



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**See And Treat: il modello per abbattere
l'overcrowding ed il ruolo dell'infermiere con
competenze avanzate**

Relatore: Chiar.mo
Daniele Messi

Tesi di Laurea di:
Aurora Qordja

Correlatore: Chiar.mo
Riccardo Finucci

A.A. 2023/2024

INDICE

Introduzione	1
Le origini del Pronto Soccorso	1
Triage	2
Il fenomeno dell'overcrowding	4
Nascita del "See and Treat"	7
"See and Treat" in Italia	7
L'infermiere con competenze avanzate	8
Obiettivo	12
Materiali e metodi	13
Risultati	15
Discussione	21
Conclusioni	31
Implicazioni per la pratica clinica	32
Bibliografia e Sitografia	34

ABSTRACT

Background:

Negli ultimi anni, i dipartimenti di emergenza hanno affrontato un crescente sovraffollamento, che ha portato a tempi di attesa più lunghi e a una riduzione dell'efficienza. Il triage è stato introdotto per gestire meglio le risorse, classificando i pazienti in base alla gravità delle loro condizioni, ma il problema persiste. Per rispondere a questa sfida, è stato sviluppato il modello "See and Treat", che consente agli Emergency Nurse Practitioner (ENP) di trattare autonomamente i pazienti con problemi minori. Questo approccio ha contribuito a ridurre i tempi di attesa e ha valorizzato il ruolo degli infermieri, aprendo nuove prospettive per la professione.

Obiettivo:

L'obiettivo di questa tesi è valutare in modo critico il modello 'See and Treat' come strategia innovativa per affrontare il sovraffollamento nei pronto soccorso, ponendo particolare attenzione al ruolo degli ENP.

Materiale e Metodi:

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura utilizzando le banche dati *PubMed*, *CINAHL*, *Cochrane Library*, *Scopus*, e *Web of Science* impiegando le seguenti parole chiave: "See and Treat", "Emergency Nurse Practitioner", "Minor Injuries Unit" uniti dall'operatore Booleano "OR". Sono stati analizzati un totale di 24 lavori che rispettassero i criteri di inclusione.

Risultati:

Dall'analisi dei lavori, i risultati ottenuti descrivono vantaggi e svantaggi della gestione di problematiche cliniche minori tramite modello "See and Treat". I vantaggi principali sono risultati essere: maggior soddisfazione degli utenti; migliori qualità e continuità di cure; riduzione dei tempi di attesa; possibilità di gestione di bacino di utenza ampi; maggiori skill degli infermieri per gestire le lesioni minori; riduzione del carico di lavoro del personale medico; efficienza del lavoro in squadra. I principali svantaggi emersi sono invece stati: problemi medico-legali; problemi nel reperire fondi per la formazione e l'istituzione di queste nuove equipe; possibile perdita di skill degli ENP su trauma e

emergenze maggiori per l'alta specializzazione e la frequenza del servizio prestato nella cura delle Minor Injuries; rischio di successo degli ENP e di costante sottodimensionamento del personale medico; ostacolo culturale legato all'accettazione reciproca dei ruoli tra diversi gruppi professionali; sensazione dei ENP che i medici tendano a lavorare meno in presenza di un servizio gestito dagli infermieri per i codici minori.

Discussione e Conclusione:

Il modello "See and Treat", che vede il suo cuore pulsante nella figura dell'ENP, sembra portare ad un significativo passo avanti nella gestione delle emergenze. Il coordinamento delle problematiche cliniche di entità minore mediante modello "See and Treat" ha dimostrato fornire un'efficienza gestionale, con riduzione dei tempi di attesa ed incremento della soddisfazione dell'utenza, ed un'accuratezza diagnostica notevole quando il personale incaricato è stato debitamente formato. Nonostante le problematiche medico-legali che necessitano miglior definizione e l'evoluzione culturale implicita in qualunque cambiamento, il modello "See and Treat" potrebbe rappresentare una delle migliori strategie per la gestione dell'overcrowding del Pronto Soccorso nel Sistema Sanitario Nazionale.

INTRODUZIONE

LE ORIGINI DEL PRONTO SOCCORSO

Il Pronto Soccorso (PS) rappresenta una delle componenti fondamentali del sistema sanitario, offrendo cure immediate e salvavita a pazienti in condizioni di emergenza. Si tratta di un'unità operativa cruciale, spesso il primo punto di contatto per chi necessita di assistenza medica urgente. Le sue origini risalgono ai primi servizi di emergenza medica organizzati in Europa nel XIX secolo, periodo in cui le società iniziarono a riconoscere la necessità di una risposta rapida e coordinata alle situazioni di emergenza sanitaria. Con il passare del tempo, si è assistito allo sviluppo progressivo di strutture specializzate dedicate al trattamento immediato delle urgenze, dotate di personale altamente qualificato e di attrezzature specifiche per affrontare situazioni critiche.

Nel corso degli anni, il Pronto Soccorso è diventato una parte fondamentale della sanità pubblica, offrendo accesso immediato alle cure urgenti per tutti. Questo ha contribuito a ridurre significativamente i tassi di mortalità e complicazioni nelle emergenze. Oltre a fornire cure immediate, il PS svolge anche un'importante funzione sociale, garantendo assistenza a chiunque ne abbia bisogno, senza distinzioni di reddito o status sociale. Il suo ruolo è centrale per assicurare un accesso equo alle cure, indipendentemente dalle condizioni economiche dei pazienti.

Tuttavia, l'importanza crescente del Pronto Soccorso è stata accompagnata da sfide significative. Le criticità che si sono progressivamente determinate sono rappresentate dal ritardo di accesso alle cure, dallo stazionamento (boarding) dei pazienti in attesa di ricovero e, in generale, dal sovraffollamento (overcrowding) nei Servizi di Pronto soccorso. Questi fattori hanno indirizzato Istituzioni e operatori verso la ricerca di nuovi scenari, capaci di realizzare una presa in carico precoce del paziente fin dal suo arrivo in Pronto Soccorso ed un utilizzo attivo dei tempi di attesa. Ci si è quindi occupati di affrontare tale situazione attivando, in linea con le direttive nazionali e sulla base delle evidenze scientifiche del momento, un sistema di accoglienza e valutazione del grado di

priorità di accesso alle cure. Tale sistema, individuato nel Triage infermieristico, è stata la prima risposta del Servizio Sanitario a tali criticità, favorendo in particolar un più appropriato accesso alle cure.

TRIAGE

Con il D.P.R. del 27 marzo del 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”, nel nostro Servizio Sanitario Nazionale viene per la prima volta introdotta la metodologia del Triage infermieristico, inteso quale strumento per effettuare una idonea selezione degli accessi in Pronto Soccorso, in base alla priorità determinata dalle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo, nonché dal grado di impegno delle risorse disponibili (Ministero della Salute, 2012b).

Queste indicazioni primitive vengono poi implementate tramite l'accordo Stato-Regioni del 25.10.01 in occasione del quale vengono stilate le “Linee Guida su Triage intraospedaliero - valutazione gravità all'ingresso - e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria” ancora oggi costituiscono valido riferimento.

L'assegnazione del codice di priorità è l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di Triage ed è basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione. Ciò determina la priorità dell'accesso alle cure da attribuire al paziente in relazione alle sue condizioni cliniche, al rischio evolutivo e alla disponibilità delle risorse. Non necessariamente il codice di priorità assegnato al Triage corrisponde alla gravità del paziente; soltanto l'integrazione con la successiva fase di valutazione, effettuata in sede di visita medica, permetterà di disporre di quegli elementi per la corretta formulazione del giudizio di gravità clinica del caso.

Il modello attualmente utilizzato consiste in un sistema a codice colore con cinque categorie alle quali corrispondono specifiche priorità clinica e il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento.

La Figura 1 che segue riporta i cinque livelli, la loro denominazione, la loro definizione e i tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento.

Nello specifico il codice colore rosso denota le emergenze che devono avere accesso immediato alle cure in quanto rappresentano un'interruzione o una compromissione di una o più funzioni vitali. Il codice colore arancione rappresenta un'urgenza medica alla quale deve essere dato accesso alle cure entro 15 minuti perché hanno elevato rischio di compromettere le funzioni vitali. Il codice colore azzurro indica quelle urgenze differibili, in cui la condizione del paziente è stabile e senza rischio evolutivo (il tempo di accesso in questo caso è 60 minuti). Seguono infine gli ultimi due codici, verde e bianco, che coinvolgono tutte le urgenze minori o i quadri di non urgenza rispettivamente, che hanno i tempi di accesso alle cure più lunghi.

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

Figura 1 Nuova codifica di priorità e tempi di attesa secondo le Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage del Ministero della Salute

Al termine della valutazione l'infermiere, assegnato il codice di Triage, può attivare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) più appropriato tra quelli previsti dall'organizzazione, ottimizzando i tempi di presa in carico e trattamento e contribuendo alla diminuzione dei tempi di attesa globale.

IL FENOMENO DELL'OVERCROWDING

L'overcrowding descrive una situazione in cui il numero di pazienti che si presentano in Pronto Soccorso supera la capacità di gestione del personale e delle risorse disponibili.

Il problema denota un'eziologia multifattoriale; le principali cause risultano essere le seguenti:

- Invecchiamento della popolazione: cresce il numero di persone con patologie croniche e complesse che richiedono un'assistenza medica frequente. Gli anziani hanno spesso bisogno di cure più intensive, portando a un aumento delle visite in Pronto Soccorso.
- Aumento delle malattie croniche: malattie croniche come diabete, ipertensione, insufficienza cardiaca e malattie respiratorie sono in crescita. I pazienti con queste condizioni spesso si rivolgono al Pronto Soccorso quando i sintomi peggiorano o non riescono a ricevere cure tempestive altrove.
- Uso del PS per situazioni cliniche non urgenti: molti pazienti si rivolgono al Pronto Soccorso anche per problemi di salute minori o non urgenti che potrebbero essere trattati dal medico di base o da altre strutture come le guardie mediche.
- Difficoltà ad accedere ai Medici di Medicina Generale: alcuni pazienti si recano al Pronto Soccorso perché non riescono a ottenere un appuntamento rapido con il proprio medico di famiglia, specialmente durante i fine settimana o nei periodi festivi.
- Mancanza di posti letto/lunghe procedure d'ammissione: quando non ci sono letti disponibili per trasferire i pazienti dal Pronto Soccorso presso i reparti di pertinenza o presso strutture di riferimento, questi rimangono bloccati, occupando spazio e risorse che potrebbero essere utilizzati per nuove emergenze.

L'overcrowding non solo compromette la qualità delle cure offerte, ma aumenta i tempi di attesa, riduce la soddisfazione dei pazienti e può aggravare le condizioni cliniche dei pazienti stessi. Inoltre, la presenza di un numero elevato di pazienti in attesa di trattamento mette sotto pressione il personale sanitario, aumentando il rischio di errori medici e incidendo negativamente sulla sicurezza del paziente. I principali effetti negativi dell'overcrowding sono riportati nella sottostante Figura 2.

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

Figura 2 Effetti negativi dell'overcrowding.

Il Sistema Sanitario Nazionale ha attivato diverse strategie per gestire il fenomeno del sovraffollamento, partendo da quanto affermato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, facilitando l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri e territoriali.

Le principali soluzioni ad oggi in vigore sono: Punti di Primo Intervento o Presidi Territoriali di Assistenza (PPI/PTA); Servizio di Continuità Assistenziale; Fast Track; Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA); Telemedicina e Tecnologia Digitale; Reti tempo-dipendenti; modello "See and Treat".

Analizziamole una ad una:

- Punti di Primo Intervento o Presidi Territoriali di Assistenza (PPI/PTA): sono strutture destinate a trattare pazienti con condizioni non urgenti, che non richiedono un intervento immediato o una gestione specialistica complessa.
- Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica): offre assistenza sanitaria fuori dagli orari di apertura degli ambulatori medici di base, gestendo condizioni che non richiedono l'intervento di emergenza del Pronto Soccorso durante le ore serali, notturne o nei giorni festivi.
- Fast Track: è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. L'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e di protocolli validati localmente che, in presenza di un quadro di patologia minore con chiara pertinenza mono-

specialistica, consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente.

- Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA): sono protocolli strutturati che guidano la gestione di specifiche condizioni cliniche, come infarti, ictus, o patologie croniche. Ottimizzano l'uso delle risorse, riducendo i tempi di attesa e migliorando l'efficacia delle cure. Inoltre, grazie ai PDTA, si facilita il coordinamento tra il Pronto Soccorso e altri reparti ospedalieri o strutture territoriali, garantendo un follow-up più adeguato e una continuità assistenziale.
- Telemedicina e Tecnologia Digitale: L'uso della telemedicina e di altre tecnologie digitali consente di offrire consulenze specialistiche a distanza, riducendo il numero di pazienti che devono recarsi fisicamente al Pronto Soccorso. Inoltre, l'integrazione di strumenti digitali nel triage e nella gestione dei flussi aiuta a monitorare meglio la situazione, ottimizzando i processi decisionali.
- Reti tempo dipendenti: nascono per garantire la presa in carico dei pazienti che presentano patologie *time-depending*, cioè patologie per le quali le conseguenze (*outcome* clinico) siano fortemente condizionate dalle decisioni e dagli interventi messi in atto nelle prime ore dall'insorgenza dei sintomi. Le principali sono:
 - Reti Ictus
 - Rete Traumatologica
 - Rete Cardiologica
 - Rete per la Neonatologia ed i Punti Nascita: La gravidanza, il parto e il puerperio sono eventi che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato (POMI, 2000); per loro natura, sono condizioni cliniche a 'rischio evolutivo' che espongono la donna e/o il feto ad un rapido deterioramento delle funzioni vitali
 - Rete per la sepsi: reti di monitoraggio volta a fronteggiare efficacemente le emergenze infettive responsabili, solo in Italia, di milioni di morti.
- See and Treat: è un modello di risposta assistenziale ad urgenze minori predefinite che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici definiti a livello regionale per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati; è un approccio applicabile alla gestione della casistica a bassa

intensità di cura e di complessità diagnostica ed organizzativa che si presenta al Pronto Soccorso.

NASCITA DEL “SEE AND TREAT”

Il “See and Treat” è un processo presente nella sanità inglese sin dagli anni ‘80, a dispetto invece della nascita più recente del triage di pronto soccorso (Windle, 2003). Il suddetto modello è diventato ufficialmente noto grazie all'esperienza del dipartimento di emergenza dell'ospedale di Kettering. In un momento in cui le sale visita erano piene di pazienti in attesa di ricovero, il personale medico e infermieristico più esperto disponibile ha iniziato a occuparsi dei casi meno gravi, visitando e dimettendo rapidamente questi pazienti (Leaman, 2023). Questo approccio si è diffuso rapidamente a livello nazionale, sostenuto dall'ampia copertura dei mass media, generando anche una significativa aspettativa nell'opinione pubblica riguardo alla possibilità di ridurre i tempi di attesa per le visite (Lamont, 2005). Ad oggi, il 20% degli ospedali inglesi hanno adottato il “See and Treat” come un efficace sistema per trattare i pazienti che si presentano in Pronto Soccorso con problemi di salute o traumi minori (National Health Service, 2003).

L'adozione del “See and Treat” si sta espandendo a livello globale, adattandosi ai diversi sistemi sanitari e alle necessità locali; a seguire l'Inghilterra nella sua adozione sono stati Australia, Canada, Stati Uniti, Paesi Bassi, Svezia, Irlanda ed infine Italia.

“SEE AND TREAT” IN ITALIA

Il See and Treat è introdotto in diverse realtà del panorama nazionale, offre risultati riassumibili nella riduzione delle attese e dei tempi di permanenza nei Pronto Soccorso per condizioni di urgenze minori.

In questo modello organizzativo, il paziente viene preso in carico in una determinata area del Pronto Soccorso idonea allo svolgimento delle funzioni previste dai citati protocolli medico-infermieristici approvati dalla Direzione Sanitaria, ove l'infermiere in possesso di formazione specifica applica le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicura il completamento del percorso (Ministero della Salute, 2012b).

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

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

Si prende come punto di riferimento la Regione Toscana in quanto prima regione italiana ad aver importato ed emulato il modello inglese. Inoltre, rispetto al modello inglese, ne ha migliorato l'efficienza e l'organizzazione adattandone la pianificazione in Italia in modo da potenziarla.

Il “See and Treat” viene erogato in uno specifico ambulatorio situato nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso in una struttura attiva per le dodici ore diurne. In quest'area è presente un personale proprio distinto da quello del PS costituito da operatori esperti che comunque devono aver ricevuto una formazione specifica per le patologie di competenza. Il paziente che accede al “See and Treat” è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, Medico o Infermiere, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine.

L'accesso a tale servizio e dunque la presa in carico del paziente da parte dell'operatore sanitario avviene sostanzialmente in due modi nel Pronto Soccorso: o attraverso accettazione diretta per casistiche cliniche selezionate per appropriatezza (Giunta regionale toscana. Delibera n. 958 del 17/12/2007, 2008) o tramite triage in casi di codici non urgenti (bianco, verde e azzurro).

L'INFERMIERE CON COMPETENZE AVANZATE

Il modello “See and Treat” ha comportato, in virtù delle esigenze assistenziali, una maggiore valorizzazione delle competenze infermieristiche, dando origine a figure come l'Advanced Nurse Practitioner (ANP) o ENP. Nella realtà italiana l'ENP potrebbe

corrisponde ad un infermiere con competenze avanzate, in possesso di un master clinico di specializzazione o della laurea magistrale, che abbia seguito uno specifico percorso di formazione e che, per i problemi clinici minori, operi nel rispetto di protocolli clinico-assistenziali di trattamento (Radice, 2013). La sua presenza, quindi, permette la presa in carico dei problemi di salute dei pazienti non solo da un punto di vista assistenziale, ma anche clinico, diagnostico e di trattamento (Bambi, 2008).

Queste figure infermieristiche particolari derivano da un'accurata selezione dei candidati e dalla loro opportuna formazione. Il personale infermieristico candidato alla formazione deve avere almeno tre anni di esperienza lavorativa in PS. I professionisti così selezionati ottengono le loro competenze avanzate in seguito alla partecipazione di corsi di formazione consistenti in lezioni teoriche tenute in aula, laboratori pratici e tirocinio in reparto, per un totale di 180 ore. Il corso si stratifica in moduli che permettono di apprendere come identificare e trattare la casistica selezionata per il "See and Treat", utilizzare le evidenze e le ricerche per la pratica clinica, potenziare le proprie risorse personali attraverso l'apprendimento organizzativo (Giunta regionale toscana, 2010).

Al termine del periodo di formazione si è svolto un test finale, superato il quale è stato attribuito agli interessati il titolo di Infermiere certificato in interventi di primo soccorso. Nel primo progetto pilota erano state identificate 106 patologie diverse, queste però sono state ridotte un totale di 44 problematiche, appartenenti alle seguenti 9 diverse categorie:

- Oftalmologiche
 - o Ecchimosi periorbitale senza disturbi della vista;
 - o Congiuntivite;
 - o Corpo estraneo congiuntivale;
 - o Emorragia sottocongiuntivale;
 - o Irritazione da lenti a contatto;
- Otorinolaringoiatriche
 - o Tappo di cerume;
 - o Otite esterna;
 - o Corpo estraneo nell'orecchio;
 - o Epistassi;
 - o Corpo estraneo nel naso;
 - o Rinite;
- Odontostomatologiche
 - o Lussazione ricorrente della mandibola;
 - o Dolore dentario;
 - o Problemi post estrazione dentaria;
- Urologiche

- Infezione basse vie urinarie;
- Sostituzione/Ostruzione catetere vescicale;
- Gastroenterologiche
 - Singhiozzo isolato;
 - Diarrea acuta non ematica;
 - Reinserimento/ Ostruzione Sondino Naso-gastrico;
- Ginecologiche
 - Test gravidici di esclusione
- Muscoloscheletriche
 - Torcicollo;
 - Lombalgia acuta ricorrente;
 - Dolore acuto monoarticolare;
- Traumatologiche
 - Contusioni minori degli arti;
 - Traumi delle dita delle mani e dei piedi non complicati;
 - Pronazione dolorosa;
 - Ferite semplici e abrasioni;
 - Avulsione superficiale della punta del dito;
 - Rimozione di anello;
 - Rimozione di amo da pesca;
 - Punture da animali marini e punture di insetti;
 - Intrappolamento lampo;
 - Rimozione punti di sutura;
- Dermatologiche
 - Dermatiti da contatto;
 - Ustioni solari;
 - Ustioni minori;
 - Geloni;
 - Orticaria;
 - Pediculosi;
 - Verruche;
 - Foruncoli;
 - Cisti sebacea;
 - Idrosadenite;
 - Infezione del letto ungueale.

Tale modalità assistenziale ha escluso l'infermiere con competenze avanzate nell'approccio a sintomatologie che necessitano di approfondimenti specialistici (es. dolori addominali, sintomi neurologici, problematiche cardiovascolari o respiratorie...). Più recentemente, viene proposto in modelli internazionali l'utilizzo della figura dell'ENP anche nella gestione di problematiche più severe come il dolore toracico e i risultati sembrerebbero promettenti, essendosi osservata un'elevata percentuale di

aderenza alle linee guida e una conseguente elevata percentuale di accuratezza diagnostica dell'infermiere specializzato (Roche, 2017).

Riassumendo, quando un paziente entra nel modello di trattamento "See and Treat", il primo operatore libero avrà cura di raccogliere tutta l'anamnesi remota del paziente (valutando dunque eventuali allergie o patologie) e di conseguenza, valuterà la presa in carico o meno del paziente. Nello specifico, l'infermiere dovrà valutare se ci siano dei criteri di esclusione, oppure dei segnali che consentano al paziente di uscire da tale percorso per andare in quello tipico e conosciuto da tutti del pronto soccorso, ed essere dunque seguito più accuratamente dal medico. Nel caso in cui non sia necessario tornare in PS, l'infermiere avrà l'incarico di trattamento della patologia presente e, se non vi è nessun rischio, potrà autonomamente dimettere il paziente.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questa tesi è valutare in modo critico il modello 'See and Treat' come strategia innovativa per affrontare il sovraffollamento nei pronto soccorso, ponendo particolare attenzione al ruolo degli ENP.

Attraverso una review narrativa della letteratura, si cercheranno di evidenziare i punti di forza del modello “See and Treat” e dei suoi specifici operatori (ENP) così come gli svantaggi, offrendo anche spunti critici per possibili implementazioni future del modello stesso.

MATERIALI E METODI

In questa tesi è stata condotta una Review Narrativa della letteratura scientifica disponibile al momento della raccolta dei dati (Agosto 2024) sulle principali piattaforme scientifiche letterarie che sviscerasse il tema del modello “See and Treat” per la gestione dei casi clinici di minor gravità che fanno accesso al Pronto Soccorso.

Per strutturare la ricerca delle evidenze, è stata utilizzata la metodologia PICO, che aiuta a formulare domande di ricerca precise e a guidare la selezione degli studi più pertinenti.

- P (Population): Pazienti che si presentano in Pronto Soccorso con condizioni minori;
- I (Intervention): Implementazione del modello "See and Treat" gestito da Emergency Nurse Practitioner (ENP);
- C (Comparison): Confronto tra la gestione delle condizioni minori in presenza o in assenza del modello “See and Treat”;
- O (Outcome): Riduzione dei tempi di attesa, miglioramento della qualità delle cure, riduzione del sovraffollamento, miglioramento della soddisfazione del paziente.

Sono stati screenati i 5 database più importanti nel panorama della letteratura scientifica, ovvero:

- PubMed;
- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL);
- Cochrane Library;
- Scopus;
- Web of Science.

La strategia di ricerca ha utilizzato le tre parole chiave più rilevanti per il tema in questione, ovvero:

- "See and Treat";
- "Minor Injuries Unit";

- "Emergency Nurse Practitioner";

L'operatore booleano utilizzata per associare le parole chiave selezionate è stato "OR", in modo da avere la più vasta selezione di articoli possibile da includere nell'analisi.

Per garantire l'analisi accurata di ciascun lavoro, sono stati applicati quei filtri che ne garantissero il completo accesso e la completa fruibilità del contenuto, ovvero:

- testi accessibili gratuitamente ("Free Full Text/Open Access");
- lingua dell'articolo: inglese;

Sono stati considerati quindi criteri di inclusione nella seguente review narrativa i seguenti valori:

- articoli che trattassero la gestione del modello "See and Treat" applicato nella gestione del trattamento dei codici minori mediante la figura dell'ENP;
- articoli il cui testo fosse interamente accessibile;
- articoli che fossero redatti in lingua internazionale inglese;

Sono stati considerati criteri di esclusione dalla review i seguenti:

- Articoli che analizzassero l'applicazione del modello "See and Treat" in contesti non collegati alla gestione di codici minori in regime di Pronto Soccorso;
- L'applicazione della figura dell'ENP in contesti non collegati alla gestione di codici minori in regime di Pronto Soccorso;
- Lavori che risultassero presenti in più database in simultanea;

La metodologia di screening è partita dalla lettura del titolo: se il titolo non è risultato pertinente con il tema analizzato, il relativo articolo è stato escluso. Per gli articoli il cui titolo è risultato appropriato ai fini della review, è stato considerato l'abstract e/o il relativo testo: se al momento della lettura approfondita dell'abstract e/o del testo, il contenuto non fosse in linea con gli obiettivi dello studio, il lavoro è stato escluso; altrimenti, si è considerato il lavoro per l'analisi. Infine, sono stati confrontati i lavori ottenuti per ciascuno dei cinque database e sono stati esclusi dal conteggio finale i lavori che erano stati selezionati in più di un database e risultavano quindi essere duplicati.

RISULTATI

I risultati primitivi ottenuti applicando le parole chiave e gli operatori menzionati nel paragrafo dei materiali e metodi hanno portato da un numero iniziale di 933 articoli scientifici, così distribuiti tra i vari databases:

- Cochrane Library: 72 articoli iniziali;
- CINAHL: 48 articoli iniziali;
- PubMed: 171 articoli iniziali;
- Scopus: 56 articoli iniziali;
- Web of Science: 586 articoli iniziali;

Applicando poi i criteri di inclusione ed esclusione sopraindicati, il numero di articoli includibili è stato così distribuito:

- Cochrane Library: 4 articoli.
- CINAHL: 6 articoli.
- PubMed: 8 articoli.
- Scopus: 6 articoli.
- Web of Science: 16 articoli.

In totale, sono stati selezionati 40 articoli, di cui 16 erano duplicati tra i vari database. Pertanto, sono stati effettivamente analizzati 24 articoli unici, come illustrato in Figura 3.

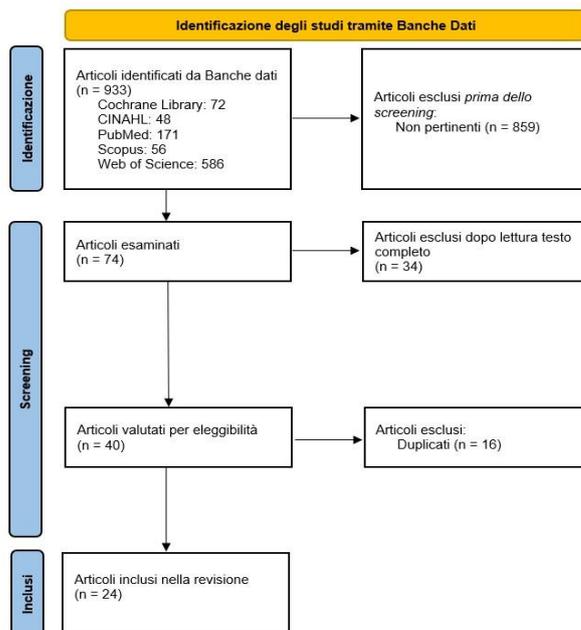


Figura 3 Flow-chart PRISMA

La Tabella 1 riassume le caratteristiche e i risultati di tutti i lavori inclusi nello studio.

Tabella 1. Studi su See and Treat, Minor Injuries Unit, Emergency Nurse Practitioner.

Autori e Anno	Tipo di Studio	Obiettivo dello studio	Risultati
Cooper, 2002	RCT	Sviluppare metodi e strumenti da usare per misurare la qualità assistenziale dell'ENP	Questionari di soddisfazione, audit della documentazione clinica e sistemi di monitoraggio dei follow-up e delle lesioni trascurate sono risultati essere strumenti efficaci per determinare che gli ENP offrono assistenza di alta qualità con tempi di attesa più brevi e maggiore soddisfazione dei pazienti rispetto agli SHO.
Jennings, 2014	RCT	Valutare l'efficacia del servizio infermieristico di emergenza sui risultati relativi alla qualità dell'assistenza e alla reattività del servizio.	Il servizio infermieristico di emergenza ha mostrato un miglioramento nella riduzione del dolore, con punteggi del dolore monitorati a diversi intervalli (iniziale, 30 minuti dopo analgesia e al momento della dimissione), tempi di attesa ridotti e una maggiore reattività del servizio, evidenziando l'efficacia del modello assistenziale proposto.
Sakr, 1999	RCT	Valutare la cura e i risultati dei pazienti con lesioni minori gestiti da un infermiere specializzato o da un medico specializzando in medicina d'urgenza.	Gli infermieri specializzati e i medici specializzandi hanno commesso errori clinicamente significativi in percentuali simili (9,2% e 10,7% rispettivamente), con gli infermieri che hanno registrato una storia medica più accurata e una minore necessità di follow-up non pianificati, ma senza differenze significative negli esiti clinici o nei costi complessivi.
Wallis, 2009	Studio comparativo prospettico	Valutare l'effetto degli ENP sui processi di dimissione e sugli esiti di transizione dei pazienti in PS	L'introduzione dell'ENP ha migliorato significativamente i processi di dimissione e gli esiti di trascrizione dei pazienti. I pazienti del gruppo post-intervento hanno ricevuto più frequentemente informazioni dettagliate sulla dimissione e appunti di follow-up organizzati. Inoltre, la loro comprensione della gestione della salute post-dimissione è risultata migliore.
Dealey, 2001	Review sistematica	Valutare il ruolo dell'ENP in termini di trattamento e dimissione dei pazienti con lesioni minori, confrontando le prestazioni con quelle degli SHO	Gli ENP sono in grado di fornire cure ai pazienti con lesioni minori in modo comparabile, e in alcuni casi migliore, rispetto agli SHO, specialmente per quando riguarda la registrazione delle anamnesi, la riduzione delle visite non pianificate e l'uso efficace delle radiografie.
Crinson, 1995	Studio qualitativo Retrospectivo	Analizzare l'evoluzione del ruolo dell'ENP nei reparti di pronto soccorso nel contesto delle riforme del National Health Service degli anni '90, valutando se con focus sul loro ruolo nel velocizzare la gestione dei pazienti con lesioni minori e nel migliorare la qualità delle cure.	Il 33% dei reparti di pronto soccorso ha attivato un servizio dell'ENP. Il 70% dei casi l'ENP contribuisce a ridurre i tempi di attesa per le lesioni minori; nel 22% contribuisce in maniera olistica a migliorare la qualità delle cure. Per il 31% dei partecipanti allo studio, un finanziamento insufficiente rappresenta l'ostacolo principale per implementare il modello.

LEGENDA RCT: Randomized Clinical Trial; ENP: Emergency Nurse Practitioner; SHO: Senior House Officer

(segue)

Tabella 1. - Segue

Autori e Anno	Tipo di Studio	Obiettivo dello studio	Risultati
Cole, 2005	Systematic Review	Analizzare la storia e la preparazione educativa dell'ENP, esaminando la loro area di competenza, le abilità eseguite in contesti di emergenza, la necessità di un esame di certificazione, delineando direzioni future.	ENP sono risultati competenti nell'eseguire esami fisici, diagnosi e gestione clinica. Possono eseguire procedure come interpretazione ECG, rimozione di corpi estranei e suture. Sono risultati efficaci nella gestione dei pazienti non urgenti e raggiungano alti livelli di soddisfazione dei pazienti, ma manca ancora un esame di certificazione specifico per convalidare le loro competenze.
Lowe, 2010	Revisione Narrativa	Valutare sull'evoluzione della pratica clinica dell'ENP in relazione alle linee guida cliniche e all'ottimizzazione dell'utilizzo della loro competenza ed esperienza.	Le attuali linee guida cliniche limitano la pratica degli ENP e creano lacune nell'assistenza ai pazienti non rientranti nelle categorie di "lesioni o malattie minori". Le evidenze dimostrano che gli ENP possono gestire efficacemente alcuni tipi di pazienti e situazioni cliniche ma è necessario un modello più flessibile che consenta loro di operare autonomamente su un numero maggiore di condizioni cliniche. C'è discussione nell'espandere il loro ambito di pratica, includendo maggiori responsabilità cliniche come la prescrizione di farmaci, l'ordinazione di diagnostici e la gestione dei pazienti al di fuori delle attuali linee guida.
Shand, 2020	Studio prospettico osservazionale	Valutare l'efficacia degli ENP del Strathcona Community Hospital.	L'introduzione degli ENP ha portato a significativi miglioramenti nell'accesso alle cure, nella soddisfazione dei pazienti e nell'efficienza del servizio. In particolare, è stato dimostrato che gli ENP hanno ridotto il numero di pazienti che lasciano il pronto soccorso senza trattamento, hanno migliorato i risultati sanitari dei pazienti e hanno facilitato la continuità delle cure, contribuendo così a diminuire i tempi di attesa e le visite non necessarie. L'implementazione di questo modello ha anche portato a una maggiore soddisfazione del personale e a una riduzione dei tassi di riammissione al pronto soccorso, evidenziando l'efficacia del modello di assistenza basato sugli ENP.
Tammes, 2017	Studio longitudinale	Indagare le associazioni tra le caratteristiche della pratica medica generale e le caratteristiche della popolazione dei pazienti con i tassi di accesso al Pronto Soccorso nel Regno Unito. Variabili di analisi: soddisfazione dei pazienti riguardo ai tempi di attesa e la continuità delle cure influenzino l'uso dei servizi di emergenza.	Pratiche con maggiore soddisfazione dei pazienti per i tempi di attesa e un numero elevato di pazienti mostrano tassi più bassi di accesso ai PS. In particolare, una riduzione dell'insoddisfazione per i tempi di attesa è correlata ad un abbassamento delle visite in PS. L'aumento dell'uso del "See and Treat" si associa a una diminuzione delle visite in PS, suggerendo che i servizi alternativi possono alleviare la pressione sui PS. Le caratteristiche demografiche (popolazione più anziana, numero maggiore di donne e tassi di disoccupazione più elevati), si collegano a tassi più alti di accesso ai PS. Infine, una maggiore soddisfazione per gli orari di apertura è associata a una riduzione dell'uso dei servizi di emergenza, indicando che miglioramenti nell'accesso e nella continuità delle cure possono contribuire a ridurre il ricorso agli PS.

LEGENDA ENP: Emergency Nurse Practitioner; ECG: elettrocardiogramma; PS: Pronto Soccorso

(segue)

Tabella 1. - Segue

Autori e Anno	Tipo di Studio	Obiettivo dello studio	Risultati
Atkinson, 2014	Studio Prospettico	Valutare l'accuratezza dell'ecografia eseguita dagli ENP per la rilevazione di corpi estranei nei tessuti molli, determinando se, dopo un breve addestramento, gli ENP possano identificare correttamente diversi tipi di corpi estranei (legno, metallo e plastica) utilizzando l'ecografia.	Gli ENP possono utilizzare l'ecografia a cura del paziente per rilevare corpi estranei nei tessuti molli con una sensibilità del 78,3% e una specificità del 50% (sensibilità dell'83,3% e specificità del 75% per gli specialisti). La sensibilità degli ENP per i corpi estranei di legno e metallo è stata alta (95% e 85%, rispettivamente), mentre per il materiale plastico è risultata più bassa (50%). In conclusione, con un breve addestramento, gli ENP possono identificare efficacemente i corpi estranei nei tessuti molli in situazioni di emergenza.
Ball, 2007	Studio Comparativo	Valutare se i fisioterapisti praticanti in pronto soccorso (EDPP), gli ENP e gli SHO gestiscano in modo diverso l'indagine, il trattamento e il riferimento dei pazienti con lesioni muscoloscheletriche chiuse.	Non ci sono differenze significative nell'indagine e nella gestione dei pazienti con fratture e lussazioni tra i diversi clinici, ci sono differenze statisticamente significative nel trattamento e nel follow-up dei pazienti con lesioni chiuse dei tessuti molli. In particolare, gli EDPP consigliano più frequentemente la fisioterapia, gli ENP prendono per supporti strutturali come bendaggi, infine gli SHO somministrano più analgesici.
Ezra, 2005	Studio Prospettico	Valutare l'accuratezza dei riferimenti oftalmici effettuati dagli SHO e dai ENP al PS di St Bartholomew's, analizzando l'impatto delle eventuali inaccurately sulla gestione delle emergenze oftalmiche al di fuori dell'orario di lavoro, con particolare attenzione alla precisione degli ENP rispetto agli SHO nell'identificare e gestire queste emergenze.	Gli ENP hanno mostrato una maggiore accuratezza rispetto agli SHO nei riferimenti oftalmici, in particolare nell'accuratezza della valutazione provvisoria dell'acuità visiva (62% per gli ENP, 30% per gli SHO, $p = 0.0029$). Gli ENP hanno formulato diagnosi provvisorie corrette nel 75% dei casi, gli SHO nel 36% ($p = 0.012$). L'identificazione dell'emergenza è migliore per gli ENP (solo il 10% dei loro riferimenti è stato differito al giorno successivo quando necessitava di un intervento immediato <i>versus</i> il 58% degli SHO, $p = 0.027$). Questi dati evidenziano come la maggiore accuratezza degli ENP potrebbe portare a una riduzione significativa del carico di lavoro oftalmologico durante le ore fuori servizio.
Jennings, Gardner, et al., 2015	RCT	Confrontare l'efficacia del servizio degli ENP in un importante ospedale di riferimento in Australia, in relazione alla somministrazione tempestiva di analgesia	Gli ENP hanno dimostrato di essere significativamente più efficaci nel fornire analgesia tempestiva ai pazienti in un dipartimento di emergenza rispetto alla cura standard fornita da medici. L'analgesia è stata somministrata entro 30 minuti per il 49,2% dei pazienti nel gruppo ENP <i>versus</i> il 29,7% nel gruppo di cura standard.
Mcdevitt, 2015	Studio descrittivo	Valutare la qualità del servizio offerto dagli ENP negli infortuni minori in termini di sicurezza ed efficacia di servizio, soddisfazione, determinazione dei fattori che possono migliorare la qualità del servizio degli ENP.	Il 97,3% ha riferito di aver avuto tempo sufficiente per discutere con l'ENP, l'83,8% sarebbe disposto a tornare per esigenze simili, il 96,4% raccomanderebbe il servizio a un amico e l'81,3% ha valutato la qualità complessiva come "eccellente", con tempi di attesa medi di 22 minuti e suggerimenti per migliorare la comunicazione sulle informazioni relative alle lesioni e ridurre i tempi di attesa.

LEGENDA ENP: Emergency Nurse Practitioner, EDPP: Emergency Department Physiotherapist Practitioner; SHO: Senior House Officer; PS: Pronto Soccorso; RCT: Randomized Clinical Trial

(segue)

Tabella 1 - Segue

Autori e Anno	Tipo di Studio	Obiettivo dello studio	Risultati
Roche, 2017	Studio Longitudinale Prospettico Multicentrico	Valutare l'efficacia del servizio degli ENP nella gestione dei pazienti con dolore toracico in reparti di emergenza rurali, analizzando la sicurezza e la qualità del servizio nella gestione di condizioni complesse.	Il modello degli ENP ha mostrato un'accuratezza diagnostica superiore nell'interpretazione degli elettrocardiogrammi (91,7% vs. 82,8% del modello standard), ma senza differenze significative nell'aderenza alle linee guida o negli indicatori di servizio. I pazienti gestiti dal modello standard hanno presentato un tasso di rappresentazione non pianificata 2,4 volte più elevato. Entrambi i gruppi hanno riportato elevati livelli di soddisfazione con il servizio ricevuto.
Tye , 1998	Studio trasversale	Stabilire la distribuzione degli ENP nel Regno Unito, determinare le variazioni organizzative nella fornitura di servizi, (finanziamento; configurazione del ruolo; formazione; ambito di attività clinica).	Il 36% dei reparti di emergenza principali nel Regno Unito ha attualmente un servizio ENP. Ci sono però variazioni significative nella disponibilità del servizio e nel supporto alla sua implementazione, con problemi di finanziamento e supporto medico identificati come i principali ostacoli. Inoltre, la maggior parte dei servizi non opera su base 24 ore, e vi è una mancanza di standardizzazione nella formazione e nell'ambito di pratica degli ENP.
Jennings, 2013	Studio Retrospektivo	Ottenere un profilo delle caratteristiche dei pazienti gestiti dagli ENP, valutando i dati sugli indicatori di servizio del PS.	Il 95.9% dei pazienti gestiti dagli ENP è stato dimesso a casa lasciando il PS entro 4 ore. Inoltre, i tempi di attesa mediani per essere visti dagli ENP sono stati di 14 minuti, indicando un'efficace gestione del flusso di pazienti.
Jennings, Clifford, et al., 2015	Revisione Sistematica	Determinare l'impatto dei servizi degli ENP sui costi, sulla qualità dell'assistenza, sulla soddisfazione e sui tempi di attesa in PS.	I servizi degli ENP hanno dimostrato costi di gestione equivalenti, una qualità dell'assistenza con punteggi di soddisfazione del 68% rispetto al 50% dei medici, livelli di soddisfazione dei pazienti 1,5 volte superiori e tempi di attesa ridotti fino a 30 minuti rispetto ai medici.
O'Connell, 2014	Studio qualitativo prospettico	Investigare il profilo di pratica degli ENP in Australia. Identificando le caratteristiche comuni della pratica degli ENP, nonostante l'assenza di un modello definito e standardizzato per il loro ruolo nel contesto delle emergenze.	L'impatto degli ENP è significativo nel garantire un'assistenza efficiente e di alta qualità nei PS, contribuendo a ridurre i tempi di attesa e a ottimizzare la gestione dei pazienti. Le strategie di cura che gli ENP impiegano sono suddivise in tre categorie: modalità rapida, modalità focalizzata e modalità di disposizione. Queste modalità rappresentano approcci distinti nell'assistenza ai pazienti durante situazioni di emergenza. Un altro aspetto fondamentale è l'importanza della collaborazione all'interno del team clinico, essenziale per la gestione efficace delle emergenze e il miglioramento dei risultati per i pazienti.

LEGENDA ENP: Emergency Nurse Practitioner; PS: Pronto Soccorso;

(segue)

Tabella 1 - Segue

Autori e Anno	Tipo di Studio	Obiettivo dello studio	Risultati
Marr, 2003	Sondaggio telefonico	Mappare l'intera gamma e l'ambito dei servizi degli ENP nella Regione del Nord e Yorkshire.	Nell'indagine condotta su 35 ospedali nella regione del Nord e Yorkshire, si è rivelata una notevole variabilità nei servizi offerti dagli ENP. La disponibilità dei servizi variava da copertura 24 ore su 24 in 10 ospedali a fasce orarie limitate in altri. I servizi accettavano pazienti di diverse età, con alcune restrizioni. La maggior parte si concentrava su infortuni minori, mentre la formazione degli ENP era diversificata, con corsi interni e universitari.
Chuk, 2022	Studio Prospettico Osservazionale	Questo studio indaga l'utilità di un algoritmo diagnostico modificato per la gestione degli "occhi rossi" utilizzata dagli ENP.	L'algoritmo ha dimostrato di essere efficace. I pazienti trattati dagli ENP hanno riportato un miglioramento significativo, a parità di gravità, con il 90% che ha segnalato sintomi assenti o lievi dopo una settimana, rispetto all'87% dei pazienti trattati dai medici del pronto soccorso. Inoltre, il 96% dei pazienti nel gruppo ENP ha riportato una risoluzione dei sintomi, rispetto al 98,5% nel gruppo dei medici. Infine, solo il 2% dei pazienti nel gruppo ENP ha cercato assistenza da altri operatori sanitari, rispetto al 10% nel gruppo dei medici, indicando una maggiore soddisfazione con le cure ricevute dagli ENP.
Lamont, 2005	Studio retrospettivo	Esplorare i fattori chiave che hanno influenzato la diffusione del 'See and Treat' in una serie di reparti di PS.	La diffusione del modello "See and Treat" nei reparti di pronto soccorso è stata influenzata da vari fattori, tra cui la necessità di ridurre le attese e migliorare l'efficienza, l'introduzione di un obiettivo di attesa di 4 ore che ha catalizzato il cambiamento. Ha però dovuto affrontare ostacoli significativi, come la resistenza del personale, la necessità di un team esperto per l'implementazione, preoccupazioni riguardo alla qualità delle cure e la mancanza di risorse adeguate, insieme a una limitazione dello studio che ha considerato solo i reparti già coinvolti nel "See and Treat", escludendo altre realtà potenzialmente rilevanti.
Bache, 2001	Revisione Narrativa	Analizzare l'introduzione e l'implementazione degli ENP.	L'introduzione degli ENP nei PS ha portato a significativi miglioramenti nella qualità dell'assistenza ai pazienti, nella soddisfazione del personale e nella gestione delle risorse. Gli ENP hanno dimostrato di essere in grado di trattare in modo efficace i pazienti con infortuni minori, alleviando il carico di lavoro dei medici e riducendo i tempi di attesa. Le sfide associate invece all'implementazione dei servizi ENP sono e difficoltà di staffing, l'opposizione da parte di altri gruppi professionali e la necessità di formazione adeguata. In generale, la ricerca sostiene che, con una formazione adeguata e linee guida chiare, gli ENP possono fornire un contributo prezioso e sostenibile nel contesto dell'assistenza sanitaria d'emergenza.

LEGENDA ENP: Emergency Nurse Practitioner; PS: Pronto Soccorso

DISCUSSIONE

I dati emersi dalla presente Review Narrativa costituiscono l'analisi più aggiornata e con il più elevato rigore metodologico attualmente disponibile in letteratura riguardo all'applicazione del modello "See and Treat" nella gestione del sovraffollamento dei Pronto Soccorso, con l'introduzione della figura dell'ENP.

Il risultato principale che emerge dalla revisione narrativa della letteratura condotta con questo studio è che il modello "See and Treat" rappresenta un cambiamento significativo nella gestione dell'afflusso eccessivo nei dipartimenti di emergenza, soprattutto in un contesto come quello attuale, caratterizzato da una crescente domanda di servizi sanitari e da risorse spesso limitate. Come ogni cambiamento, porta con sé vantaggi significativi ma richiede anche una trasformazione concreta, sia a livello organizzativo che culturale.

La discussione dei risultati raccolta analizzerà punto a punto le tematiche più rilevanti emerse in merito al "See and Treat", presentando i molteplici punti a favore ma cercando di analizzare in maniera analitica anche gli aspetti più critici.

1) EFFICACIA DEL MODELLO E RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA

Con l'aumento della domanda di servizi sanitari, è diventato imperativo adottare modelli innovativi di assistenza nei dipartimenti di emergenza. Uno dei più importanti vantaggi del modello "See and Treat", presente in molteplici dei lavori selezionati, è l'efficacia nella riduzione dei tempi d'attesa (aspetto cruciale per il successo dei servizi di emergenza), derivata dalla possibilità che gli infermieri specializzati ENP hanno di gestire direttamente i pazienti con lesioni e patologie minori.

Uno studio pilota condotto da Crinson nel 1995 (Crinson, 1995) aveva analizzato l'impiego del modello "See and Treat" nel panorama anglosassone riportando che nel 70% dei casi l'ENP contribuisce a ridurre i tempi di attesa per le lesioni minori. Pochi anni dopo, nel 1999, Sakr et al. (Sakr, 1999) ha evidenziato che i pazienti trattati dagli ENP hanno sperimentato tempi di attesa significativamente più brevi rispetto a quelli

gestiti da medici specializzandi in Emergenza. La capacità degli ENP di diagnosticare e trattare autonomamente tali casi ha contribuito ad una gestione più fluida del flusso di lavoro all'interno del dipartimento di emergenza, migliorando la soddisfazione dei pazienti.

A seguire, in ordine cronologico, lo studio di Bache (Bache, 2001) nel 2001, quello di Cooper (Cooper, 2002) nel 2002, e quello di Lamont (Lamont, 2005) nel 2005 continuavano a confermare che la diffusione dei servizi degli ENP comportava una riduzione significativa dei tempi di attesa.

Negli anni centrali del decennio 2010-2020, periodo di diffusione mondiale del modello "See and Treat", altre 5 pubblicazioni (Jennings, Clifford, et al., 2015; Jennings et al., 2013; Jennings, Gardner, et al., 2015; O'Connell, 2014; Tammes, 2017) hanno confermato questo trend, evidenziando che

- la gestione degli ENP presenta tempi di attesa dei pazienti ridotti fino a 30 minuti rispetto alla gestione medica;
- in media il 95.9% dei pazienti gestiti dagli ENP è stato dimesso a casa lasciando il PS entro le 4 ore target previste dai modelli nazionali;
- i tempi di attesa mediani per essere visti dagli ENP sono stati di 14 minuti.

In un contesto più recente, Shand et al. (Shand, 2020) fornisce ulteriori evidenze sull'impatto positivo degli ENP nella gestione del flusso dei pazienti. Gli autori evidenziano come l'integrazione degli ENP nelle varie unità di emergenza abbia portato a una diminuzione dei tempi di attesa e abbia facilitato una transizione più fluida dei pazienti attraverso i diversi livelli di cura, gestendo le risorse in modo più efficiente.

2) SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL TRATTAMENTO

Il secondo aspetto positivo del modello "See and Treat", evidenziato nella maggior parte degli studi, è l'elevata soddisfazione dei pazienti, che percepiscono la qualità del trattamento ricevuto come eccellente. La soddisfazione dei pazienti rappresenta un elemento cruciale nella valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, soprattutto nei

reparti di emergenza, dove le aspettative sono elevate e le situazioni possono essere stressanti.

In generale, tempi di attesa più brevi prima di ricevere il trattamento aiutano a ridurre lo stress del paziente e ad aumentarne la soddisfazione (Cole, 2005; Cooper, 2002) riducendo *in primis* l'ansia spesso associata all'attesa per ricevere cure.

I tassi di soddisfazione della gestione da parte degli ENP sono risultati 1.5 volte superiori rispetto a quelli inerenti la gestione canonica da parte del personale medico (Jennings, Gardner, et al., 2015). Anche nei casi in cui l'applicazione del modello "See and Treat" non riesce a ridurre i tempi d'attesa, il servizio degli ENP contribuisce comunque in maniera olistica a migliorare la qualità delle cure (Crinson, 1995).

Una maggiore soddisfazione del servizio "See and Treat" durante i suoi orari di apertura in virtù del minore tempo di attesa è associata a una riduzione degli accessi ai servizi di emergenza, indicando che i miglioramenti dei servizi accessori possono contribuire ad alleviare la forte pressione che grava sul Pronto Soccorso (Tammes, 2017).

L'introduzione degli ENP ha portato a significativi miglioramenti anche l'accesso alle cure, oltre che all'efficienza globale nell'efficienza del servizio. In particolare, è stato dimostrato (Shand, 2020) che gli ENP hanno ridotto il numero di pazienti che lasciano il pronto soccorso senza trattamento, hanno migliorato i risultati sanitari dei pazienti e hanno facilitato la continuità delle cure, contribuendo così a diminuire, oltre ai tempi di attesa, anche le visite non necessarie.

A dare un grosso contributo a miglioramento dell'esperienza complessiva dei pazienti è risultato essere l'efficace strategia comunicativa che contraddistingue il modello "See and Treat".

Gli ENP si distinguono per la loro meticolosità nella raccolta anamnestica, dedicando più tempo al dialogo con i pazienti rispetto al personale medico, assicurandosi così una comprensione più approfondita delle loro condizioni cliniche (Dealey, 2001).

Grazie a questa interazione più approfondita, i pazienti ricevono informazioni chiare e dettagliate riguardo al loro trattamento e alla gestione delle lesioni minori, facendoli sentire ascoltati e rispettati.

Il 97,3% degli utenti ha riferito di aver avuto tempo sufficiente per discutere con l'ENP, l'83,8% sarebbe disposto a tornare per esigenze simili, il 96,4% raccomanderebbe il servizio a un amico e l'81,3% ha valutato la qualità complessiva come "eccellente" (Mcdevitt, 2015).

Lo studio condotto da Wallis evidenzia come i pazienti apprezzino l'approccio pratico e disponibile degli ENP, che offrono non solo un'assistenza efficace, ma anche supporto emotivo in situazioni di emergenza. La loro capacità di instaurare un rapporto empatico e di fiducia gioca un ruolo fondamentale nella qualità dell'esperienza del paziente (Wallis, 2009)

3) QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI NELLE DIVERSE MICRO-AREE

Dalla letteratura analizzata risulta ottima la capacità degli ENP della gestione del dolore. Il servizio infermieristico di emergenza ha mostrato un miglioramento nella riduzione del dolore, con punteggi del dolore monitorati a diversi intervalli (iniziale, 30 minuti dopo analgesia e al momento della dimissione) e una maggiore reattività del servizio (Jennings, Clifford, et al., 2015). Inoltre, la tempestività nella somministrazione è risultata maggiore per il servizio ENP che per le cure standard (49,2% *versus* 29,7% rispettivamente) (Jennings, Gardner, et al., 2015).

In campo ortopedico, non sono risultate esserci differenze significative nell'indagine e nella gestione dei pazienti con problematiche muscolo-scheletriche minori tra ENP, fisioterapisti e personale medico. È risultata diversa la gestione: nello specifico, i fisioterapisti consigliano prevalentemente un approccio fisiokinesiterapico, gli ENP prendono per supporti strutturali come bendaggi, mentre il personale medico somministra più analgesici (Ball, 2007).

Anche nel settore oculistico gli ENP mantengono qualità delle loro prestazioni cliniche.

Uno studio condotto da Ezra et al. (Ezra, 2005) nel 2005 dimostra come gli ENP abbiano una maggiore accuratezza rispetto ai medici specializzandi nei riferimenti oftalmici, in particolare nell'accuratezza della valutazione provvisoria dell'acuità visiva. Nella fattispecie, gli ENP sono stati capaci di formulare diagnosi provvisorie corrette nel 75% dei casi rispetto al 36% dei medici specializzandi ($p = 0.012$). Per finire, gli autori sottolineano anche come gli ENP siano stati in grado di identificazione i quadri di emergenza da non rimandare quindi al giorno successivo con una differenza significativamente superiore rispetto agli specializzandi ($p = 0.027$). Alla maggiore accuratezza degli ENP consegue la riduzione significativa del carico di lavoro oftalmologico durante le ore fuori servizio.

Più recentemente Chuk et al. (Chuk, 2022) nel 2022 hanno valutato la capacità di gestire un algoritmo diagnostico modificato per la gestione degli "occhi rossi". I pazienti trattati dagli ENP hanno riportato un miglioramento significativo, a parità di gravità, con il 90% che ha segnalato sintomi assenti o lievi dopo una settimana, rispetto all'87% dei pazienti trattati dai medici del pronto soccorso. Inoltre, il 96% dei pazienti nel gruppo ENP ha riportato una risoluzione dei sintomi, rispetto al 98,5% nel gruppo dei medici. Infine, solo il 2% dei pazienti nel gruppo ENP ha cercato assistenza da altri operatori sanitari, rispetto al 10% nel gruppo dei medici, indicando una maggiore soddisfazione con le cure ricevute dagli ENP.

Passiamo ora ad analizzare cosa dice la letteratura in merito alla capacità degli ENP di maneggiare esami strumentali. Secondo Cole et al. (Cole, 2005) gli ENP sono risultati competenti nell'eseguire esami fisico-diagnosi come interpretazione di ECG. A conferma, Roche (Roche, 2017) mostra un'accuratezza diagnostica del modello ENP superiore nell'interpretazione degli elettrocardiogrammi rispetto al modello standard (91,7% *versus* 82,8%, rispettivamente), senza differenze significative nell'aderenza alle linee guida o negli indicatori di servizio.

Per quanto riguarda l'utilizzo dell'ecografia, secondo Atkinson et al. (Atkinson, 2014) con un breve addestramento, possono utilizzare l'ecografia per rilevare corpi estranei nei tessuti molli con una sensibilità del 78,3% e una specificità del 50% (per gli specialisti è riportata una sensibilità dell'83,3% ed una specificità del 75%).

Dealey (Dealey, 2001) invece segnala un uso efficace da parte degli ENP delle radiografie, in alcuni casi anche migliore del personale medico specializzando.

3) FORMAZIONE E COMPETENZE

La formazione e la conseguente acquisizione di competenze da parte degli ENP sono elementi fondamentali per garantire un'assistenza di qualità nei reparti di emergenza.

Dealey et al. (Dealey, 2001) affermano che "la preparazione adeguata degli infermieri di emergenza è cruciale per garantire l'efficacia del servizio e la sicurezza del paziente". La formazione non si limita solo agli aspetti clinici, ma include anche competenze comunicative e relazionali, fondamentali per interagire efficacemente con i pazienti e le loro famiglie.

L'accreditamento e la supervisione da parte di enti professionali sono fondamentali per garantire che gli ENP mantengano standard elevati nel loro lavoro. Jennings et al. (Jennings, 2014) affermano che "la formazione continua e la supervisione sono elementi chiave per migliorare le pratiche degli ENP"; il monitoraggio delle competenze attraverso programmi di valutazione e l'aggiornamento continuo assicura che gli ENP rimangano al passo con le ultime evidenze scientifiche e pratiche in medicina d'emergenza.

Anche Bache et al. (Bache, 2001) concordano nel sostenere che con una formazione adeguata e linee guida chiare, gli ENP possono fornire un contributo prezioso e sostenibile nel contesto dell'assistenza sanitaria d'emergenza.

4) COSTI E RISORSE SOSTENIBILI

L'aspetto inerente al bilancio complessivo dei costi risulta contrastante.

Alcuni autori hanno riportato effetto costo-beneficio positivi del modello "See and Treat". Nella fattispecie, l'integrazione degli ENP nella gestione di pazienti con lesioni e patologie minori potrebbero ridurre le spese complessive grazie alla loro capacità di offrire cure rapide ed efficaci, evitando trattamenti più costosi o ricoveri non necessari (Jennings, Gardner, et al., 2015; Shand, 2020).

La migliore distribuzione dei compiti che l'impiego degli ENP comporta conduce ad una maggiore produttività: il personale medico viene liberato da compiti gestibili dagli infermieri, riducendone il carico di lavoro e i costi associati agli interventi medici (Cooper, 2002), soprattutto quelli specialistici (Wallis, 2009).

Secondo altri autori (Jennings, Clifford, et al., 2015) i servizi degli ENP hanno dimostrato costi di gestione equivalenti rispetto ai servizi medici.

Altri autori, infine, si dimostrano più scettici in merito alla spesa economica che il modello "See and Treat" comporta. Lamont et al. (Lamont, 2005) manifestano preoccupazioni riguardo alla mancanza di risorse adeguate per formare un team esperto; secondo Crinson et al. (Crinson, 1995) invece, sarebbe proprio il finanziamento insufficiente a rappresentare l'ostacolo principale per implementare il modello.

5) COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE

La collaborazione interdisciplinare è un elemento fondamentale nella medicina d'emergenza, poiché consente di fornire cure complete e integrate ai pazienti. Gli ENP operano in un contesto complesso, dove è essenziale lavorare in sinergia con altri professionisti sanitari, come medici, fisioterapisti e specialisti. Questo approccio integrato è essenziale per garantire un'assistenza di qualità, rispondendo in modo efficace alle diverse esigenze dei pazienti.

Anche in questo ambito, come nel precedente, le evidenze scientifiche sono contrastanti.

Crinson et al. (Crinson, 1995) sottolineavano già nel 1995 che "la collaborazione tra infermieri e medici è fondamentale per migliorare i risultati clinici e ottimizzare l'uso delle risorse". Per far funzionare il sistema complessivo, è importante valorizzare le competenze di ciascun professionista, promuovendo un ambiente di lavoro collaborativo. Cooper et al. e O'Connell et al. (Cooper 2002; O'Connell, 2014) evidenziano che un modello di lavoro integrato migliora la qualità delle cure e ottimizza l'uso delle risorse.

La formazione congiunta è uno strumento efficace per facilitare questa collaborazione e, come affermano Wallis et al. (Wallis, 2009), "l'educazione e la formazione condivisa tra diverse professioni sanitarie possono migliorare la comprensione reciproca delle rispettive competenze e responsabilità". L'investimento in tali iniziative crea una cultura di rispetto e fiducia, essenziale per il lavoro di squadra in contesti di emergenza, dove le decisioni devono essere rapide e ben informate. Stessa tematica stressata anche da Lowe et al. (Lowe, 2010) i quali affermano che "una formazione insufficiente può ostacolare l'integrazione degli ENP, limitando le loro capacità di collaborare con altri professionisti". Infine, Shand et al. (Shand, 2020) sottolineano come l'implementazione del modello "See and Treat" possa anche portare ad una maggiore soddisfazione del personale stesso che, vedendosi redistribuito il carico di lavoro, riesce ad utilizzare meglio le rispettive risorse individuali.

Uno però dei punti più critici del modello "See and Treat" emerso dall'analisi della letteratura è proprio la resistenza al cambiamento all'interno della struttura sanitaria. Bache et al. e Lamont et al. (Bache, 2001; Lamont, 2005b) segnalano come la difficoltà nel *team-building* e l'opposizione da parte di alcune figure professionali che sentono le competenze prevaricate rappresentino le maggiori sfide associate invece all'implementazione dei servizi ENP.

Anche Jennings et al. (Jennings, Clifford, et al., 2015) evidenziano come "l'introduzione di nuovi modelli di assistenza può incontrare opposizione da parte di professionisti che sono abituati a pratiche consolidate" e ciò rende difficile l'adozione di un nuovo approccio. Questa resistenza può derivare da una mancanza di comprensione del ruolo degli ENP o da timori relativi all'impatto sulle dinamiche di potere all'interno del team sanitario.

6) VARIABILITA' DEI PROTOCOLLI

Il "See and Treat" si è diffuso a macchia di leopardo, con adattamenti ed individualizzazioni in base alle necessità/normative locali. La variabilità intrinseca nel modello rappresenta uno dei suoi più grandi svantaggi.

Tye et al. (Tye, 1998) segnalavano già nel 1998 la presenza "variazioni significative nella disponibilità del servizio e nel supporto alla sua implementazione, con problemi di

finanziamento e supporto medico... Inoltre, vi è una mancanza di standardizzazione nella formazione e nell'ambito di pratica degli ENP”.

Sfortunatamente, le differenze nelle normative professionali e nei requisiti di formazione che esistono tra modelli differenti, possono limitare la capacità degli ENP di operare in modo autonomo. Cooper et al. (Cooper, 2002) sottolineano che "le disparità nelle linee guida e nelle politiche possono creare confusione e impedire una gestione efficace dei pazienti". È quindi fondamentale che i sistemi sanitari affrontino queste discrepanze per consentire agli ENP di svolgere il loro lavoro al meglio delle loro capacità.

Anche i servizi offerti dagli ENP presentano notevole variabilità. Nell'indagine condotta su 35 ospedali nella regione del Nord e Yorkshire (Marr, 2003), la disponibilità dei servizi variava da copertura 24 ore su 24 in 10 ospedali a fasce orarie limitate in altri. I servizi accettavano pazienti di diverse età, con alcune restrizioni, infine la formazione degli ENP era diversificata, con corsi interni e universitari

Da una parte, Bache et al. (Bache, 2001) mettevano alla luce l'importanza di avere delle linee guida chiare affinché gli ENP possano dare il loro contributo al Pronto Soccorso in maniera standardizzata. Dall'altra Lowe et al. (Lowe, 2010) avanzano la richiesta di modelli più flessibili in quanto le attuali linee guida cliniche limitano la pratica degli ENP e creano lacune nell'assistenza ai pazienti non rientranti nelle categorie di "lesioni o malattie minori". C'è infatti attuale discussione in merito alla possibilità di espansione dell'ambito di pratica degli ENP: si sta infatti valutando se includere nelle loro mansioni maggiori responsabilità cliniche come la prescrizione di farmaci, l'ordinazione di esami diagnostici e la gestione dei pazienti al di fuori delle attuali linee guida.

A quest'ultimo aspetto si connette strettamente un'altra tematica spinosa del modello "See and Treat" che riguarda le problematiche in ambito medico legale. Viene pericolosamente sfiorato il reato di "abuso di professione" da parte del personale infermieristico nei confronti di quello medico. Facendo riferimento alle normative vigenti in Italia si segnalano due dichiarazioni importanti.

In merito all'accusa di abuso di professione si è espresso l'avvocato Luca Benci, Giurista in materia di professioni sanitarie e biodiritto, che scrive: *“Si invoca infatti l'art. 348 del codice penale che punisce l'esercizio abusivo della professione [...]. Questo articolo contiene una “norma penale in bianco” destinata cioè ad essere integrata da norme*

extrapenali, che altro non sono che quelle che delimitano e regolamentano l'esercizio delle varie professioni [...].Questo significa che è il legislatore, anche regionale, dopo la riforma del titolo V della Costituzione [...] a dare corpo all'art. 348 del Codice penale, tanto che la stessa sezione della Cassazione precisa che non è fondamentale il "nomem" della professione esercitata a designare il tipo di attività come corrispondente a quella esclusiva del medico (o dell'infermiere), ma le concrete operazioni eseguite quando la professione è regolamentata dalla legge" (Benci, 2010).

Per quanto concerne l'assunzione di nuove responsabilità da parte della professione infermieristica esistono direttive molto precise espresse nella Bozza di Accordo Stato Regioni recante l'ampliamento del profilo di competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico. In essa viene enunciato come: *"Tenuto conto che il PSN prevede lo sviluppo di nuove competenze e responsabilità da parte delle professioni sanitarie [...] il presente Accordo definisce lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere, al fine di favorirne l'approfondimento nonché l'attribuzione di ulteriori funzioni avanzate, in connessione con gli obiettivi di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, anche a seguito di ulteriore formazione complementare e specialistica."* (Ministero della Salute, 2012a).

I vantaggi e svantaggi sopraelencati sono riassunti nella sottostante Figura 4.

Vantaggi dei servizi gestiti da ENP	Svantaggi dei servizi gestiti da ENP
<ul style="list-style-type: none"> • riduzione del personale medico • lavoro in squadra • skill degli infermieri per gestire le lesioni minori • maggior soddisfazione degli utenti • maggior cure olistiche • migliori qualità e continuità di cure • riduzione dei tempi di attesa • possibile ampio bacino di utenza 	<ul style="list-style-type: none"> • problemi medico-legali • ostacolo da parte dei gruppi professionali • problemi nel reperire fondi • limitazioni dei protocolli • rischio di successo dei NP e di costante sottodimensionamento del personale medico: i NP non sono in grado di gestire tutto il case mix dei medici • possibile perdita di skill su trauma e emergenze maggiori per l'alta specializzazione e la frequenza del servizio prestato nella cura delle Minor Injuries. • sensazione dei NP che i medici tendano a lavorare meno in presenza di un servizio gestito dagli infermieri per i codici minori

Figura 4 Vantaggi e svantaggi potenziali nell'istituzione di servizi di gestione dei codici minori mediante l'impiego dell'ENP

CONCLUSIONI

In conclusione, il modello "See and Treat" e la figura dell'ENP rappresentano un significativo passo avanti nella gestione delle emergenze. L'intervento degli ENP ha permesso di ridurre la pressione sul Pronto Soccorso, ridurre i tempi di attesa ed ottimizzando le dimissioni a domicilio, ha migliorato la qualità del servizio offerto alla cittadinanza ottenendo la soddisfazione dell'utenza.

L'investimento nella formazione adeguata di queste figure è imprescindibile per ottenere i benefici da essa conseguenti, anche in termini di maggiore produttività, minori spese per ospedalizzazione e/o visite specialistiche.

Con l'introduzione degli ENP il ruolo dell'infermiere, si aprono per questa categoria nuove possibilità di specializzazione e responsabilità, segnando un importante cambiamento nella struttura delle cure emergenziali. Riuscire a superare la resistenza da parte di professionisti sanitari rigidamente ancorati a protocolli consolidati, aprire la strada ad una collaborazione sinergica fatta di rispetto reciproco, suddivisione dei compiti e conseguente ottimizzazione delle risorse individuali.

Ancora oggi si denota una importante variabilità del modello "See and Treat", nel difficile binomio che da una parte necessiterebbe di linee guida definite per standardizzare il processo ma dall'altra gioverebbe di un modello più fluido che non limita le potenzialità di infermieri con competenze avanzate.

La figura dell'Emergency Nurse Practitioner quindi non solo migliora la qualità del servizio, ma rappresenta anche una nuova strada di crescita professionale per l'intera categoria infermieristica.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

L'introduzione del modello See and Treat, che si avvale del contributo di infermieri con competenze avanzate, rappresenta un'importante innovazione per la gestione delle urgenze minori nei Pronto Soccorso, con significative implicazioni per la pratica clinica. Sebbene questa figura professionale non sia ancora diffusa su larga scala in Italia, i risultati della presente ricerca dimostrano che gli infermieri specializzati, formati per gestire autonomamente patologie di minore complessità, possono rappresentare una risorsa efficace per migliorare l'efficienza del sistema sanitario.

Gli infermieri con competenze avanzate hanno dimostrato di poter valutare, trattare e dimettere pazienti con condizioni meno gravi, mantenendo elevati standard di cura e sicurezza. Questo modello non solo consente di ottimizzare l'uso delle risorse umane, lasciando ai medici il compito di concentrarsi sui casi più complessi, ma migliora anche la qualità percepita del servizio da parte dei pazienti. La riduzione dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso e l'intervento tempestivo degli infermieri contribuiscono ad aumentare la soddisfazione del paziente e a ridurre il rischio di complicanze dovute a lunghe attese.

Per la pratica clinica, l'implementazione su larga scala del modello See and Treat con l'utilizzo di infermieri con competenze avanzate richiederebbe una riorganizzazione delle competenze e delle responsabilità. È fondamentale prevedere percorsi formativi specifici che garantiscano a questi infermieri la capacità di svolgere in autonomia le mansioni cliniche assegnate. La valorizzazione del loro ruolo e l'incremento dell'autonomia decisionale non solo potrebbero migliorare la qualità delle cure, ma anche favorire una maggiore soddisfazione professionale, riducendo il rischio di burnout e il turnover del personale.

A livello organizzativo, l'adozione diffusa del modello See and Treat potrebbe ridurre il carico di lavoro nei Pronto Soccorso, migliorando la distribuzione delle risorse e aumentando l'efficienza complessiva. Tuttavia, è essenziale che questo processo sia

accompagnato da un monitoraggio continuo per assicurare che la qualità e la sicurezza delle cure restino prioritarie.

In conclusione, sebbene la figura dell'infermiere con competenze avanzate non sia ancora pienamente implementata in Italia, i risultati di questa ricerca dimostrano chiaramente l'efficacia di tale figura professionale nel migliorare la gestione delle urgenze minori. Ulteriori studi e sperimentazioni saranno necessari per consolidare l'adozione di questo modello e ottimizzarne l'impatto sull'efficienza delle risorse sanitarie e sulla soddisfazione degli utenti.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Atkinson, P., Madan, R., Kendall, R., Fraser, J. & Lewis, D. (2014). Detection of soft tissue foreign bodies by nurse practitioner-performed ultrasound. *Critical Ultrasound Journal*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/2036-7902-6-2>
- Bache, J. (2001). Establishing an emergency nurse practitioner service. *Emergency Medicine Journal*. <https://doi.org/10.1136/emj.18.3.186>
- Ball, S. T. E., Walton, K. & Hawes, S. (2007). Do emergency department physiotherapy practitioner's, emergency nurse practitioners and doctors investigate, treat and refer patients with closed musculoskeletal injuries differently? *Emergency Medicine Journal*, 24(3), 185–188. <https://doi.org/10.1136/emj.2006.039537>
- Bambi, S. (2008). See & Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate. Una revisione della letteratura. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 27(3). <https://doi.org/doi10.1702/375.4385>
- Benci L. (2010, 3. August). See&Treat, diritto d'infermiere. . *Il Sole 24 Ore Sanità*, 20–21.
https://www.simeu.it/w/download/get/0/Sole%2024%20ore_Articoli%20sul%20Triage.pdf/download/nursing/Triage
- Chuk, L. K., Chung, J. Y. M., Lau, H. H. W., Leung, L. Y., Hung, K. K. C. & Graham, C. A. (2022). Emergency nurse practitioners' use of a modified Edinburgh red eye diagnostic algorithm: Prospective observational study. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 29(2), 113–120. <https://doi.org/10.1177/1024907919882561>
- Cole, F. L. & Ramirez, E. G. (2005). Nurse Practitioners in Emergency Care. In *Top Emerg Meet* (Vol. 27, Issue 2).
- Cooper, M. A., Rgn, B. N., Lindsay Bsc, G. M., Scm, R., Kinn, S., Swann, I. J., Fres, M., Dfm, F. & Swann I S W A N N, N. S. (2002). ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING PRACTICE Evaluating Emergency Nurse Practitioner services: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6). <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02431.x>

- Crinson. (1995). Impact of The Patient's Charter on departments 2: the emergency nurse practitioner. *British Journal of Nursing*, 4(22).
- Dealey, C. (2001). *SPI-(LAi 1ST NURSING Emergency nurse practitioners: siouid tiie roie be deveioped?*
- Ezra, D. G., Mellington, F., Cugnoni, H. & Westcott, M. (2005). Reliability of ophthalmic accident and emergency referrals: A new role for the emergency nurse practitioner? *Emergency Medicine Journal*, 22(10), 696–699. <https://doi.org/10.1136/emj.2004.018010>
- Giunta regionale toscana. (2010). *Delibera n 449 del 31/03/2010. "Progetto di sperimentazione del modello See and Treat in pronto soccorso – revisione."*
- Giunta regionale toscana. Delibera n. 958 del 17/12/2007. (2008). Proposta di sperimentazione del modello " See and Treat" in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori. Approvazione documento. In *Bollettino ufficiale della regione toscana*.
- Jennings, N., Clifford, S., Fox, A. R., O'Connell, J. & Gardner, G. (2015). The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 52, Issue 1, pp. 421–435). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006>
- Jennings, N., Gardner, G. & O'Reilly, G. (2014). A protocol for a pragmatic randomized controlled trial evaluating outcomes of emergency nurse practitioner service. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 2140–2148. <https://doi.org/10.1111/jan.12386>
- Jennings, N., Gardner, G., O'Reilly, G. & Mitra, B. (2015). Evaluating emergency nurse practitioner service effectiveness on achieving timely analgesia: A pragmatic randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 22(6), 676–684. <https://doi.org/10.1111/acem.12687>
- Jennings, N., Mckeown, E., O'Reilly, G. & Gardner, G. (2013). Evaluating patient presentations for care delivered by emergency nurse practitioners: A retrospective

- analysis of 12 months. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(3), 89–95.
<https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.05.005>
- Leaman, A. M. (2023). See and Treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? One size does not fit all. *Emergency Medicine Journal*. <https://doi.org/doi:10.1136/emj.20.2.118>
- Lowe, G. & Emerg, C. (2010). Scope of emergency nurse practitioner practice: where to beyond clinical practice guidelines? *AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 28(1).
- Marr, S., Steele, K., Swallow, V., Craggs, S., Procter, S. & Newton, J. (2003). Mapping the range and scope of emergency nurse practitioner services in the Northern and Yorkshire Region: a telephone survey. *Emerg Med J*, 20, 414–417.
<https://doi.org/10.1136/emj.20.5.414>
- Mcdevitt, J. & Melby, V. (2015). 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. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3–4), 523–535. <https://doi.org/10.1111/jocn.12639>
- Ministero della Salute. (2012a). *Bozza di Accordo Stato Regioni recante l'ampliamento del profilo di competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico*.
https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/805/Bozza%20Accordo%20competenze%20infermieristiche.pdf
- Ministero della Salute. (2012b, 12. December). *Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero*.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf
- National Health Service. (2003). *The NHS Modernization Board's Annual Report 2003*.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digital_asset/dh_4064832.pdf, consultato il 16/05/2011

- O'Connell, J., Gardner, G. & Coyer, F. (2014). Profiling emergency nurse practitioner service: An interpretive study. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(3), 279–290. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000030>
- Radice, C., Ghinaglia, M., Doneda, R. & Bollini, G. (2013). ['See and Treat' in the Emergency Department: legal aspects and professional nursing responsibility]. In *Professioni infermieristiche* (Vol. 66, Issue 3, pp. 175–181). <https://doi.org/10.7429/pi.2013.663175>
- Roche, T. E., Gardner, G. & Jack, L. (2017a). The effectiveness of emergency nurse practitioner service in the management of patients presenting to rural hospitals with chest pain: A multisite prospective longitudinal nested cohort study. In *BMC Health Services Research* (Vol. 17, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2395-9>
- Saint Lamont, S. (2005a). “See and Treat”: Spreading like wildfire? A qualitative study into factors affecting its introduction and spread. *Emergency Medicine Journal*, 22(8), 548–552. <https://doi.org/10.1136/emj.2004.016303>
- Sakr. (1999). Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *Lancet*. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)02447-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)02447-2)
- Shand, W., Klemmer, D., Grubb, S., Chesney, S., Olsen, B. & So, L. (2020). Research to action: Nurse practitioners in the emergency department, Emergency Department Transition Clinic and Intravenous Therapy Clinic at Strathcona Community Hospital. In *Canadian Journal of Emergency Nursing* · (Vol. 43, Issue 1). <http://www.aihealthsolutions>.
- Tammes, P., Morris, R. W., Brangan, E., Checkland, K., England, H., Huntley, A., Lasserson, D., MacKichan, F., Salisbury, C., Wye, L. & Purdy, S. (2017). Exploring the relationship between general practice characteristics and attendance at Walk-in Centres, Minor Injuries Units and Emergency Departments in England 2009/10-2012/2013: A longitudinal study. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2483-x>

- Tye, C. C., Ross, F. & Kerry, S. M. (1998). Emergency nurse practitioner services in major accident and emergency departments: a United Kingdom postal survey. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 15, 31–34. <https://doi.org/10.1136/emj.15.1.31>
- Wallis. (2009). Effectiveness of an advanced practice emergency nurse role in a minor injuries unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.37464/2009.271.1732>
- Windle, J. & Mackway-Jones, K. (2003). Don't throw triage out with the bathwater. *Emergency Medicine Journal*. <https://doi.org/doi:10.1136/emj.20.2.119>