati di buone capacità relazionali e di comunicazione. Gli infermieri MINTS hanno ottenuto punteggi più alti in tutti i punti del questionario.</p>

<i>How far is too far? Exploring the perceptions of the professions on their current and future roles in emergency care.</i>	Currie J., Crouch R. 2008 DE nel Regno Unito	Studio qualitativo condotto attraverso intervista	Lo scopo dello studio è di esplorare le percezioni dei professionisti loro ruoli attuali e future nella cura di emergenza.	Dall'intervista di 10 professionisti tra medici e infermieri emerge che: 1. non esiste un confine definito reale tra il ruolo del medico e quello dell'infermiere; ciò da un lato promuove la collaborazione interprofessionale, dall'altro può causare conflitti. 2. è necessario standardizzare a livello nazionale il percorso formativo del ENP e colmare il divario tra ciò che viene insegnato e ciò che viene praticato. 3. la maggior parte degli intervistati, molti dei quali medici, sostiene che il ruolo degli infermieri nel campo dell'emergenza dovrebbe continuare a evolversi; alcuni sostengono che dovrebbe esserci una linea di demarcazione più netta tra le competenze dei medici e quelle degli infermieri.	Lo svilupparsi del ruolo infermieristico è stato il cambiamento professionale più significativo all'interno dei Dipartimenti di Emergenza negli ultimi anni. La mancanza di standardizzazione del ruolo ENP in termini di campo di applicazione pratica e di preparazione didattica si è rivelata una fonte di preoccupazione per gli intervistati.
<i>A time for international standards?: comparing the Emergency Nurse Practitioner role in the UK, Australia and New Zealand.</i>	Currie J., Edwards L., et al. 2007 DE a Melbourne, Australia; DE in Nuova Zelanda; University of Southamp-ton, UK	Studio comparativo	Confrontare il ruolo del ENP in UK, Australia e Nuova Zelanda con l'obiettivo di capire se è necessario istituire degli standard internazionali per lo svolgimento di questo ruolo.	Il confronto tra i ruoli di ENP del nel Regno Unito, in Australia e in Nuova Zelanda dimostra che, mentre esiste un nucleo comune di funzioni fondamentali, ci sono differenze nei livelli accademici di preparazione, nel campo pratico di applicazione e nella regolamentazione. Introdurre standard internazionali per la figura del ENP permetterebbe una maggiore trasparenza del ruolo favorendone una più ampia presa di coscienza da parte degli operatori sanitari e degli utenti.	In conclusione, la definizione di norme internazionali chiarirebbe e semplificherebbe il ruolo del ENP.
<i>A lesson from the UK?</i>	Davidson J., Rogers T. 2005	Revisione della letteratura sulla storia e lo sviluppo del ruolo di ENP nel Regno Unito	L'articolo si propone di analizzare la storia e lo sviluppo del ruolo di ENP nel Regno Unito e di affrontare le controversie e i potenziali benefici connessi all'introduzione di tale ruolo nei DE australiani.	Il ruolo di ENP si è sviluppato rapidamente negli ultimi anni in UK, proponendosi di migliorare le cure fornite nei DE ed in particolare cercando di ovviare al problema del sovraffollamento dei DE e delle conseguenti lunghe attese in particolare per i pazienti con problematiche minori, non urgenti. Nonostante lo scetticismo e la diffidenza iniziali, in particolare da parte del personale medico, numerosi studi hanno dimostrato che gli ENPs sono capaci di fornire cure sicure ed efficaci, con standard paragonabili a quelli medici. Tra le competenze degli ENPs inglesi vi sono anche la richiesta e l'interpretazione delle radiografie e la prescrizione di antibiotici, analgesici ed altri farmaci. In UK manca una regolamentazione a livello nazionale circa la formazione dell'ENP. Dalle ricerche emerge che la maggior parte dei pazienti trattati da ENPs sono soddisfatti delle cure ricevute. La maggior parte dei pazienti non ha espresso preferenze di essere trattati da medici piuttosto che da ENPs se i loro tempi d'attesa vengono ridotti. Inoltre, le ricerche dimostrano che l'introduzione di ENPs nei DE ha l'effetto di ridurre i tempi d'attesa per tutti gli utenti, non solo per quelli con problematiche minori.	

<p><i>The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective.</i></p>	<p>Devkaran S., Parsons H., Van Dyke M. et al. 2009 DE ad Abu Dhabi, Emirati Arabi Uniti.</p>	<p>Studio sperimentale: analisi dell'impatto dell'introduzione di un FT in un DE confrontando dati ottenuti nel gruppo di controllo pre-intervento (Gennaio 2005) rispetto a quelli nel gruppo di studio post-intervento (Gennaio 2006).</p>	<p>L'obiettivo dello studio è determinare l'impatto di un'area FT sugli indicatori di efficacia (tempi d'attesa e tempi di permanenza) e sugli indicatori di qualità (allontanamenti spontanei e tasso di mortalità) nella gestione dei pazienti non urgenti.</p>	<p>I pazienti inclusi nello studio (un totale di 10.485, divisi nei due gruppi) sono stati classificati secondo la Canadian Triage Acuity Scale (CTAS, categoria 4 e 5 per i pazienti non urgenti, 2 e 3 per i pazienti urgenti). I risultati mostrano che i tempi d'attesa e i tempi di permanenza nel DE sono significativamente diminuiti con l'introduzione dell'area FT, non solo per i pazienti di categoria CTAS 4/5 ma anche per i pazienti urgenti di categoria 2/3. Inoltre la percentuale di allontanamenti spontanei è passata dal 4,7% al 0,7%. L'introduzione dell'area FT non ha causato differenze significative nel tasso di mortalità.</p>	<p>L'introduzione di un'area Fast Track sembra essere una strategia efficace per fronteggiare il sovraffollamento dei DE e gestire il flusso di pazienti, anche alla luce delle limitate risorse a disposizione. L'area FT ha migliorato l'efficacia (diminuendo tempi d'attesa e di permanenza) e la qualità delle prestazioni del DE (riducendo il numero degli allontanamenti spontanei prima della visita), senza incidere sul tasso di mortalità.</p>
<p><i>Determinants of patient satisfaction in an Australian emergency department fast-track setting.</i></p>	<p>Dinh M.M., Enright N., Walker A. et al. 2013 DE a Sidney, Australia</p>	<p>Studio prospettico randomizzato</p>	<p>Descrivere il rapporto tra i tempi di attesa e la soddisfazione dei pazienti nell'area Fast Track di un DE.</p>	<p>236 pazienti hanno completato il questionario, (tasso di risposta del 74%). Di questi, l'84% ha valutato le cure ricevute come molto buone o eccellenti. È emerso che la soddisfazione dei pazienti diminuisce proporzionalmente ad ogni ora di attesa in quanto le probabilità di ottenere un alto livello di soddisfazione complessivo per le cure ricevute vengono dimezzate. Inoltre, la media dei tempi di attesa di chi ha valutato il proprio tempo di attesa come "eccellente" è di 27 minuti mentre è di 137 minuti quella di chi ha valutato la propria attesa come "scadente". È stato rilevato anche un alto livello di soddisfazione da parte di coloro che sono stati trattati da un ENP.</p>	<p>La soddisfazione dei pazienti rimane un importante indice di qualità dell'assistenza sanitaria. Questo studio sottolinea l'importanza dei tempi di attesa e delle implicazioni che questi comportano nel fornire un'assistenza che soddisfi le esigenze e le aspettative della comunità.</p>

<p><i>Lessons learned in developing and implementing the nurse practitioner role in an urban Canadian Emergency Department.</i></p>	<p>Dimeo M., Postic M. 2012 DEA in Canada</p>	<p>Revisione sistematica della letteratura</p>	<p>Gli obiettivi di questo studio sono: 1. condividere le esperienze e gli insegnamenti appresi durante lo sviluppo e l'attuazione del ruolo di ENP in un DEA; 2. descrivere i fattori favorevoli e sfavorevoli che sono stati incontrati; 3. descrivere le strategie per il passaggio dell'infermiere verso il nuovo ruolo di ENP.</p>	<p>I dati suggeriscono che gli ENP forniscono cure sicure ed efficaci, con un livello di cura ed esiti di salute per i pazienti equivalenti a quelli forniti dai medici. I pazienti trattati con un ENP dimostrano una compliance equivalente o maggiore rispetto ai pazienti trattati da un medico, e ricevono anche raccomandazioni per la loro salute e per il piano di cura. Inoltre, i pazienti sono spesso più soddisfatti delle cure ricevute da ENP, rispetto a quelle dei medici; ciò probabilmente è correlato ai tempi d'attesa più bassi per essere visitati da ENP. La presenza di ENP all'interno dei DEA si è rivelata importante per la continuità delle cure, l'insegnamento di assistenza sanitaria, la promozione della salute e la diminuzione delle recidive. Affinché il modello funzioni è necessario che: ci sia un rapporto collaborativo e basato sulla fiducia tra medici, infermieri ed ENP; il ruolo e le funzioni dell'ENP siano chiariti e definiti. È emersa inoltre l'esigenza, da parte degli ENP, di continuare ad imparare e di accrescere il proprio ruolo.</p>	<p>Il sovraccarico dei servizi di emergenza è diventata sempre più una preoccupazione pubblica oltre che dei dirigenti responsabili dell'assistenza sanitaria. I tempi di attesa nei DEA sono diventati un punto focale, così come trovare strategie di cura alternative per rispondere a questi problemi. L'analisi della letteratura ha dimostrato che l'uso di ENP nel dipartimento di emergenza è di grande valore in quanto svolge un ruolo importante nel migliorare l'erogazione dei servizi, l'accesso alle cure sanitarie, e garantire migliori outcomes per i pazienti. Affinché l'implementazione del servizio offerto da ENP nelle cure d'emergenza abbia successo è necessario che il personale sanitario e i pazienti ne conoscano il ruolo e le funzioni</p>
<p><i>Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors.</i></p>	<p>Dinh M., Walker A., Parameswaran A. 2012 Unità Fast-Track – DE a Sidney, Australia</p>	<p>Studio osservazionale randomizzato</p>	<p>Lo scopo di interesse dello studio è di confrontare la qualità delle cure fornite da un ENP con quelle fornite dai medici di emergenza</p>	<p>236 pazienti divisi in due gruppi, uno per quelli che sono stati presi in carico da ENP (gruppo ENP) e uno per quelli che sono stati visitati da medici di emergenza (gruppo DR), hanno risposto a un questionario dal quale risulta che: il 68% del gruppo ENP ha considerato le cure ricevute come "eccellenti", contro il 50% del gruppo DR; il punteggio medio di soddisfazione delle cure è di 23/25 per il gruppo ENP, 21/25 per il gruppo DR; a due settimane dalla dimissione lo stato di salute generale del gruppo ENP è "eccellente" per il 31% dei pazienti contro L'attesa media prima della visita è stata leggermente minore nel gruppo ENP, 50 minuti contro i 57 del gruppo DR.</p>	<p>Lo studio dimostra l'alta soddisfazione dei pazienti presi in carico da ENP ed evidenzia l'altra qualità delle cure offerte da un servizio in cui lavorano anche ENP.</p>

<i>Nurse Practitioner Delphi Study: competencies for practice in emergency care.</i>	ENA NP Validation Work Team, Hoyt K.S., Coyne E.A. et al. 2010	Studio osservazionale Settembre 2007 – Maggio 2008	Lo scopo dello studio è descrivere i livelli base delle competenze dell'ENP.	Questo studio ha fornito le competenze cliniche e professionali di base per la pratica degli ENPs. Su un totale di 111 competenze considerate dal Delphi study, i partecipanti ne hanno incluse 83 nella lista finale delle competenze del NP nelle cure d'emergenza. Questa lista di 83 competenze è stata poi validata da un gruppo multidisciplinare di stakeholders che le ha ridotte a 60. Queste si articolano in tre aree principali: formazione, pratica e ricerca.	Lo scopo dell'individuazione delle competenze dell'ENP è quello di supportare il ruolo nel fornire cure competenti e di qualità; inoltre, esse permettono di guidare la preparazione dei NPs che intendono specializzarsi nelle cure d'emergenza. La fase successiva è la ricerca di una certificazione riconosciuta per elevare professionalmente l'ENP.
<i>A 12-month evaluation of the impact of Transitional Emergency Nurse Practitioners in one metropolitan Emergency Department.</i>	Fry M., Fong J., Asha S. et al. 2011 DE in Australia	Studio osservazionale prospettico: Agosto 2006 – Luglio 2007, confronto tra i 12 mesi di studio e i 12 mesi precedenti l'implementazione e del ruolo di ENP	Gli obiettivi dello studio sono: valutare l'impatto del ruolo dell'ENP sull'erogazione dei servizi di emergenza; ed esaminare l'efficacia e la sicurezza delle cure fornite da ENP.	Gli ENPs hanno gestito il 10% (n = 5313) dei pazienti giunti al DE, con una media di 1,7 pazienti/h; 3827 (72%) pazienti gestiti nel gruppo S&T e 1422 (27%) pazienti nel gruppo di FT or Collaborative (in cui i pazienti con problematiche più serie vengono gestiti in collaborazione da un ENP e un medico). Il restante 1% è stato escluso da ulteriori analisi. I tempi d'attesa e di permanenza si sono ridotti a seguito dell'implementazione degli ENPs. Confrontando i tempi di permanenza nel DE dei pazienti trattati da ENP con quelli trattati dai medici, con gli stessi gruppi di patologie, è emerso che la permanenza dei pazienti trattati da ENP è più breve. Non si sono verificati eventi avversi, problemi di gestione dei pazienti o lamentele registrate per quanto riguarda il lavoro degli ENPs.	Lo studio fornisce evidenze a favore del fatto che gli ENPs possono migliorare gli outcome nei servizi di emergenza, fornendo cure sicure, puntuali, e garantendo un'efficiente gestione dei pazienti. A seguito dell'implementazione del ruolo di ENP, infatti, è stata registrata una diminuzione dei tempi d'attesa e di permanenza nel DE (nonostante l'incremento del 9,2% delle presentazioni nel DE).
<i>The Transitional Emergency Nurse Practitioner role: Implementation study and preliminary evaluation.</i>	Fry M.M., Rogers T. 2009 DE in Australia	Studio osservazionale	Gli obiettivi dello studio sono: sviluppare una visione integrata e a supporto del ruolo di ENP; fornire un quadro per la pratica, conoscenza e sviluppo; ed effettuare una valutazione dei sei mesi di lavoro degli ENPs.	Gli ENPs hanno visitato una media di 20 pazienti/die, durante le 15 ore di apertura del servizio. In totale, nei sei mesi di studio, gli ENPs hanno visitato 2730 pazienti (10% di tutte le presentazioni in DE. A seguito dell'implementazione del servizio fornito dagli ENPs la media dei tempi di permanenza nel DE, per tutti i pazienti, è passata da 3,28 h a 3,08 h. Dal riesame delle prestazioni degli ENPs non sono emerse prescrizioni diagnostiche errate o lesioni non identificate; la gestione dei pazienti è stata corretta e coerente alle linee guida. Tutti i pazienti hanno accettato di essere gestiti da ENPs e non ci sono stati feedback negativi.	Il successo dell'implementazione del ruolo di ENP è dimostrato dai risultati positivi del servizio e dall'ampio supporto fornito dal personale del DE. Il ruolo dell'ENP ha dato un contributo significativo e prezioso per soddisfare le esigenze dei servizi di emergenza, dimostrando di saper fornire cure sicure, tempestive ed efficaci.

<p><i>Developing an advanced nurse practitioner service in emergency care: attitudes of nurses and doctors</i></p>	<p>Griffin M., Melby V. 2006 DE in Irlanda</p>	<p>Studio qualitativo quantitativo condotto attraverso un questionario a domande chiuse e aperte.</p>	<p>L'obiettivo dello studio è determinare gli atteggiamenti degli infermieri e dei medici verso lo sviluppo di un Servizio fornito da ENP all'interno di un dipartimento di emergenza.</p>	<p>Sono stati compilati 80 questionari, 21 da infermieri e 59 da medici. L'11% ha dichiarato di aver compreso chiaramente il ruolo di ENP, il 79% vorrebbe dei chiarimenti. Solo il 13% degli intervistati ritiene che la diagnosi e la cura siano prerogative esclusive del medico e non del ENP. Il 94% è d'accordo o fortemente d'accordo che un servizio di ENP permetterebbe ai medici di concentrarsi sui pazienti più gravi, e diminuirebbe i tempi di attesa. L'80% ha dichiarato che migliorerebbe la qualità del servizio esistente. L'84% dei medici ha indicato che sarebbe felice di indirizzare i pazienti con lesioni non gravi a un ENP. Sia infermieri che medici ritengono che l'introduzione del servizio di ENP comporterebbe tempi d'attesa ridotti, migliorerebbe continuità delle cure, il rapporto costi/efficacia e amplierebbe le opportunità di carriera per gli infermieri. Sono state evidenziate alcune perplessità legate alla prescrizione del ENP e alla difficoltà che potrebbero avere i pazienti nel cambiare la loro visione tradizionale delle cure.</p>	<p>I risultati dello studio indicano che gli atteggiamenti di medici e infermieri di emergenza nei confronti dello sviluppo di un servizio di ENP nelle cure d'emergenza sono positivi. È emersa la convinzione che tale servizio avrebbe un impatto favorevole sulla qualità delle cure. Per far sì che l'introduzione del servizio abbia successo, devono essere chiariti il ruolo dell'ENP, i confini inter-professionali e deve essere predisposto un percorso di formazione, accreditamento e monitoraggio standardizzati. A seguito dell'implementazione andrebbero indagate le opinioni degli utenti.</p>
<p><i>A patient survey on emergency department use of nurse practitioners.</i></p>	<p>Hart L., Mirabella J. 2009 3 DE fast-track in Florida, USA</p>	<p>Studio descrittivo condotto attraverso un questionario.</p>	<p>Lo scopo dello studio è di determinare la disponibilità dei pazienti che accedono al PS tramite il percorso Fast-Track, ad essere trattati da un ENP.</p>	<p>Sono stati compilati 190 questionari dai quali risulta che la maggioranza dei pazienti (65%) erano disposti ad essere trattati da un ENP; il 17% ha risposto di non essere sicuro di voler essere preso in carico da un ENP e un altro 17% ha risposto di non voler essere trattato da un ENP; l'1% restante non ha risposto. I pazienti che erano stati trattati da un ENP in passato erano più disposti ad essere trattati di nuovo da un ENP e di questi il 93% era soddisfatto delle cure ricevute.</p>	<p>Attualmente sono pochi gli ENP presenti nei DE della zona sud-est degli USA. Se aumentasse il numero di ENPs operanti nei DE aumenterebbe il numero di pazienti che possono usufruire delle loro cure e quindi aumenterebbe anche la conoscenza di questa figura da parte dei pazienti. È necessario promuovere una campagna di educazione pubblica per far conoscere il ruolo del ENP.</p>

<i>Questioning nursing competences in emergency health care.</i>	Henrik A., Kerstin N. 2009 DE in Svezia	Studio osservazionale condotto attraverso un questionario.	Descrivere le concezioni degli infermieri "capo" sul bisogno di competenze dell'infermieristica d'emergenza e la loro responsabilità in merito.	Secondo gli infermieri "capo" (n=58) dei DE svedesi, la formazione infermieristica di base non fornisce competenze sufficienti nel campo dell'infermieristica d'emergenza; di conseguenza, vi è la necessità di un'istruzione supplementare. La maggior parte degli infermieri "capo" non possiede strategie adeguate per valutare lo sviluppo delle competenze, e le risorse economiche e umane non sono sufficienti per soddisfare le esigenze educative.	Secondo la maggior parte degli infermieri "capo", la formazione infermieristica di base è insufficiente ed è quindi necessaria una formazione specialista sulle cure d'emergenza per essere un infermiere pienamente competente nel campo dell'emergenza.
<i>Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care.</i>	Hoskins R. 2012	Revisione sistematica della letteratura (dal 1980 al 2010)	Lo scopo della revisione è stabilire se il ruolo del personale non medico nei DE si sostituisce al personale medico o si inserisce in un contesto di lavoro interprofessionale.	Una buona integrazione e cooperazione interprofessionale nell'ambito delle cure d'emergenza può avvenire solamente se i nuovi ruoli del personale non medico (come l'ENP), sono accettati e compresi appieno dai colleghi e in particolare dal personale medico. Questo a sua volta può avvenire sulla base di evidenze che portino alla valutazione dei ruoli e allo sviluppo di specifiche conoscenze e competenze. Dagli studi analizzati emerge che il ruolo non medico di maggior successo in termini di longevità e valutazioni positive è quello dell'ENP. Questo ruolo si è sviluppato nel corso degli ultimi 25 anni, riscontrando alti livelli di soddisfazione dei pazienti e capacità di lavorare autonomamente in sicurezza utilizzando protocolli. L'ENP ha un campo d'azione proprio e le sue competenze si pongono in integrazione e non in sostituzione delle altre professioni; inoltre è emerso che le sue prestazioni contribuiscono ad aumentare la qualità del servizio del DE e a migliorare gli outcomes dei pazienti. Tra i fattori che non incoraggiano lo sviluppo del ruolo vi sono le preoccupazioni legate al fatto che diventino ENP gli infermieri di maggior esperienza, togliendo così le loro capacità e conoscenze dalla frenesia del DE; e la mancanza di un adeguato riconoscimento economico.	
<i>Evaluating new roles within emergency care: A literature review.</i>	Hoskins R. 2011	Revisione narrativa della letteratura	Lo scopo della revisione è descrivere il ruolo di ENP, valutarne la soddisfazione degli utenti e i tempi d'attesa correlati.	Dalla revisione emerge un alto livello di soddisfazione dei pazienti trattati da ENPs (anche se c'è una piccola percentuale di pazienti intervistati che non vorrebbe essere visitata da ENPs). I fattori chiave per l'alta soddisfazione dei pazienti sono: capacità di comunicazione e di educazione degli ENP, qualità delle info fornite e riduzione dei tempi d'attesa. La maggior parte degli studi sono d'accordo nell'affermare che il ruolo di ENP ha avuto effetti positivi nel ridurre il sovraffollamento dei DE e nel permettere al personale medico di concentrarsi sui casi più gravi; tuttavia emerge una non sempre chiara comprensione di ruolo e competenze dell'ENP. È necessario un riconoscimento standardizzato a livello nazionale di ruolo, competenze e formazione dell'ENP. Sono inoltre necessarie ulteriori ricerche di buona qualità metodologica.	

<p><i>A survey of patient satisfaction in a metropolitan Emergency Department: Comparing nurse Practitioners and emergency physicians.</i></p>	<p>Jennings N., Lee G., Chao K. et al. 2009 DE a Melbourne, Australia</p>	<p>Studio osservazionale condotto attraverso un questionario: Febbraio – Maggio 2008</p>	<p>L'obiettivo dello studio è esplorare il grado di soddisfazione dei pazienti in relazione alle cure ricevute dagli ENPs e dai medici.</p>	<p>202 pazienti hanno completato il questionario, divisi in due gruppi: 103 sono stati tratta di da ENPs (gruppo ENP), 99 da personale medico (gruppo DR). Dallo studio emerge che i livelli di soddisfazione del gruppo ENP sono più alti rispetto a quelli del gruppo DR; in particolare i pazienti hanno apprezzato l'attenzione degli ENPs agli aspetti educativi e le informazioni fornite.</p>	<p>I risultati dimostrano che l'ENP è in grado di fornire cure di alta qualità, riscontrando alti livelli di soddisfazione tra i pazienti.</p>
<p><i>The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review.</i></p>	<p>Jennings N., Clifford S., Fox A.R. et al. 2015</p>	<p>Revisione sistematica della letteratura</p>	<p>L'obiettivo dello studio è fornire le migliori evidenze disponibili per determinare l'impatto del servizio fornito da ENPs sui costi, la qualità delle cure, la soddisfazione e i tempi d' attesa nei Dipartimenti di Emergenza.</p>	<p>I servizi offerti dagli ENPs hanno dimostrato di migliorare gli indicatori di performance che hanno un impatto diretto sulla qualità delle cure del paziente; tuttavia il concetto di qualità delle cure è di difficile definizione e non è utilizzato di routine come misura dell'efficacia di un servizio. Molti studi evidenziano l'impatto positivo dei servizi di ENPs sulla soddisfazione dei pazienti e questo è un importante indice dell'efficacia del servizio. Inoltre, la soddisfazione dei pazienti per i servizi offerti dagli ENPs non è mai risultata inferiore a quella espressa per il trattamento da parte di un medico e anzi, l'ENP si è distinto per un approccio più olistico all'educazione alla salute dei pazienti. Gran parte della letteratura analizzata mostra che la soddisfazione dei pazienti è strettamente legata ai tempi d'attesa nel DE; l'impiego di ENPs riduce i tempi d'attesa e migliora l'accesso alle cure dei pazienti.</p>	<p>Dall'analisi di letteratura emerge che l'introduzione degli ENPs migliora la soddisfazione dei pazienti e i tempi d'attesa. La qualità complessiva delle cure erogate dagli ENPs è risultata più alta rispetto a quella degli altri professionisti della salute. Tuttavia sono necessarie ulteriori ricerche di qualità che esplorino l'impatto dei servizi offerti dall'ENP su costi, qualità delle cure, soddisfazione e tempi di attesa nei Dipartimenti di Emergenza, affinché si possano fornire evidenze alla politica sanitaria per migliorare la qualità dei servizi.</p>

<p><i>Evaluating outcomes of the emergency nurse practitioner role in a major urban emergency department, Melbourne, Australia.</i></p>	<p>Jennings N., O'Reilly G., Lee G. et al. 2008 DE a Melbourne, Australia Settembre 2004-Agosto 2005</p>	<p>Studio caso-controllo: confronto outcomes tra gruppo di pazienti trattati da ENP (casi) e pazienti trattati secondo il percorso di cure tradizionale (controlli).</p>	<p>Lo scopo dello studio è di valutare gli effetti dell'introduzione di ENP sui tempi di attesa e sui tempi di permanenza dei pazienti nel Dipartimento di Emergenza.</p>	<p>Il totale di pazienti che si sono presentati al DE e che sono stati inclusi nello studio è di 3156, diviso in due gruppi: 572 (18,1%) per il gruppo di pazienti presi in carico da ENP (gruppo ENP) e 2584 (81,9%) per il gruppo che ha seguito il percorso di cure tradizionale (gruppo TM). I pazienti del gruppo TM hanno aspettato in media 31 minuti prima di essere visitati, 19 minuti in più rispetto al gruppo ENP i cui pazienti hanno aspettato in media 12 minuti. Il tempo di permanenza medio nel Dipartimento di Emergenza del gruppo TM è di 170 minuti, mentre quello del gruppo ENP è di 94 minuti, quindi 76 minuti in meno.</p>	<p>L'introduzione del servizio di ENP ha ridotto tempi di attesa e permanenza media dei pazienti all'interno del DE. Questi risultati dimostrano che l'introduzione di ENP può essere una valida strategia per fronteggiare l'incremento degli accessi nei DE; migliorare il flusso dei pazienti nei DE può avere un impatto diretto sulla qualità dell'assistenza, migliorando anche la gestione delle risorse a disposizione.</p>
<p><i>Evaluating patient presentations for care delivered by emergency nurse practitioners: A retrospective analysis of 12 months.</i></p>	<p>Jennings N., McKeown E., O'Reilly G. et al. 2013 DE a Melbourne, Australia Gennaio-Dicembre 2011</p>	<p>Studio retrospettivo</p>	<p>L'obiettivo di interesse di questo studio è valutare i dati sugli indicatori di servizio nel Dipartimento di Emergenza per la coorte di pazienti selezionata.</p>	<p>Il campione oggetto di studio è composto da tutti i pazienti che sono stati presi in carico da ENP in 12 mesi nel Dipartimento di Emergenza (n = 5212). La media dei tempi di attesa è di 14 min., la media dei tempi di permanenza all'interno del DE per chi è stato dimesso al domicilio è di 122 min. mentre per chi è stato ricoverato o altro è di 271 min. Nel complesso il 95,9% dei pazienti dimessi al domicilio ha lasciato il DE entro le 4 ore stabilite come obiettivo del servizio. L'85% dei pazienti è stati indirizzato al proprio medico di base.</p>	<p>I Dipartimenti di emergenza sono attualmente concentrati sulla qualità delle cure fornite ai pazienti e sulla capacità di erogare cure tempestive ed efficienti a tutti gli utenti. Gli obiettivi di performance basati sul tempo, come i tempi di attesa e i tempi di permanenza nel dipartimento, sono utilizzati per confrontare l'efficienza dei servizi a livello nazionale.</p>
<p><i>An exploration of the perceptions of Emergency Physicians and Trainees, towards Emergency Nurse Practitioners in Australia.</i></p>	<p>Jones M., Christoffis L., Smith S. 2013 Australia</p>	<p>Studio qualitativo condotto attraverso questionario</p>	<p>Esplorare le percezioni dei medici di emergenza nei confronti del ruolo del ENP, esaminando il loro sostegno, i benefici percepiti, le difficoltà e l'impatto con l'ambiente clinico.</p>	<p>È stato somministrato un questionario a tutti i membri del <i>Australasian College of Emergency Medicine</i>. Dai 703 questionari compilati risulta che: il 50,8% (n = 315) ha risposto positivamente a sostenere la figura del ENP, il 29,2% (n = 181) è neutrale, mentre il 20% (n = 124) ha risposto negativamente. Il 59,8% (n = 307) di coloro che hanno lavorato con ENP si sono dimostrati a sostegno del ruolo, rispetto al 7,5% (n = 8) di coloro che non hanno lavorato con ENP. Tra quelli che non hanno lavorato con ENP il 53,3% (n = 57) è neutrale nei confronti dell'ENP. La maggior parte dei partecipanti ha risposto che l'adozione di ENP riduce i tempi d'attesa, permette un'appropriata presa in carico dei pazienti e permette ai medici di concentrarsi sui casi più urgenti.</p>	<p>Lo studio evidenzia una buona apertura mentale da parte dei medici dei DE nei confronti del ruolo di ENP; questo indica il verificarsi del passaggio da una percezione stereotipata della figura del ENP al riconoscimento dell'utilità del suo ruolo. Lo scopo dell'introduzione di ENP nei DEA non è quello di considerarli come sostituti dei medici ma come un valore aggiunto al servizio attualmente fornito.</p>

<i>Perceived barriers to the sustainability and progression of nurse practitioners.</i>	Keating S.F., Thompson J.P., Lee G.A. 2010 17 DE in Victoria, Australia	Studio osservazionale condotto attraverso questionario	Lo scopo dello studio è esplorare le barriere percepite alla progressione e alla sostenibilità del ruolo di ENP in 17 DE in Victoria (Australia) tra il 1998 e il 2008.	Il campione è composto di 37 partecipanti tra NPs, infermieri manager e responsabili. I partecipanti hanno fermamente sostenuto l'esistenza di ostacoli alla sostenibilità del ruolo di ENP, in particolare: la mancanza di finanziamenti, di supporto organizzativo e la non comprensione del ruolo di ENP da parte del personale medico. Come principali ostacoli alla progressione ruolo sono stati individuati i vincoli legislativi, il costo dei Master e, seppur in parte minore, le linee guida di pratica clinica.	Sono stati identificati molti ostacoli alla progressione e sostenibilità del ruolo di ENP, tra cui: mancanza di supporto organizzativo e di finanziamenti, carenze legislative e costi elevati dei Master. Queste barriere devono essere riconosciute al fine di sviluppare soluzioni per la progressione del ruolo e per confermare l'ENP come centrale per un'assistenza efficiente nelle cure dell'emergenza.
<i>"See and Treat": spreading like wildfire? A qualitative study into factors affecting its introduction and spread.</i>	Lamont S.S. 2005 10 DE nel Regno Unito	Studio qualitativo condotto attraverso interviste semi-strutturate	Lo scopo dello studio è di esplorare i fattori chiave che hanno influenzato la diffusione del See&Treat nei Dipartimenti di Emergenza.	Il See&Treat. è stato indentificato come una strategia per aiutare a raggiungere l'obiettivo di visitare e dimettere i pazienti entro 4 h dall'arrivo al DE. L'iniziativa è stata ben supportata e monitorata, i pazienti ne hanno beneficiato, i tempi d'attesa sono stati ridotti, e gli obiettivi del Dipartimento della Salute sono stati raggiunti. I partecipanti allo studio (n=21 tra dirigenti, medici e manager) hanno riconosciuto che il S&T richiede personale in prima linea con esperienza e capace di prendere decisioni. Tra i limiti alla diffusione del S&T sono stati individuati la mancanza di risorse, di finanziamenti, e di personale sufficientemente esperto, oltre che la necessità di uno spazio dedicato; è emersa la necessità di valutare preliminarmente i benefici e l'impatto sulla qualità delle cure.	Il See&Treat è stato promosso come una soluzione al problema delle lunghe attese nei Dipartimenti di Emergenza. Tuttavia mancano valutazioni ed evidenze a livello nazionale. Molti membri del personale sanitario lo hanno considerato uno strumento valido e utile per ridurre i tempi di attesa e migliorare il percorso di cure del paziente, anche se i problemi di risorse, di qualità, e di personale possono rendere tale iniziativa difficile da sostenere attualmente.
<i>Nurse practitioners treating ankle and foot injuries using the Ottawa Ankle Rules: A comparative study in the emergency department.</i>	Lau L.H., Kerr D., Law I. et al. 2013 DE a Melbourne, Australia	Studio osservazionale comparativo: Settembre 2009 – Febbraio 2010	Lo scopo dello studio è valutare la competenza dei NPs nel trattare gli infortuni alle caviglie e ai piedi, confrontandola con quella dei medici.	Sono stati inclusi in questo studio 174 pazienti, 51 dei quali hanno ricevuto le cure da NP e 123 da medici. Tra NPs e medici non sono state individuate differenze significative nel tasso di raggi x richiesti. I NPs hanno avuto una percentuale minore di casi di fratture non identificate.	Questo studio suggerisce che i NPs hanno meno probabilità di non identificare fratture clinicamente significative rispetto ai medici, nella valutazione di un sospetto infortunio alla caviglia e /o al piede.

<p><i>An exploration of staff knowledge on the nurse practitioner's role in the emergency department.</i></p>	<p>Lee G., Jennings N., Bailey M. 2007 ED a Melbourne, Australia</p>	<p>Studio osservazionale: questionario strutturato con le scale Likert a 5 punti</p>	<p>Lo scopo dello studio è di individuare le conoscenze del personale dei Dipartimenti di Emergenza sul ruolo del NP.</p>	<p>Hanno risposto al questionario in 76 tra personale medico ed infermieristico. Il ruolo del NP è stato considerato positivamente dal 90% dello staff. Un terzo del personale non ha ben compreso le competenze di questa figura, la preparazione e l'uso delle linee guida per la pratica clinica.</p>	<p>Questo studio dimostra l'accettazione dei NPs all'interno di un contesto di emergenza sia da parte dei medici che dagli infermieri. È necessario colmare la carenza di conoscenze del personale circa le competenze del NP, le linee guida per la pratica clinica e la formazione. I NPs sono in grado di rispondere alle crescenti esigenze sanitarie e di erogare cure di alta qualità.</p>
<p><i>Impact of the role of Emergency Nurse Practitioners in the clinical management of patients in a UK Emergency Ward.</i></p>	<p>Levati S., Capitoni E. 2012 PS del WGH, Regno Unito.</p>	<p>Studio osservazionale di casi: Marzo 2010 - Aprile 2010</p>	<p>L'obiettivo dello studio è offrire un approfondimento del ruolo delle Minor e Major MINTS nurses che lavorano in totale o parziale autonomia dal medico all'interno del Servizio See&Treat e della Major Area.</p>	<p>A seconda del livello di gravità presentato dai casi clinici, differenti sono le figure sanitarie che intervengono nel trattamento del paziente. I pazienti vengono presi in carico e trattati da ENPs chiamati Minor MINTS nurses, Major MINTS nurses, o dal personale medico supportato da Adult Nurses. Le Minor MINTS hanno le competenze per gestire in completa autonomia pazienti che presentano urgenze minori, effettuando anamnesi, esame obiettivo e prescrivendo radiografie. Le Major MINTS possiedono un grado di autonomia, seppur non completo, ancora più elevato: possono prendere in carico pazienti che presentano una sintomatologia più complessa, ma per alcune attività è richiesta la supervisione del medico. Il Servizio S&T del WGH è completamente gestito dalle Minor MINTS; i tempi di trattamento complessivo hanno rispettato il limite massimo delle 4 ore previsto dal Department of Health. I ruoli messi in atto dai diversi professionisti appaiono molto chiari con una precisa definizione delle competenze.</p>	<p>La presenza di diverse figure professionali all'interno di un PS suddiviso per aree di trattamento differenti, può garantire una gestione efficace, efficiente e qualificata, di pazienti con differenti priorità cliniche. L'utilizzo di strumenti organizzativi e che standardizzano le procedure facilita la comunicazione interdisciplinare, la presa di decisioni cliniche e riduce i conflitti. Attraverso l'analisi di casi clinici è stato possibile descrivere un setting di cura evidenziando le competenze specialistiche degli ENPs e gli spazi di collaborazione tra medici ed infermieri. Gli ENPs hanno garantito un'adeguata comunicazione con il paziente nelle diverse fasi del processo terapeutico.</p>

<p><i>The impact of nurse practitioners on care delivery in the emergency department: a multiple perspectives qualitative study.</i></p>	<p>Li J., Westbrook J., Callen J. et al. 2013 2 DE in Australia</p>	<p>Studio qualitativo trasversale condotto attraverso interviste semi-strutturate tra il Luglio 2010 e Gennaio 2011</p>	<p>Lo scopo dello studio è di esplorare le percezioni dei professionisti che lavorano nel DE circa l'impatto del NP sulle cure fornite nel DE.</p>	<p>Il campione è composto da 5 NPs, 4 medici "senior" e 5 infermieri "senior". L'impatto del ruolo NP è stato percepito in modo diverso dai diversi gruppi di partecipanti. Gli infermieri responsabili hanno notato un miglioramento del flusso di pazienti nel DE e una maggiore efficienza con l'introduzione del NP. La maggior parte degli intervistati ha affermato che il NP permette una migliore gestione dei pazienti non urgenti e permette ai medici di concentrarsi sui pazienti più gravi e urgenti. Infermieri e NPs ritengono che il NP abbia contribuito a riqualificare il ruolo degli infermieri. Tutti gli intervistati hanno convenuto sul fatto che i NPs abbracciano un modello di cure più olistico e ne apprezzano le capacità educative. I NPs ritengono di porre una maggiore enfasi sulla prevenzione sanitaria, sulla promozione della salute, sull'educazione del paziente e le capacità di cura di sé.</p>	<p>L'impatto del ruolo di NP nel DE è stato percepito in modo diverso dai differenti gruppi di partecipanti. Il NP è un professionista autonomo ma è parte di un team multi-professionale ed è quindi fondamentale che riesca ad integrarsi bene all'interno del team affinché non si creino conflitti; è importante che i vari professionisti ne riconoscano il ruolo, solo così i NPs possono raggiungere l'obiettivo di migliorare le cure fornite ai pazienti e l'efficienza del DE.</p>
<p><i>How emergency nurse practitioners view their role within the emergency department: A qualitative study.</i></p>	<p>Lloyd-Rees J. 2015 DE nel Regno Unito</p>	<p>Studio qualitativo condotto attraverso interviste</p>	<p>L'obiettivo è di esplorare come gli ENP vedono il loro ruolo all'interno dei Dipartimenti di Emergenza</p>	<p>Sono 8 gli ENP intervistati; i risultati indicano che si tratta di infermieri esperti, che hanno ricevuto una formazione specifica nelle cure d'emergenza, alcuni sono in possesso di un Master; l'importanza della formazione continua è stata sostenuta attivamente da tutti gli intervistati, i quali ritengono vitale il ruolo dell'educazione. Gli intervistati hanno percepito che il loro ruolo è stato accettato e riconosciuto dai medici che lavorano al loro fianco, mentre i medici che non conoscono e non hanno chiaro il ruolo del ENP sono incerti sul valore da attribuirgli. Gli intervistati ritengono che il ruolo di ENP sia dato dall'espansione e dalla legittimazione di competenze già esistenti per gli infermieri. Questo ha permesso di fornire la migliore assistenza ai pazienti con il conseguente aumento della soddisfazione sul lavoro.</p>	<p>Un fattore chiave di motivazione per il ruolo è stata la soddisfazione sul lavoro per la maggior parte dei ENP in questo studio. È evidente che gli ENP sono soddisfatti di offrire le proprie competenze sul campo e di vedere l'effetto positivo che le loro abilità hanno sul servizio ma non approvano la mancanza di un adeguato riconoscimento economico. È stata riconosciuta la necessità di istituire programmi di formazione e di tirocinio standardizzati a livello nazionale.</p>

<p><i>The effectiveness of a provider in triage in the emergency department: a quality improvement initiative to improve patient flow.</i></p>	<p>Love R.A., Murphy J.A., Lietz T.E. et al. 2012 DEA in North Carolina, USA</p>	<p>Studio quali-quantitativo</p>	<p>Presentare un'iniziativa di miglioramento del Triage progettata e realizzata per migliorare il flusso dei pazienti nei DEA, aumentando efficienza tempestività, soddisfazione dei pazienti e diminuendo il numero di pazienti che abbandonano il DEA senza essere visitati.</p>	<p>Secondo questo progetto riorganizzativo tutti i pazienti che arrivano al DEA sono inizialmente visti e valutati nell'area Triage da un ENP o da un assistente medico. Dai risultati dello studio emerge che il tempo che intercorre tra l'arrivo del paziente al DEA e la visita medica è passato da una media di 75 min. ad una di 25 min. grazie all'introduzione di questa riorganizzazione. La percentuale di pazienti che ha lasciato il DEA prima della visita è passata dal 3,6% allo 0,9%. Per assicurare il successo di questo progetto è essenziale che gli ENPs e gli assistenti medico che ricoprono questo ruolo abbiano un alto livello di conoscenze e competenze nel campo della medicina d'emergenza. Il percorso di cura del paziente, secondo questo modello, è più veloce ed efficiente e spesso porta ad una riduzione del tempo di inattività trascorso tra la valutazione medica del paziente, l'avvio alle procedure diagnostiche e la successiva refertazione.</p>	<p>In conclusione, questa iniziativa di miglioramento della qualità rappresenta un modello innovativo per aumentare la soddisfazione dei pazienti, migliorare i servizi nel DEA, aumentare l'efficienza del flusso di pazienti, e ridurre il numero di pazienti che lasciano il DEA prima di completare il trattamento. Questa iniziativa si è dimostrata di grande successo nella struttura in cui è stata implementata.</p>
<p><i>Patient perceptions of emergency department fast track: a prospective pilot study comparing two models of care.</i></p>	<p>Lutze M., Ross M., Chu M. et al. 2014 DE in Australia</p>	<p>Studio pilota</p>	<p>Confrontare la soddisfazione dei pazienti confrontando due modelli di FT, uno gestito da medici e l'altro da infermieri; Determinare la percentuale di pazienti afferiti al FT che preferisce essere vista da un medico di medicina generale piuttosto che presentarsi in PS.</p>	<p>Hanno completato il questionario, e sono stati quindi inclusi nello studio, 353 pazienti, di cui 212 trattati da medici (gruppo DR) e 141 pazienti trattati da infermieri (gruppo ENP). I due gruppi avevano caratteristiche di base simili in termini di età, sesso e tempi di attesa. Nel complesso, 320 su 353 pazienti (l'86%) hanno valutato le cure ricevute come molto buone o eccellenti; solo lo 0,6% le ha considerate scadenti. I punteggi di soddisfazione nel gruppo ENP sono risultati superiori a quelli del gruppo DR (mediana del punteggio 4 vs 3 su un massimo di 4). Nel complesso, 175/353 (50%) dei pazienti ha indicato che avrebbero preferito vedere un medico di medicina generale per un problema simile, se disponibile nelle vicinanze. Questi numeri sono stati leggermente inferiori nel gruppo NP (43%) rispetto al gruppo DR (53%).</p>	<p>La soddisfazione dei pazienti nell'area FT è maggiore per coloro che sono stati trattati secondo il modello FT gestito da ENPs rispetto a coloro che sono stati trattati da medici. I risultati suggeriscono che gli ENPs possono essere una valida alternativa al medico per la presa in cura dei pazienti con problematiche minori nei DE. Gli autori raccomandano una valutazione più rigorosa per stabilire fattibilità e sicurezza di tali strategie prima di un'attuazione su larga scala.</p>

<i>A review of the Transitional Emergency Nurse Practitioner.</i>	Lutze M., Ratchford A., Fry M. 2011 in Australia	Studio osservazionale retrospettivo condotto in due periodi: Dicembre 2007 - Febbraio 2008; Dicembre 2008 - Febbraio 2009	Esplorare il modello ENP implementato in due DE urbani e identificare se i pazienti sono gestiti in modo appropriato, sicuro e tempestivo.	Nei due DE sono stati visitati da ENPs complessivamente 482 pazienti, 402 nell'area S&T e 70 nell'area FT. Nel DE1 gli l'ENP ha visitato 1,04 pazienti/h, nel DE2 0,68 pazienti/h. La mediana dei tempi di permanenza nel DE è stata di 142 min. L'87% dei pazienti è stato dimesso a domicilio. Non ci sono state ripresentazioni inappropriate o non pianificate. Non si sono verificati eventi avversi, lamentele o problemi di sicurezza per i pazienti.	Gli ENPs si sono integrati con successo nei DE, dimostrando di saper gestire in modo appropriato specifici gruppi di pazienti. È necessario sviluppare linee guida più complete per la pratica degli ENPs; questo promuoverebbe una maggior trasparenza, comprensione ed efficacia del ruolo.
<i>Knowledge and attitudes of ED staff before and after implementation of the Emergency Nurse Practitioner role.</i>	Martin R., Considine J. 2005 in Australia	Studio prospettico 104 tra medici e infermieri hanno completato il questionario pre-ENP, 79 per quello post-ENP.	Esaminare gli atteggiamenti e le conoscenze del personale medico ed infermieristico del DE nei confronti del ruolo di ENP prima e dopo l'implementazione del modello di assistenza offerto dall'ENP.	I dati emersi dal questionario pre-ENP indicano che il personale era generalmente favorevole verso il ruolo di ENP, ne riconosceva competenze e conoscenze avanzate ma non comprendeva completamente come avrebbe funzionato nella pratica clinica. I dati post-ENP mostrano aumenti statisticamente significativi nella comprensione del ruolo e delle funzioni dell'ENP, e una maggiore conoscenza dei requisiti necessari per diventare ENP. A seguito dell'implementazione del ruolo di ENP ci sono stati aumenti significativi nella frequenza di risposte positive riguardo prestazioni di cura d'emergenza, educazione dei pazienti, approvazione dei titoli e dimissione dei pazienti dal DEA.	Anche se gli atteggiamenti e le conoscenze del personale medico e infermieristico verso l'ENP sono stati generalmente favorevoli, potrebbero essere migliorati con sessioni educative in particolare per quanto riguarda aspetti specifici del ruolo e delle funzioni dell'ENP. È emersa la necessità di adottare un approccio collaborativo affinché si verifichi l'implementazione effettiva del ruolo dell'ENP in un ambiente clinico.
<i>A randomised trial comparing the clinical effectiveness of different emergency department healthcare professionals in soft tissue injury management.</i>	McClellan C.M., Cramp F., Powell J., et al. 2012 DE nel Regno Unito	Trial randomizzato	Valutare l'efficacia clinica della gestione di alcune problematiche minori da parte di ENP (e di Extended Scope Physiotherapist) confrontata con le cure fornite dai medici.	Il campione è composto da 372 pazienti, divisi in tre gruppi di trattamento (gruppo ENP, gruppo ESP, gruppo medici). I risultati dello studio dimostrano che le cure fornite dagli ENPs sono considerate equivalenti a quelle fornite dai medici, in termini di efficacia e sicurezza.	Questo studio indica che gli ENPs possono gestire con successo i pazienti con problematiche non gravi/urgenti senza che si verifichino complicazioni ed ottenendo risultati clinici equivalenti alle cure tradizionali fornite dal personale medico.

<p><i>Emergency nurse practitioners' perceptions of their role and scope of practice: Is it advanced practice?</i></p>	<p>McConnell D., Slevin O.D., McIlfatrick S.J. 2013 Regno Unito</p>	<p>Studio quali-quantitativo condotto attraverso questionari</p>	<p>Lo scopo è esplorare e chiarire il ruolo e le funzioni del ENP in una regione del Regno Unito e determinare se questi soddisfano i criteri stabiliti per la pratica infermieristica avanzata.</p>	<p>Dai 42 questionari compilati da ENPs che lavorano in 16 dipartimenti di Emergenza e in 4 Minor Injury Units (MIUs) del Regno Unito è emerso che: la preparazione per svolgere il ruolo varia da chi è in possesso di una specializzazione post-laurea a chi ha semplicemente partecipato a giornate di formazione o di studio in fase di preparazione al ruolo. Solo una piccola percentuale di ENPS ha citato la mancanza di conoscenze e di educazione come un ostacolo alla propria autonomia. Ciò indica che essi sentivano di avere il controllo del proprio ruolo in virtù delle loro conoscenze e competenze. In pochi hanno considerato il personale medico come un ostacolo alla propria autonomia. Mentre il 69% degli intervistati ritiene che i protocolli definiscano fortemente il loro campo di applicazione pratica, poco più della metà di coloro che ne fanno uso si sentono limitati da essi. I domini NMC e le competenze per la pratica avanzata (NMC, 2005) dimostrano una particolare attenzione alla multidimensionalità del ruolo; perciò gli ENP devono possedere competenze cliniche avanzate e dimostrare un ampio raggio di esperienza.</p>	<p>Questo studio conferma quanto rilevato dalla letteratura per quanto riguarda i fattori che incidono maggiormente sul ruolo ossia: la carenza di infrastrutture a sostegno del ruolo, l'obbligo di utilizzare protocolli e la carenza di personale che costringe gli ENP ad assumere ruoli diversi. La standardizzazione dell'istruzione, del ruolo e delle funzioni del ENP potrebbe ridurre la necessità di seguire protocolli e portare verso una maggiore autonomia del ruolo. Lo studio evidenzia la necessità di regolamentare la figura, il ruolo e il campo d'azione del ENP.</p>
<p><i>An evaluation of the quality of Emergency Nurse Practitioner services for patients presenting with minor injuries to one rural urgent care centre in the UK: a descriptive study.</i></p>	<p>McDevitt J., Melby V. 2014 Regno Unito</p>	<p>Studio quali-quantitativo condotto attraverso interviste e questionari</p>	<p>Valutare la qualità del servizio offerto da ENP per la gestione di problematiche minori: valutare sicurezza e efficacia del servizio; soddisfazione dei pazienti presi in carico da ENP; individuare i fattori che possono migliorare la qualità del servizio di ENP.</p>	<p>I risultati dello studio mostrano che nonostante i tempi di permanenza medi all'interno del Dipartimento di Emergenza siano relativamente bassi i pazienti hanno riferito di avere avuto il tempo a sufficienza per discutere pienamente con l'ENP. Sebbene l'ENP impartisca regolarmente consigli e feedback, per alcuni pazienti è emersa la necessità di ricevere informazioni più approfondite per quanto riguarda il problema che li ha condotti al servizio. La quasi totalità (97,3%) dei pazienti ritiene che la qualità del servizio fornito dall'ENP è stata molto alta. A differenza di altri studi, i risultati di questo studio indicano che la soddisfazione dei pazienti non è influenzata dai tempi di attesa.</p>	<p>Gli ENP del Infermieri di emergenza del Centro di cure d'emergenza (rurale) oggetto dello studio si sono dimostrati in grado di fornire un servizio di qualità, sicuro ed efficace. Lo dimostra un alto livello di soddisfazione degli utenti, la diminuzione dei tempi di attesa, una pratica efficace e la sicurezza garantita fornendo informazioni adeguate circa il piano di cura. Gli ENP sono professionisti altamente qualificati che lavorano in autonomia e in modo efficace per soddisfare le esigenze dei pazienti.</p>

<p><i>Emergency nurse practitioners: the views of patients and hospital staff at a major acute trust in the UK.</i></p>	<p>Melby V., Gillespie M., Martin S. 2011 Regno Unito</p>	<p>Studio qualitativo quantitativo condotto attraverso questionari e interviste semi-strutturate</p>	<p>Lo scopo dello studio è esplorare il punto di vista del personale e dei pazienti verso il potenziale servizio offerto da ENP in un dipartimento di emergenza.</p>	<p>Dai 144 questionari compilati dallo staff del DE (di cui 100 infermieri, 27 medici, 5 farmacisti e 12 radiologi) è emerso che oltre il 55% degli intervistati afferma di avere una chiara conoscenza del ruolo del ENP (solo il 15% ha affermato di non averla). I diversi gruppi professionali sono d'accordo nell'affermare che l'ENP dovrebbe svolgere le funzioni del ruolo tradizionalmente riconosciute, mentre il ruolo del ENP nella diagnosi e nella terapia non è stato supportato uniformemente. L'80% ha affermato che l'introduzione del servizio migliorerebbe qualità e continuità delle cure, con una riduzione dei tempi d'attesa, anche se il 35% ha ammesso che tale sviluppo potrebbe causare conflitti tra il personale. Gli intervistati hanno affermato che l'introduzione del ENP sarebbe di grande beneficio per gli infermieri, aumentando la loro soddisfazione sul lavoro, riducendo frustrazioni e stress e ampliandone le prospettive di carriera. Tutti i gruppi professionali hanno sostenuto con forza che l'attività di ENP deve essere basata sull'uso di protocolli validati. Tutti i 10 pazienti intervistati si sarebbero fatti trattare da un ENP. Tutti i pazienti hanno affermato di non voler aspettare il trattamento di un medico se possono venir trattati prima da un ENP.</p>	<p>Non emergono dubbi sulle capacità degli ENP di trattare le problematiche minori assicurando continuità e qualità delle cure (i dubbi riguardano solo le funzioni maggiori come l'interpretazione delle radiografie). Medici e infermieri hanno sollevato preoccupazioni circa la responsabilità e la mancanza di programmi di educazione ufficiali oltre che di un inquadramento normativo della figura di ENP in UK. La soddisfazione dei pazienti è associata ai tempi di attesa e questo studio suggerisce che il servizio degli ENP contribuisce a rendere il sistema efficiente e senza soluzione di continuità. Tra le sfide maggiori: difficoltà di accettazione da parte del team multidisciplinare e dell'opinione pubblica e mancata definizione delle precise funzioni e responsabilità dell'ENP. È necessario colmare le carenze di informazione circa ruolo e funzione dell'ENP.</p>
---	---	--	--	---	--

<p><i>Factors influencing the decision to use nurse practitioners in the emergency department.</i></p>	<p>McGee L.A., Kaplan L. 2007 DE in USA</p>	<p>Studio osservazionale: intervista semi-strutturata rivolta a 4 manager</p>	<p>L'obiettivo dello studio è stabilire i fattori che influenzano la decisione di inserire NPs nei DE.</p>	<p>Dallo studio emerge che l'introduzione di NPs nei Dipartimenti di Emergenza è scoraggiata dal rifiuto del personale medico. Tuttavia, i 4 manager intervistati hanno riferito alti livelli di soddisfazione degli utenti connessa all'impiego di NP. I due manager che non lavorano nel DE con NPs sono altamente favorevoli all'introduzione di NP e ne hanno favorito l'assunzione. È emerso, inoltre, che i medici che hanno lavorato con NPs sono più positivi verso il loro ruolo.</p>	<p>Gli ospedali devono esplorare le possibili alternative per la gestione dei casi non urgenti nei DE; i pazienti potranno usufruire di un servizio migliore se gli infermieri vengono impiegati più ampiamente nei DE. Sono necessarie ulteriori ricerche per capire il motivo per cui i medici di pronto soccorso sono restii verso l'assunzione di ENPs. Incoraggiare l'assunzione di ENPs può ridurre il sovraffollamento, i tempi di attesa, aumentare la qualità delle cure e la soddisfazione dei pazienti nei DE.</p>
<p><i>Evaluation of the fast track unit of a university emergency department.</i></p>	<p>Nash K., Zachariah B., Nitschmann J. 2007 DE in Texax, USA</p>	<p>Studio qualitativo: Settembre 2004 – Febbraio 2005</p>	<p>Valutare l'efficacia dell'introduzione di un area FT gestita da ENPs nel DE. Gli obiettivi del FT comprendono: riduzione dei tempi di permanenza nel DE, riduzione del sovraffollamento e aumento della soddisfazione dei pazienti.</p>	<p>Durante il periodo di valutazione, 5995 pazienti sono stati visitati nell'area FT. Il tempo medio di permanenza nel DE è stato di 4,36 h, mentre per i pazienti trattati nell'area FT è stato di 1,97 h. Tra i pazienti che hanno seguito il percorso di cure tradizionale, gli allontanamenti spontanei sono stati il 6,7%, contro il 3,9% dei pazienti trattati nell'area FT. Sul totale dei pazienti FT, solo il 2,3% è tornato al DE entro tre giorni, per nessuno dei quali è stato richiesto il ricovero; ciò indica che le cure fornite dagli ENPs sono state appropriate. Sono stati somministrati dei questionari (n=90) dai quali emerge che il 100% dei pazienti trattati nell'area FT ha giudicato la qualità delle cure ricevute dagli ENPs come buona o eccellente.</p>	<p>Anche se i tempi di permanenza all'interno del Dipartimento e la percentuale degli allontanamenti spontanei non soddisfano le aspettative, il flusso dei pazienti è più veloce con l'implementazione del Fast Track. I dati riguardo la soddisfazione dei pazienti dimostrano che l'area FT gestita da ENPs è una risorsa ben accolta dai pazienti. I risultati forniscono indicazioni per le future ricerche sull'utilizzo di ENP nei DE.</p>

<i>Profiling emergency nurse practitioner service: an interpretive study.</i>	O'Connell J., Gardner G., Coyer F. 2014 Dicembre 2012 – Febbraio 2013	Studio qualitativo condotto attraverso interviste tra Dicembre 2012 e Febbraio 2013.	L'obiettivo dello studio è esplorare il ruolo di ENP in Australia	Gli ENP operano nei contesti di emergenza a livello internazionale da più di 30 anni; la letteratura supporta il valore di questo ruolo in termini di soddisfazione dei pazienti, efficacia nel miglioramento degli indicatori di servizio, e accettabilità del ruolo. L'introduzione di questo modello è stata determinante nella riduzione dei tempi di attesa per i pazienti con problematiche non urgenti e ha avuto un impatto positivo sulla prestazione dei dipartimenti di emergenza. I risultati dello studio mostrano che, sebbene non esista un unico modello che definisca il ruolo di ENP in Australia, ci sono delle caratteristiche pratiche comuni a tutti i modelli; queste sono state concettualizzate come "modalità di pratica."	Questo studio ha prodotto nuove conoscenze sul profilo pratico degli ENP. I risultati contribuiranno allo sviluppo di standard per la formazione e lo sviluppo professionale continuo degli ENP.
<i>A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments.</i>	Oredsson S., Jonsson H., Rognes J. et al. 2011	Revisione sistematica della letteratura	L'obiettivo della revisione è valutare gli interventi finalizzati alla migliore gestione dell'affluenza dei pazienti nell'ED	Sono stati inclusi nella revisione 33 studi di buona qualità metodologica. Sono stati considerati 5 interventi che si propongono di migliorare il flusso dei pazienti nell'ED (Fast Track, Team Triage, Streaming, Point-of-care testing e richiesta di raggi x da parte degli infermieri) il Fast Track è risultato quello supportato dalle migliori evidenze scientifiche. Oltre a migliorare il flusso di pazienti, il FT avrebbe benefici legati all'economia e alla soddisfazione dei pazienti. Tuttavia, questo richiede ulteriori valutazioni. Molti studi hanno chiaramente dimostrato che l'introduzione del FT non incide negativamente sul trattamento e sui tempi d'attesa dei pazienti più gravi.	Dagli studi analizzati emerge che l'introduzione del FT riduce i tempi d'attesa, la durata della permanenza nell'ED e il numero di pazienti che lasciano l'ED senza essere visitati. Per quanto riguarda gli altri interventi analizzati non vi sono sufficienti evidenze scientifiche a supporto.
<i>Evaluating care in ED fast tracks.</i>	Quattrini V., Swan B.A. 2011	Revisione narrativa della letteratura	L'obiettivo della revisione è valutare il modello FT (gestito da NPs) impiegato per diminuire il sovraffollamento nel DE	Gli studi inclusi nella revisione sostengono l'impiego del sistema FT nei DE per la gestione dei pazienti non urgenti, in quanto sono stati documentati miglioramenti dei tempi d'attesa, dei tempi medi di permanenza nel DE e della qualità generale delle cure fornite, oltre alla riduzione del numero degli allontanamenti spontanei prima della visita. Inoltre il FT non influisce negativamente sulle cure dei pazienti più urgenti. Le ricerche dimostrano che la soddisfazione dei pazienti è fortemente legata ai tempi d'attesa; il FT e gli ENPs costituiscono un valore aggiunto per i DE affollati in quanto portano ad una diminuzione dei tempi d'attesa, migliorando il flusso dei pazienti, all'aumento della soddisfazione dei pazienti e ad un miglior utilizzo delle risorse fornendo cure di alta qualità a bassi costi. Sono necessarie ulteriori ricerche che indaghino la struttura, l'implementazione e lo sviluppo del sistema FT.	

<i>See and Treat in the Emergency Department: legal aspects and professional nursing responsibility</i>	Radice C., Ghinaglia M., Doneda R., Bollini G. 2013	Revisione sistematica della letteratura (e analisi della normativa italiana)	Analizzare aspetti legali inerenti la responsabilità professionale infermieristica nella presa in carico autonoma del paziente con un problema di salute minore che accede al S&T.	Recenti studi hanno dimostrato che la gestione dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso con problemi di salute minori in un'area dedicata, gestita da infermieri specificamente formati, ha consentito di ridurre i tempi di attesa per la visita medica ed il tempo di permanenza nel Dipartimento di Emergenza. Diversi studi hanno dimostrato i benefici dell'utilizzo dell'ENP in termini di riduzione del tempo di attesa per la visita medica, con un considerevole aumento del grado di soddisfazione del paziente, mantenendo adeguati standard di qualità nella risposta ai problemi clinici minori.	Il S&T rappresenta una strategia di risposta al sovraffollamento, ponendosi come principale obiettivo la riduzione del tempo di attesa per i codici minori, evitando così un improprio utilizzo di risorse materiali e professionali. L'infermiere di S&T si configura come un infermiere esperto, adeguatamente formato, che opera nel rispetto di protocolli. La normativa non è in contrasto con l'introduzione di questa figura.
<i>Evaluation of a 'see and treat' pilot study introduced to an emergency department</i>	Rogers T., Ross N., Spooner D. 2004 DE a Cambridge, Regno Unito	Studio retrospettivo comparando i dati raccolti in 2 periodi (2 settimane prima e 3 dopo l'introduzione del S&T)	Lo scopo dello studio è valutare l'efficacia di un servizio di See and Treat sui tempi d'attesa dei pazienti con lesioni e malattie minori.	Il 70% dei pazienti con codice 4 è candidabile al See and Treat. Il 75% dei pazienti prima ed il 98% dopo ha avuto un tempo di triage <15 min; i tempi medi d'attesa per la visita vanno da 56 a 30min; la quota di pazienti visti in un'ora è passata dal 63% al 90% e quella dei dimessi in un'ora dal 16% al 41%; il tempo medio di permanenza totale all'interno del DE è passato da 1 h e 39 min. a 1 h e 17 min.; il tempo medio d'attesa per i pazienti con codice di triage 2 è passato da 49 min. a 31 min., e per quelli con codice 3 da 1h e 4 min. a 47 min.	L'introduzione del S&T nel Dipartimento di Emergenza ha portato ad una riduzione dei tempi d'attesa per i pazienti con problematiche minori ed ha avuto un impatto positivo anche sui pazienti più gravi.

<p><i>Risultati della sperimentazione del See and Treat. Analisi dei dati e sviluppi futuri.</i></p>	<p>Rosselli A., Francois C., Massai D., Becattini G. et al. 2011</p>	<p>Editoriale</p>		<p>I casi trattati nel percorso See and Treat rappresentano il 6,37% di tutti i pazienti che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso nella fascia 8-20. Dei 66.752 pazienti valutati al Triage con codice Verde-Azzurro-Bianco, 7387, pari all'11%, è stato assegnato al percorso See and Treat. Di questo 11%, il 15% è rappresentato da codici bianchi, il 57% da codici azzurri e il 28% dai codici verdi. Se si considerano solo i codici minori (bianchi/azzurri) si rileva che questi hanno rappresentato il 29% di tutti gli accessi bianchi/azzurri, nella fascia oraria di attività del See and Treat. Dei 7.387 casi, la patologia traumatologica ha rappresentato di gran lunga la percentuale maggiore (70%). L'analisi dei tempi di attesa della metodica See and Treat rispetto al percorso tradizionale evidenzia una netta e significativa riduzione delle attese per tutti i casi trattati nell'ambulatorio S&T (-65% di attesa media globale). Anche per i tempi di permanenza i dati rilevati evidenziano una riduzione netta nei confronti del tradizionale percorso di PS (-71% di permanenza media globale).</p>	<p>Nella fase di sperimentazione non sono stati documentati reingressi spontanei per persistenza o complicità del motivo di accesso, non si sono verificati eventi avversi, non si sono ricevuti reclami formali. Sono state frequenti le testimonianze esplicite di gratitudine per le prestazioni avute. L'auspicabile estensione e il potenziamento dei percorsi See and Treat nei PS dovrà condurre ad un generale miglioramento dell'efficienza di tutto il sistema emergenza-urgenza, con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa dei pazienti affetti dalle patologie più gravi. Il percorso S&T può essere previsto anche nelle strutture territoriali in modo da intercettare una consistente quantità di casi clinici minori che altrimenti giungerebbero in PS.</p>
<p><i>Effects of a fast-track area on emergency department performance.</i></p>	<p>Sanchez M., Smally A.J., Grant R.J. et al. 2006 DE negli USA</p>	<p>Studio caso-controllo: confronto degli indicatori di servizio su tutti gli utenti del DE prima dell'introduzione del FT tra Febbraio 2001-2002 e con il FT tra Febbraio 2002-2003</p>	<p>Valutare l'efficacia dell'introduzione del FT in termini di: riduzione tempi d'attesa e di permanenza nei DE; miglioramento della qualità delle cure (diminuzione allontanamenti spontanei, mortalità e rientri non programmati).</p>	<p>L'introduzione del FT per la gestione dei pazienti con problematiche non urgenti ha ridotto i tempi d'attesa (-50%) e di permanenza (-9,79%) per tutti gli utenti. I pazienti che si sono allontanati spontaneamente prima della visita si sono ridotti del 52.18%, senza che si verificasse un aumento dei rientri non programmati (-1.31%) o del tasso di mortalità (-3.57%).</p>	<p>Lo studio dimostra che l'introduzione di un'area FT è associata ad un miglioramento degli indicatori di efficacia di un DE, senza causare effetti negativi sulla qualità delle cure fornite misurata in termini di allontanamenti spontanei, rivedite e mortalità. Questi risultati sono stati ottenuti nonostante l'aumento del numero di visite nell'anno di introduzione del FT.</p>

<p><i>Emergency nurse practitioners and doctors consulting with patients in an emergency department: a comparison of communication skills and satisfaction.</i></p>	<p>Sandhu H., Dale J., Stallard N. et al. 2009 DE nel Regno Unito</p>	<p>Studio osservazionale condotto attraverso un questionario</p>	<p>Lo scopo dello studio è confrontare la soddisfazione dei pazienti con problematiche non urgenti associata alle cure degli ENPs rispetto a quelle dei medici, all'interno del DE.</p>	<p>Gli ENPs, durante le visite, si sono concentrati maggiormente sull'educazione e il counselling circa la condizione medica e il regime terapeutico, rispetto ai medici. Questo ha aumentato la soddisfazione dei pazienti, i quali si sono sentiti maggiormente coinvolti. Non sono state riscontrate differenze significative per quanto riguarda la lunghezza delle visite. Gli ENPs hanno livelli di auto-soddisfazione più alti rispetto a quelli dei medici.</p>	<p>Rispetto ai medici, durante la visita gli ENPs sono più attenti agli aspetti di l'educazione e counselling verso i pazienti, in particolare per quanto riguarda il regime terapeutico. Sebbene i livelli di soddisfazione dei pazienti siano risultati globalmente alti, il livello più alto è stato registrato con gli ENPs.</p>
<p><i>Nurse practitioner candidates: Shifting professional boundaries.</i></p>	<p>Searle J. 2007 DE in Australia</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Determinare l'impatto dell'implementazione di un nuovo servizio offerto da ENPs dal punto di vista degli operatori sanitari più strettamente coinvolti, identificare i fattori favorenti e sfavorenti per l'attuazione del ruolo.</p>	<p>I partecipanti (n=37) hanno riferito che il servizio di ENP migliora la collaborazione inter-professionale, mette in rilievo la professionalità dell'infermiere, migliora efficienza e qualità delle cure, aumenta la soddisfazione sul lavoro e permette ai medici di concentrarsi sui casi più gravi. Il successo dell'implementazione di questo servizio è dipeso anche dalle campagne di pubblicità/ informazione su ruolo e funzioni dell'ENP, dall'utilizzo di protocolli e di revisioni periodiche, dal coinvolgimento e supporto degli operatori interessati. Tra i fattori sfavorenti: il conflitto tra competenze inter-professionali, la difficoltà di accesso all'educazione e al tirocinio per gli ENPs, la scarsità di fondi ed i tempi prolungati per l'approvazione del servizio.</p>	<p>La maggior parte dei medici e del personale infermieristico ha fortemente sostenuto questo modello di pratica, con poca ostilità evidente tra gli operatori sanitari. Si sono rilevate fondamentali l'educazione e le campagne di informazione per chiarire il ruolo e le funzioni dell'ENP. Il bisogno di valutazione continua dell'efficacia, prestando attenzione alle conseguenze per tutti i membri del team di assistenza, è fondamentale affinché il servizio di ENP continui ad avere successo.</p>
<p><i>Evaluation of an Advanced Nurse Practitioner (Emergency Care) —An Irish Perspective.</i></p>	<p>Thompson W., Meskill P. 2012 DE in Irlanda</p>		<p>Fornire evidenze empiriche circa gli esiti delle cure fornite da <i>Advanced Nurse Practitioner</i> (ANP, termine equivalente all'ENP) nei Dipartimenti di Emergenza confrontandoli con quelli dei medici.</p>	<p>I risultati dello studio evidenziano che gli ANP hanno un indice di accuratezza diagnostica pari e in alcuni casi migliore di quello dei medici per quando riguarda l'interpretazione delle radiografie; gli ANP hanno dimostrato di saper riconoscere la necessità di somministrare analgesici ai pazienti; infine lo studio dimostra che i pazienti presi in carico da ANP hanno un tempo d'attesa ed un tempo di permanenza all'interno del Dipartimento di Emergenza inferiori rispetto a quello dei pazienti visitati da medici.</p>	<p>Il risultato più significativo dello studio è che l'ANP riduce i tempi di permanenza all'interno del Dipartimento di Emergenza per i pazienti con problematiche minori. Questo studio evidenzia il valore aggiunto che l'ANP fornisce alla qualità delle cure nei contesti di emergenza.</p>

<i>Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada.</i>	Thrasher C., Purc-Stephenson R. 2008 6 DE in Ontario, Canada	Studio osservazionale condotto attraverso questionari	Lo scopo dello studio è misurare la soddisfazione dei pazienti in relazione al ruolo dell'ENP, usando un questionario psicometrico validato	113 pazienti hanno completato il questionario, dal quale emergono tre temi principali: i pazienti sono molto soddisfatti per la sollecitudine e la completezza delle cure ricevute; hanno moderatamente compreso il ruolo; e sono soddisfatti del trattamento e delle informazioni ricevute circa la propria salute. È emerso, inoltre, che i pazienti che avevano già avuto esperienze precedenti con un ENP hanno avuto livelli di soddisfazione più alti rispetto a chi veniva visitato da un ENP per la prima volta.	L'introduzione di nuovi ruoli e modelli di assistenza richiede una valutazione del loro impatto sull'accettabilità da parte dei pazienti e sulla qualità delle cure. Il presente studio ha sviluppato un questionario valido ed affidabile per valutare la soddisfazione dei pazienti correlata alle cure ricevute dagli ENPs. I risultati suggeriscono che i pazienti sono molto soddisfatti per le attenzioni e le cure ricevute, nonostante sia stata rilevata una sola modesta comprensione del ruolo.
<i>Managing patient flow with triage streaming to identify patients for Dutch emergency nurse practitioners.</i>	Van der Linden C., Lindeboom R., van der Linden N. et al. 2012 DE in Olanda	Studio osservazionale	Lo scopo dello studio è valutare l'ENP-streaming come metodo di gestione del flusso di pazienti nell'DE	Su un campione di 48397 utenti giunti al DE nel 2009, 24294 (il 50,2%) sono stati considerati candidabili al trattamento da parte di ENPs. In questo gruppo, si registra il 100% di sopravvivenza e solo il 3% di ricoveri. Inoltre i tempi di permanenza nel DE sono più bassi rispetto a quelli degli altri pazienti nel DE.	Lo studio suggerisce che l'impiego di ENPs per la gestione dei pazienti con problematiche non urgenti può essere una valida strategia per far fronte al crescente affollamento dei DE. È fondamentale creare un sistema definito che permetta di identificare oggettivamente i pazienti idonei al trattamento da parte di ENP.
<i>Diagnostic accuracy of emergency nurse practitioners versus physicians related to minor illnesses and injuries.</i>	Van der Linden C., Reijnen R., De Vos R. 2010 DE in Olanda	Studio di coorte descrittivo: periodo di osservazione Gennaio 2008 – Giugno 2008	Determinare l'incidenza di pazienti con lesioni e problematiche non gravi gestiti impropriamente e valutare l'accuratezza diagnostica degli ENPs rispetto ai medici.	Su un totale di 1.482 pazienti, 29 (1,9%) hanno avuto una diagnosi mancata (missed injury) o sono stati impropriamente gestiti. Non è stata trovata una differenza statisticamente significativa tra il gruppo di pazienti trattati da ENP e quello medico in termini di diagnosi mancate o di gestione inadeguata. La causa più comune di diagnosi mancata è stata l'errata interpretazione delle radiografie. Non è stata rilevata alcuna differenza significativa nel tempo d'attesa per il trattamento da parte di ENPs rispetto ai medici (19 min. contro 20 min.). Il tempo medio di permanenza nel DE è stato più lungo per il gruppo trattato dai medici (85 min.) rispetto al gruppo ENP (65 min.).	Gli ENPs hanno dimostrato elevata accuratezza diagnostica, con il 97,3% di i pazienti diagnosticati e gestiti correttamente. Non sono state rilevate differenze significative tra infermieri e medici per quanto riguarda diagnosi mancate e gestioni inadeguate dei pazienti. Sebbene l'incidenza di tali eventi sia risultata molto bassa, essa può essere ulteriormente ridotta dando agli ENPs la possibilità di accrescere le proprie competenze e organizzando corsi di formazione specifica.

<p><i>An evaluation of the effectiveness and acceptability of nurse practitioners in an adult emergency department.</i></p>	<p>Wilson A., Shifaza F. 2008 DE in Australia</p>	<p>Studio osservazionale condotto attraverso questionari</p>	<p>L'obiettivo dello studio è valutare l'efficacia dei NPs nel trattamento dei pazienti con problematiche minori nei DE e valutare la soddisfazione dei pazienti trattati.</p>	<p>Lo studio include 57 pazienti trattati da NP. Il 91% si è dichiarato soddisfatto delle cure ricevute e il 93% ha considerato il NP competente e capace. Inoltre i pazienti hanno considerato le cure ricevute come "praticamente perfette" (56% fortemente d'accordo e 32% d'accordo). Solo il 31% è soddisfatto dei tempi d'attesa, gli altri credono di aver aspettato troppo. Il flusso dei pazienti attraverso il DE è stato migliorato e, conseguentemente, ha permesso alle risorse mediche di concentrarsi sulle presentazioni a più alta priorità.</p>	<p>I dati che emergono dallo studio supportano fortemente il ruolo del NP nei DE; i pazienti hanno considerato il servizio dei NP molto soddisfacente. È emerso, inoltre che l'introduzione del NP migliora il flusso dei pazienti all'interno del DE con conseguente diminuzione dei livelli di stress e ansia da parte degli utenti e del personale.</p>
<p><i>Review article: Emergency department models of care in the context of care quality and cost: a systematic review.</i></p>	<p>Wylie K., Crilly J., Toloo G.S. et al. 2015 Australia</p>	<p>Revisione sistematica della letteratura</p>	<p>L'obiettivo della revisione consiste nell'identificare gli attuali modelli di cura presenti nei DE e il loro impatto in termini di qualità dell'assistenza, efficacia delle cure e costi.</p>	<p>Il modello di cura più frequentemente valutato in letteratura è quello dell'ENP. Nonostante lievi variazioni tra le nazioni che adottano questo ruolo, generalmente gli ENP si prendono la responsabilità di gestire autonomamente pazienti con problematiche cosiddette "minori" ed operano all'interno di sistemi quali il FT e il S&T. Il servizio fornito da ENPs è associato ad una riduzione dei tempi d'attesa e di permanenza nel DE, e ad un aumento della soddisfazione dei pazienti trattati. Inoltre gli studi dimostrano che gli ENPs migliorano continuità e qualità delle cure (con una riduzione degli errori causa di eventi avversi, e dei tassi di ripresentazione in DE non pianificata) rispetto al personale medico. Per quanto riguarda l'analisi dei costi, le evidenze sono poche e in contrasto tra loro.</p> <p>Il FT è un modello di cura utilizzato per trattare un grande numero di pazienti a bassa priorità, il quale si è rivelato utile nel migliorare il flusso dei pazienti, la continuità delle cure e nel diminuire tempi d'attesa e di permanenza nel DE. Le ricerche future dovrebbero approfondire di più l'analisi costi/benefici dei vari modelli di cura d'emergenza.</p>	