

# L'impatto del ruolo delle Emergency Nurse Practitioners nella gestione clinica dei pazienti nel contesto di un Dipartimento di Emergenza Urgenza nel Regno Unito

Impact of the role of Emergency Nurse Practitioners in the clinical management of patients in a UK Emergency Ward

Sara Levati<sup>1</sup>

Enrica Capitoni<sup>2</sup>

## RIASSUNTO

All'interno di Strutture per la gestione delle Emergenze-Urgenze, diverse figure professionali sanitarie intervengono nella gestione e nel trattamento del paziente che presenta livelli di gravità clinica diversi. In questo studio si descrive ed analizza il ruolo di figure infermieristiche che hanno acquisito livelli di formazione diversi e che si integrano con lo staff medico nella gestione di pazienti con codici di bassa e media priorità al trattamento. La metodologia utilizzata è la case study research. Si propongono tre casi clinici gestiti all'interno del Servizio See and Treat e nella Major Area del Wishaw General Hospital, Glasgow, Scozia.

Attraverso la descrizione e l'analisi dei casi clinici è possibile fornire elementi di approfondimento e di discussione di modelli di gestione clinica ed organizzativa innovativi, in cui infermieri specializzati si integrano all'interno dell'équipe, in modo non conflittuale assumendo responsabilità cliniche, oltre che assistenziali in totale o parziale autonomia dal medico.

**Parole chiave:** Emergency Nurse Practitioner, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Servizio "Vedi e Tratta", Pratica infermieristica avanzata

## ABSTRACT

Various professional health figures participate in the management and treatment of patients in Emergency-Casualty structures presenting diverse levels of clinical severity.

This study describes and analyses the role of nursing figures who have achieved different levels of training who collaborate with medical staff in the management of low and medium priority patients, using the case study research method. Three cases treated in the See and Treat Service and in the Major Area of the Wishaw General Hospital, Glasgow, Scozia are described.

**Key words:** Emergency Nurse Practitioner, Emergency-Casualty Department, "See and Treat" Service, Advanced Nursing

## INTRODUZIONE

Il sovraccarico dei dipartimenti di emergenza-urgenza con casi di minor gravità clinica, la diminuzione della durata delle degenze ospedaliere, la riduzione del numero di medici presenti sul territorio e la necessità di contenere i costi hanno favorito, all'interno del panorama sanitario britannico, la costituzione di molteplici Servizi gestiti da personale infermieristico specificatamente formato (Melby et al, 2011). Ossia, all'interno di un contesto di devolution (decentra-

mento) dell'assistenza sanitaria, Reveley et al. (2001) definiscono questo processo come espansione del ruolo infermieristico. Esso si differenzia da quello di estensione, inteso invece come assunzione di responsabilità per compiti delegati o assegnati dal medico. L'espansione del ruolo deriva da una formazione specifica e si espleta in competenze quali, ad esempio, la raccolta anamnestica, l'esame obiettivo, l'individuazione di diagnosi differenziali e il trattamento del paziente. Le Emergency Nurse Practitioners (ENPs) sono infermiere che possiedono una formazione post-base nella diagnosi, trattamento, prescrizione e promozione della salute nel contesto dell'emergenza-urgenza e si distinguono dalle Adult Nurses, ovvero infermieri responsabili dell'assistenza infermieristica ai soli pazienti adulti,

1 Dottore in Infermieristica - Università degli Studi di Milano Bicocca, PgDip in Nursing - Queen's University Belfast, ricercatrice

2 Dr.ssa, master ricerca clinica, Coordinatore, Professore a c. corso di Laurea in Infermieristica Università Milano-Bicocca, Fondazione per la Ricerca Ospedale Maggiore, Ospedali Riuniti di Bergamo

in possesso del titolo universitario abilitante e dell'iscrizione dal Nursing and Midwifery Council (NMC). Le ENPs, formate per la prima volta presso l'Oldchurch Hospital, Essex, UK nel 1986. Sono presenti in tutto il territorio nazionale. Tuttavia, la loro formazione avviene sulla base di programmi universitari non omogenei (Barton, 2006; Parr, 2010), con ripercussioni che concernono la spendibilità pratica del titolo che rimane strettamente circoscritta alla sede formativa, a livello locale. Le ENPs gestiscono solitamente i Servizi adibiti al trattamento delle emergenze differite o minori. In assenza di linee guida nazionali, queste ultime sono definite da protocolli stabiliti da ogni singolo A&E Department.

Le ENPs trattano le cosiddette minor injuries/illnesses (lesioni e patologie minori), ovvero patologie o lesioni circoscritte ad un'area limitata, che interessano per lo più il sistema muscolo-scheletrico periferico (Purcell, 2003). Tra queste si identificano le lesioni agli arti (escoriazioni, lacerazioni, ustioni e scottature), i disturbi oculari minori, la somministrazione della vaccinazione antitetanica, la rimozione di corpi estranei (incluse quelle da sede oculare e nasale), il trattamento di lesioni minori in sede cranica, gli interventi di educazione sanitaria ed infine la prescrizione di interventi diagnostici come i raggi X (Edwards, 2009). Negli ultimi decenni, diversi studi randomizzati controllati hanno indagato il ruolo delle ENPs ed hanno evidenziato, pur con alcuni limiti metodologici, che l'assistenza erogata raggiunge standard equiparabili a quelli evidenziati per l'assistenza medica, in termini di efficacia dei trattamenti, qualità e soddisfazione da parte dell'utente (Cooper et al, 2001; Corbett et al, 2008; Jennings et al, 2009; Melby et al, 2011).

Numerosi autori, tra i quali Neades (2002), Castle-dine, (2004) e Corbett et al (2008b), mettono in risalto la rapida crescita, in tutto il territorio nazionale britannico, di Servizi See and Treat o Minor Injuries Units gestiti da ENPs, secondo il principio chiave che il primo operatore sanitario che entra in contatto con il paziente sia in grado di effettuare una diagnosi, trattare e dimettere l'utente in completa autonomia. Generalmente i Servizi See and Treat operano sulla base di una lista d'attesa propria e, al pari dei tradizionali A&E Department, prevedono un tempo massimo di permanenza del paziente della durata di 4 ore dall'accettazione (linee guida nazionali, DoH, 2004). Uno studio condotto presso l'Addenbrookes Emergency Department di Cambridge nel 2004, evidenzia come il Servizio See and Treat riduca i tempi di attesa dei pazienti che presentano lesioni minori con effetti positivi anche sui tempi di attesa e la gestione clinica dei casi più complessi (Roger et al, 2004).

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 negli A&E Departments (Corbett et al, 2008a,b). Il Servizio See and Treat presso l'A&E Department del Wishaw General Hospital (WGH), Glasgow, Scozia è parte di questo programma ed è gestito da ENPs denominate Minor MINTS nurses. Le Minor MINTS nurses prendono in carico, visitano, prescrivono esami radiologici, trattano e dimettono i pazienti che presentano emergenze minori. Lo stesso programma pilota prevede la figura della Major MINTS nurse, altra tipologia di ENP. Questa figura eroga assistenza presso la Major Area, l'area dell'A&E Department in cui vengono visitati e trattati i pazienti che presentano un grado di priorità superiore rispetto a quelli gestiti nel Servizio See and Treat. Come descritto da Corbett et al (2009), la Major MINTS nurse opera in parziale autonomia, sulla base dei seguenti criteri: punteggio scala MEWS 0-1, temperatura inferiore ai 38.5°C, sintomo appartenente a una lista precisa di disturbi. Esempi di casi trattati sono: dolore toracico e addominale, dispnea e asma, sospetti di trombosi venosa profonda, ferite laceratocontuse profonde, infezioni delle vie urinarie e respiratorie, patologie psichiatriche e pediatriche. La Major MINTS nurse prende in carico e visita il paziente in autonomia, mentre effettua una diagnosi e prescrive esami radiografici e di laboratorio in collaborazione con il medico. Sia le Minor MINTS che le Major MINTS nurses possono prescrivere e somministrare determinate categorie di farmaci, come gli antidolorifici, i vaccini o i farmaci salva-vita, sulla base di un protocollo che si attiene alle direttive del Patient Group Direction (PGD) del 2004 (RCN, 2004).

Questo lavoro descrive ed analizza tre casi clinici di pazienti con diversi gradi di priorità clinica trattati presso l'A&E Department del WGH. Lo studio permette un approfondimento del ruolo delle Minor e Major MINTS nurses che lavorano in totale o parziale autonomia dal medico all'interno del Servizio See and Treat e della Major Area.

## METODO

Data la specifica natura descrittiva e comparativa, questo studio utilizza la metodologia di osservazione prevista dalla case study research. I dati di ricerca primaria sono stati acquisiti attraverso l'osservazione diretta e la revisione della documentazione clinica. In particolare, sono state prese in considerazione: la cartella clinica integrata, le scale di valutazione utilizzate (Glasgow Coma Scale, MEWS Scale, Waterloo Scale), i protocolli in uso, le schede relative alla terapia e ai parametri vitali.

La popolazione dello studio è stata selezionata secondo i seguenti criteri di inclusione:

- Età > 16 anni
- Diagnosi d'ingresso all'interno di una delle 5 diagnosi a maggior frequenza nel A&E Department del WGH
- Parametri vitali stabili, assenza di pericolo di vita

Criterio di esclusione:

- Età > 65 anni

Lo studio osservazionale non partecipativo-strutturato è stato effettuato presso l'A&E Department del WGH da marzo 2010 ad aprile 2010 per un periodo complessivo di 4 settimane. Sono stati selezionati, descritti ed analizzati tre casi clinici con particolare riferimento alle modalità gestionali degli stessi da parte del personale infermieristico e medico. I pazienti sono descritti in modo anonimo. In corsivo, nella descrizione di ciascun caso clinico, sono riportate frasi letteralmente tradotte dalle cartelle cliniche integrate.

## DESCRIZIONE DEI CASI STUDIO

### Caso clinico 1 - Gestione e trattamento di un paziente con trauma distorsivo alla caviglia.

In data .../3/2010 alle ore 13.24 si presenta all'attenzione del Servizio Accettazione accompagnato dalla madre, un ragazzo, R., di 16 anni che lamenta algia alla caviglia destra, a seguito di un sospetto trauma distorsivo durante una partita di calcio la sera precedente. Viene effettuata l'accettazione amministrativa. Il ragazzo viene poi indirizzato dal personale della reception al Servizio See and Treat, come "urgenza con bassa priorità di trattamento". R., come riportato nella cartella clinica integrata dalla Minor MINTS nurse che lo prende in carico, "tende a zoppiare in quanto caricando il peso sulla caviglia aumenta il dolore, ma cammina e rifiuta di utilizzare la sedia a rotelle". La Minor MINTS nurse effettua la raccolta dati anamnestica; il ragazzo riferisce di essere allergico alla penicillina. L'infermiera effettua l'esame obiettivo all'arto inferiore, che "...si presenta leggermente edematoso in regione malleolare laterale, il paziente riesce a effettuare movimenti con la caviglia anche se rallentati a causa dell'algia. Il dolore aumenta con il carico dell'arto inferiore destro e la digitopressione in regione malleolare. Non sono presenti deficit neurologici, il circolo periferico è presente e la cute integra".

La stessa Minor MINTS nurse prescrive quindi controlli radiografici, dai quali risulta "frattura composta della parte distale del perone" ed in seguito confeziona un apparecchio gessato e posiziona una scarpa Talus, un calzare che permetta al ragazzo di appoggiare il piede a terra senza compromettere il gesso. Consegnata un paio di stampelle e una brochure con i

consigli da seguire come, tenere l'arto in scarico, muovere le dita dei piedi, verificare che sia presente il circolo sanguigno e che il gesso non sia né troppo stretto, né troppo largo. La Minor MINTS nurse, alla dimissione alle ore 15.52, consiglia di assumere, in caso di dolore, farmaci analgesici come Paracetamolo 1g o Co-codamol 8/500 (Codeina 8mg/Paracetamolo 500mg) ed informa sia la madre che R. che dopo una settimana dovranno recarsi presso l'area ortopedica dell'A&E Department per una visita di controllo.

### Caso clinico 2 - Gestione e trattamento di un paziente con dolore toracico di natura infiammatoria.

In data .../4/2010 alle ore 10.57 si presenta il sig. B., operaio di 35 anni, che, al momento dell'accettazione, riferisce "algia toracica intermittente da circa 48 ore". Giunge solo, con mezzo proprio, dal domicilio. Viene accompagnato direttamente all'interno della Major Area dove viene effettuata, dopo 13 minuti di attesa, una valutazione di base, da parte di una Adult Nurse. Sulla base di un protocollo interno, l'infermiere rileva la sintomatologia d'ingresso, la presenza di allergie e l'anamnesi patologica remota. Il sig. B. "non presenta allergie di alcuna natura e da 8 settimane segue una terapia di mantenimento con metadone per la dipendenza da oppiacei, in particolare eroina, assunta per via endovenosa per diversi mesi". La Adult Nurse effettua un tracciato elettrocardiografico che, come refertato da uno dei medici dello staff "non presenta sottoslivellamenti né sovraelevamenti del tratto ST, il ritmo è sinusale a frequenza 66 batt/min, non vi è presenza di extrasistolie".

Il sig. B. presenta i seguenti parametri:

- PA: 149/98 mmHg
- FC: 65 batt/min
- FR: 13 atti/min
- SpO<sub>2</sub>: 98% in aria
- TEMP: 35.8°C
- PAIN Score: 3/4 NRS
- MEWS Score: 0

Esclusa la natura cardiaca del dolore toracico, alle ore 11.55, il paziente viene preso in carico da una Major MINTS nurse che, con la collaborazione del paziente, riassume l'anamnesi patologica e il quadro clinico del sig. B., il quale racconta di vivere da solo, di fumare circa 20 sigarette al giorno e di assumere quotidianamente moderate dosi di alcool. "Il paziente riporta uno stadio avanzato di cellulite ad eziologia vascolare al braccio sinistro e riferisce di aver avuto alcuni attacchi di panico". Da quanto riportato, il sig. B. non soffre di epilessia ed asma. Dall'anamnesi patologica risulta che "...il sig. B. riferisce dolore in sede di emitorace sinistro anteriore, che aumenta con un'inspirazione

profonda e il movimento del torace; secondo il paziente il dolore è aumentato di intensità nel corso delle ultime 48 ore e dichiara inoltre di non aver assunto terapia antalgica. Non riporta eventi di natura traumatica, cadute, palpitazioni, edemi declivi e tachicardia... per quanto concerne la valutazione dell'apparato respiratorio e gastroenterico, il sig. B. non riferisce episodi di asma o dispnea, ma la presenza di tosse produttiva nelle prime ore del mattino e nausea occasionale; non riporta episodi di vomito, gastralgia, dolore addominale e diarrea o stitichezza. Il paziente non evidenzia sintomi urologici e neurologici, tra i quali stranguria, nistagmo, disturbi visivi e di movimento". Per quanto concerne l'esame obiettivo, dalla cartella integrata si rileva che "all'osservazione l'espansione toraco-polmonare è simmetrica e non si rilevano deformità della gabbia toracica né cicatrici, l'auscultazione è inoltre esente da rumori aggiunti. Il murmure vescicale è rilevabile e il fremito vocale tattile normo trasmesso. Tuttavia si rilevano chiari fischi all'inspirazione in sede polmonare sinistra". La Major MINTS nurse formula diagnosi di "dolore toracico derivante da una sospetta infiammazione pleuritica al polmone sinistro", prescrive un prelievo venoso. Come riportato in documentazione sanitaria, "non si riesce ad effettuare il prelievo venoso a causa del pessimo stato delle vene in seguito all'abuso di eroina per via endovenosa". La Major MINTS nurse consulta il medico proponendo, in assenza di valori ematici, un controllo radiografico, che come da referto "...non presenta anomalie visibili". La Major MINTS nurse prescrive quindi "Co-codamol 8/500mg per 2 volte al dì per 3 giorni" ed invita il paziente a presentarsi dal proprio medico curante se il dolore non migliora. Alle ore 14.03, il medico dimette il sig. B. dopo una valutazione generale degli interventi effettuati.

### Caso clinico 3 - Gestione e trattamento di un dolore toracico in un paziente con pregressa patologia cardiaca.

In data .../4/2010 alle ore 22.54 giunge trasportato con mezzo di soccorso, il sig. J., di 45 anni, che riferisce "algia toracica di carattere trafittivo, dal pomeriggio intorno alle ore 18.00, di sospetta natura cardiaca per pregresso IMA nel 2006, presenta inoltre irradiazione posteriore a livello interscapolare e all'arto superiore sinistro". Viene assegnato il codice d'ingresso ad elevata priorità.

Il sig. J. viene trasportato in barella direttamente presso la Major Area. È accompagnato dalla moglie che effettua l'accettazione amministrativa. Il paziente, che segnala "posizionamento di stent coronarico nel 2006" viene immediatamente monitorizzato da una Adult Nurse che effettua anche un prelievo del sangue,

secondo protocollo interno. Il sig. J. presenta i seguenti parametri vitali:

- PA: 139/40 mmHg
- FA: 65 batt/min
- FR: 12 atti/min
- TEMP: 36 °C
- SpO2: 96% in aria
- Pain Score Scale: 6/10 NRS

Il paziente riferisce di essere in cura dal 2006 con una terapia cardiologica di mantenimento (la lista dei farmaci è in cartella). Dalla documentazione sanitaria relativa all'anamnesi patologica effettuata dal medico, si evince che "il dolore in sede toracica con irradiazione posteriore a livello interscapolare e all'arto superiore sinistro si presenta in modo intermittente dal pomeriggio e persiste nonostante l'assunzione da parte del paziente di 2 dosi di Nitroglicerina, Natispray spr subl. 0,3 mg/dose. Il sig. J. riferisce inoltre di non presentare né dispnea né palpitazioni".

Dall'esame obiettivo effettuato dal medico, si rileva "all'auscultazione murmure vescicolare omogeneo, assenza di crepitii e fischi all'espansione. La gabbia toracica non presenta deformità. Non vi è stasi basale ed il paziente è in compenso emodinamico. Il paziente presenta una sensazione di pesantezza all'arto inferiore sinistro". Il medico prescrive una lastra del torace che valuta direttamente escludendo un interessamento polmonare.

Alle ore 00.40, il medico prescrive Aspirina 300 mg, Clopidogrel 75mg e Clexane 130mg [13000 UI] che vengono somministrati da una Adult Nurse. A seguito degli accertamenti effettuati, il medico decide di ricoverare il sig. J. per sottoporlo ad una ulteriore valutazione da parte del cardiologo, dati il suo precedente IMA e l'anamnesi familiare di elevato rischio cardiologico. Il medico prescrive il controllo ematico degli enzimi cardiaci, in particolare della troponina, a 12 ore dall'inizio del dolore e il paziente viene così trasferito presso l'Emergency Ward (Medicina d'Urgenza) alle ore 01.35.

## DISCUSSIONE

I tre casi clinici sono stati individuati ed osservati tra l'utenza afferente all'A&E Department del WGH, sulla base dei criteri di inclusione definiti nello studio. L'osservazione si è focalizzata sulla gestione e il trattamento di un trauma distorsivo alla caviglia, di un dolore toracico di natura infiammatoria e di un dolore toracico in paziente con pregressa patologia cardiaca. La scelta di osservare ed analizzare casi ad elevata frequenza e non in pericolo di vita è stata determinata dalla necessità di evitare di inserire nello studio variabili confondenti e di porre l'attenzione, oltre alla gestione clinica

dei pazienti individuati, sulle figure sanitarie presenti e sul contesto organizzativo. La revisione della letteratura ha evidenziato come sia possibile individuare diverse modalità di gestione del paziente all'interno del Dipartimento di Emergenza-Urgenza considerato (Corbett et al, 2008b) e più in generale, nel panorama sanitario britannico (Megahy et al, 2004; Roger et al, 2004; Melby et al, 2011). Dall'analisi dei casi clinici risulta che, a seconda del livello di gravità presentato, differenti sono le figure sanitarie che intervengono nel trattamento del paziente. Infatti, i pazienti vengono presi in carico e trattati da Minor MINTS nurses (caso clinico 1), da Major MINTS nurses (caso clinico 2) o dal personale medico supportato dalle Adult Nurses (caso clinico 3). Ciascuna di queste figure infermieristiche ha frequentato corsi differenti ed è emerso come il background formativo delle Minor MINTS nurses fornisca loro le capacità e le competenze necessarie per gestire in completa autonomia, pazienti che presentano urgenze minori (caso clinico 1), come il trauma distorsivo descritto, effettuando l'anamnesi, l'esame obiettivo e prescrivendo trattamenti diagnostici (raggi X), limitatamente alla fascia oraria diurna e all'interno dell'area See and Treat. Le Major MINTS nurses invece, come si evince dall'analisi del secondo caso studio, possiedono un grado di autonomia, seppur non completo, ancora più elevato. Questo significa che, prendendo in carico pazienti che presentano una sintomatologia più complessa, come il dolore toracico di natura infiammatoria, esaminato nel caso 2, per alcune attività è richiesta la supervisione del medico (Corbett et al, 2009). Quest'ultimo, come osservato, prescrive gli esami diagnostici, dimette il paziente e ne ha la responsabilità ultima. Per quanto riguarda la prescrizione di farmaci, nell'osservazione dei casi 1 e 2 si è potuto rilevare l'utilizzo nella pratica del protocollo Patient Group Directions, da parte della Major MINTS nurse.

Il modello di espansione del ruolo espresso dalle infermiere specializzate (ENPs), è ben rappresentato nella distribuzione delle responsabilità all'interno dell'A&E Department descritta in questo studio. Il Servizio See and Treat del WGH è infatti completamente gestito dalle Minor MINTS nurses, così come la Major Area vede la presenza chiave delle Major MINTS nurses. Dalla descrizione del caso clinico 3 (dolore toracico in paziente con pregressa patologia cardiaca) si è visto come le Adult Nurses godano di minore autonomia professionale. Queste ultime, erogano infatti un'assistenza infermieristica generale (presa in carico assistenziale, raccolta dati ed esecuzione di prelievo ematico ed ECG), mentre il medico si occupa in toto dell'anamnesi, dell'effettuazione dell'esame obiettivo e della prescrizione dei trattamenti.

In molti A&E Departments presenti sul territorio

britannico, come nel caso del WGH, con l'inserimento di ENPs specializzate nel trattamento dei casi di minor urgenza all'interno dei Servizi See and Treat, il Servizio di "Triage", presente in Italia, è stato sostituito con un Servizio di accettazione amministrativa. Secondo il principio chiave di gestione separata dei casi con minore priorità al trattamento, da quelli che presentano una maggiore gravità clinica, il personale amministrativo smista ed assegna codici ai pazienti che vengono poi visitati, secondo l'ordine di arrivo, presso il servizio See and Treat o presso la Major Area. Come si è evidenziato nei casi analizzati, i tempi di trattamento complessivo hanno rispettato il limite massimo delle 4 ore previsto dalle linee guida del 2004 del Department of Health (DoH).

In tutti e tre i casi non si sono rilevati conflitti, anzi i ruoli messi in atto dai diversi professionisti appaiono molto chiari con una precisa definizione delle competenze. L'utilizzo della documentazione sanitaria e dei protocolli si è dimostrato fondamentale per l'efficienza del lavoro e la collaborazione inter ed intra-professionale. Inoltre, le ENPs hanno garantito un'adeguata comunicazione con il paziente/familiari nelle diverse fasi del processo terapeutico.

Uno dei principali limiti di questo lavoro è rappresentato dal contesto dello studio osservazionale, circoscritto esclusivamente all'A&E Department del WGH, anche se diverse procedure descritte sono standardizzate, sulla base dei protocolli nazionali o regionali citati. Un altro limite è rappresentato dalla breve durata dello studio (quattro settimane) con un conseguente numero contenuto di casi osservati.

## CONCLUSIONI

Attraverso l'osservazione e l'analisi di casi clinici è stato possibile descrivere un setting di cura non usuale dando evidenza delle competenze specialistiche delle ENPs e degli spazi di collaborazione tra medici ed infermieri con percorsi di formazione triennali. Si è messo in luce come la presenza di diverse figure professionali all'interno di un A&E Department, suddiviso per aree di trattamento differenti, possa garantire una gestione efficace, efficiente, nonché qualificata del Servizio, a pazienti con livelli differenti di priorità clinica. Inoltre, attraverso la descrizione di casi clinici si è osservato come l'utilizzo di strumenti organizzativi che standardizzano le procedure faciliti la comunicazione interdisciplinare, la presa di decisioni cliniche e riduca i conflitti. Studi qualitativi di modelli consolidati di integrazione clinico-assistenziale ed organizzativa fra medici ed infermieri con livelli di specializzazione diversi, effettuati in altri Paesi, rappresentano esempi utili per l'effettuazione di sperimentazioni in territorio

nazionale, che tengano conto dei background formativi degli infermieri italiani, in possesso di diplomi universitari post-base.

## BIBLIOGRAFIA

- Barton, T. D. (2006). Nurse practitioners – or advanced clinical nurses? *British Journal of Nursing*, 15 (7), 370-376.
- Castledine, G. (2004). *New Nursing Roles: Deciding the future for Scotland. Generalist and Specialist Nurses - complementary or conflicting roles?* Glasgow: The Scottish Government Press. Data accesso 24 marzo 2011, da <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2004/04/19201/35586>
- Cooper, M.A., Hair, S., Ibbotson, T.R., Lindsay, G.M., & Kinn, S. (2001). The extent and nature of Emergency Nurse Practitioner services in Scotland. *Accident and Emergency Nursing*, 9 (2), 123-129.
- Corbett, G., & McGuigan T. (2008b). Patient Satisfaction. *Emergency nurse*, 16 (3), 26-35.
- Corbett, G., Dagg, K., & MacLean, V. (2008a). *Evaluation of MINTS Minor Pilot*. Glasgow: NHS Lanarkshire Press.
- Corbett, G., Dagg, K., & MacLean, V. (2009). *Evaluation of MINTS Major Pilot*. Glasgow: NHS Lanarkshire Press
- Department of Health (2004). *Emergency Care Bulletin*. London: Stationery Office.
- Edwards, M. (2009). *Moving Practice Nursing Forward*, in the *Informed Practice Nurse*. 2nd Edition. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd
- Jennings, N., & Lee, G. (2009). A survey of patient satisfaction in a metropolitan Emergency Department: comparing nurse practitioners and emergency physicians. *International Journal of Nursing Practice*, 15 (3), 213-218.
- Megahy, A., & Lloyd, M. (2004). Managing minor injuries. *Emergency Nurse*, 12 (5), 4-6.
- Melby, V., Gillespie, M. & Martin, S. (2011). Emergency nurse practitioners: the views of patients and hospital staff at a major acute trust in the UK. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (1-2), 236-246.
- Neades, B. (2002). Emergency nurse practitioners: what lies ahead? *Emergency Nurse*, 10 (7), 11.
- Parr, C. (2010). News focus – Defining advanced nursing practice. *Independent Nurse*, 14 (11), 3.
- Purcell, D. (2003). *Minor injuries. A clinical guide*. London: Elsevier, Churchill Livingstone.
- Reveley, S., Walsh, M., & Crumbie, A. (2001). *Nurse Practitioner. Developing the role in hospitals settings*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Rogers, T., & Ross, N. (2004). Evaluation of a “see and treat” pilot study introduced to an emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 12 (1), 24-27.
- Royal College of Nursing (RCN) (2004). *Patient Group Directions (PGDs)*. London: Royal College of Nursing. Data accesso 15 febbraio 2011, da [http://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/78506/001370.pdf](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78506/001370.pdf)

