

## In quale misura l'attuazione del modello *See and Treat* potrebbe contribuire alla gestione del sovraffollamento del pronto soccorso? Uno studio descrittivo retrospettivo

### *To what extent the implementation of the See and Treat model could it contribute to the management of emergency room overcrowding? A retrospective descriptive study*

Valerio Di Nardo,<sup>1</sup> Giulia Caroli,<sup>2</sup> Andrea Del Grande,<sup>3</sup> Leonardo Di Nardo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Infermiere, Posizione Organizzativa Dipartimento Emergenza Accettazione, Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni; <sup>2</sup>Infermiera, Terni; <sup>3</sup>Infermiere S.C. Anestesia e rianimazione, Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni; <sup>4</sup>Infermiere S.C. Pronto Soccorso, ARNAS G. Brotzu di Cagliari, Italia

#### RIASSUNTO

**Introduzione:** il sovraffollamento è la situazione in cui il normale funzionamento del pronto soccorso (PS) è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, rappresentata dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse logistiche, strumentali e professionali disponibili. Tale fenomeno genera conseguenze negative non solo per i pazienti ma anche per gli operatori e per il sistema. Obiettivo dello studio è di valutare il contributo che potrebbe offrire l'attuazione del modello *See and Treat* in un PS da circa 45000 accessi per anno.

**Materiali e Metodi:** studio descrittivo retrospettivo. Sono stati analizzati gli accessi registrati presso il PS di un DEA di II° livello – "S. Maria" di Terni – nell'anno 2018, e ne è stata valutata la percentuale eleggibile al percorso *See and Treat* secondo le indicazioni adottate dalla Regione Toscana.

**Risultati:** Nel 2018 si sono registrati 41.646 accessi con diagnosi di uscita, di cui 1.272 in codice rosso, 11.074 in codice giallo, 25.129 in codice verde e 4.175 in codice bianco. Sono risultati eleggibili al modello *See and Treat* 4.846 casi, pari al 11,63% dei casi totali e al 16,53% delle "urgenze minori".

**Discussione:** i dati ottenuti mostrano che il modello *See and Treat* potrebbe contribuire in maniera significativa alla gestione della casistica a bassa priorità in PS, migliorandone il funzionamento.

**Conclusioni:** le urgenze minori rappresentano la gran parte degli accessi presso il PS. La presenza di infermieri adeguatamente formati può contribuire in maniera significativa alla gestione delle urgenze minori, comportando benefici sia per i professionisti che per gli utenti. Quanto emerso dallo studio può inoltre contribuire a sviluppare il dibattito sulle competenze avanzate dell'infermiere.

#### ABSTRACT

**Introduction:** overcrowding is the situation in which the normal functioning of the emergency room (ER) is limited by the disproportion between the health demand, represented by the number of patients waiting and being treated, and the available logistical, instrumental, and professional resources. This phenomenon generates negative consequences not only for patients but also for operators and for the system. The aim of the study is to evaluate the contribution that the implementation of the *See and Treat* model could offer in an ER with around 45,000 accesses per year.

**Materials and Methods:** retrospective descriptive study. The accesses recorded in the ER of a second-level Department of Emergency and Acceptance – "S. Maria" di Terni – in 2018 were analyzed, and the percentage eligible for the *See and Treat* model was assessed according to the indications adopted by the Tuscany Region.

**Results:** in 2018 there were 41.646 accesses with exit diagnosis, of which 1,272 were in red code, 11,074 in yellow code, 25,129 in green code, and 4,175 in white code. 4846 cases were eligible for the *See and Treat* model, equal to 11.63% of total cases and 16.53% of "low priority" cases.

**Discussion:** The data obtained show that the *See and Treat* model could significantly contribute to the management of low priority in the ER, improving its functioning.

**Conclusions:** minor emergencies account for most of the accesses to the ER. The presence of adequately trained nurses can contribute significantly to the management of minor emergencies in the ER, bringing benefits for both professionals and users. What emerged from the study can also contribute to developing the debate on the advanced skills of the nurse.

**Key words:** *See and Treat*; low priority; emergency department; emergency room; nurse.

**Correspondence:** Valerio Di Nardo, Posizione Organizzativa Dipartimento Emergenza Accettazione, Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni, viale Tristano di Joannuccio, 05100 Terni (TR), Italia  
E-mail: valeriodinardo1987@gmail.com

## Introduzione

L'obiettivo principale del pronto soccorso (PS) è garantire il trattamento dei casi urgenti, ovvero tutte le casistiche che necessitano di interventi diagnostici e terapeutici immediati. Come affermato da Bonetti *et al.*,<sup>1</sup> questo servizio può essere identificato dalla comunità come la possibile soluzione a tutti i problemi, sia di carattere sanitario che sociale, comportando l'accesso al PS per casi non urgenti e dunque potenzialmente impropri.

La considerevole quantità di accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza può essere causa di sovraffollamento e sovraccarico dei servizi ospedalieri di prima accoglienza.<sup>2</sup>

Il Ministero della Salute definisce sovraffollamento la situazione in cui il normale funzionamento dei PS è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, rappresentata dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili logistiche, strumentali e professionali.<sup>3</sup>

Tale fenomeno, maggiormente noto come *overcrowding*, è particolarmente attuale nel panorama italiano,<sup>4,5</sup> e la pandemia COVID-19 ha contribuito ad accentuarlo.<sup>6</sup>

Il sovraffollamento determina conseguenze molto rilevanti sul piano qualità delle cure e della sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori, nonché ripercussioni sugli aspetti organizzativi dell'assistenza, con potenziale incremento del contenzioso legale e dei relativi costi correlati.<sup>3</sup>

Le cause del sovraffollamento possono essere classificate in tre categorie: fattori in ingresso (*input*), fattori interni strutturali (*throughput*) e fattori di uscita (*output*).<sup>3,6</sup> Questi parametri, seppure indipendenti l'uno dall'altro, sono interconnessi e influenzati da fattori contribuenti sottostanti, rendendo l'*overcrowding* un fenomeno multifattoriale e complesso.<sup>7</sup>

Secondo diversi autori il fenomeno è determinato dall'afflusso di pazienti affetti da problemi di salute minori,<sup>8,9</sup> che causa un considerevole aumento dei tempi di attesa per la visita medica, e un aumento del carico di lavoro assistenziale con conseguente insoddisfazione da parte degli utenti.<sup>10</sup> In letteratura sono riportate diverse strategie volte alla risoluzione di tale problema.<sup>8</sup>

Nel 2008 Hoot e Aronsky<sup>9</sup> hanno classificato le varie strategie volte a risolvere il fenomeno del sovraffollamento in tre macro-aree: aumento delle risorse, gestione delle richieste e strategie operative. Più recentemente Kenny *et al.*<sup>11</sup> hanno suddiviso le strategie di risoluzione del problema in due livelli: micro-livello, applicabile all'interno del PS, e macro-livello, applicabile nel sistema ospedaliero e/o nel servizio sanitario.

Negli ultimi anni sono state, inoltre, avviate numerose sperimentazioni in diverse regioni italiane per ridurre gli accessi "impropri" e migliorare la rete assistenziale. Le sperimentazioni di nuovi modelli di differente tipologia e denominazione, sia territoriali (Presidi Territoriali di Assistenza, Assistenza Territoriale Integrata, Ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie, Casa della Salute), che ospedalieri (Ambulatori codici bianchi e Ambulatori codici di minor gravità gestiti dai Medici di Medicina Generale presso i PS), hanno avuto l'obiettivo di individuare percorsi operativi per contenere il problema e migliorare l'assistenza fornita sul territorio.<sup>2</sup>

Nonostante le numerose soluzioni proposte, il fenomeno del sovraffollamento è lungi dall'essere risolto,<sup>6,12</sup> apparendo, nel panorama italiano, addirittura peggiorato, tale da generare una "fuga" sia di medici che di infermieri.<sup>13</sup> La situazione risulta ulteriormente aggravata dalla disponibilità di medici specialisti per l'area dell'emergenza per garantire il *turn over* dei pensionamenti e dei trasferimenti.<sup>5</sup>

Tra le soluzioni interne al PS vi è il modello *See and Treat* infermieristico, sperimentato dalla Regione Toscana nel 2007 in

alcune delle sue Aziende Sanitarie.<sup>14</sup> Tale modello consente di dare risposta alle urgenze a minore priorità e fornire al cittadino una risposta appropriata attraverso un infermiere esperto, adeguatamente formato, e certificato tramite una valutazione formale delle specifiche competenze acquisite, che, nella gestione dei problemi clinici minori, opera nel rispetto di protocolli clinico-assistenziali condivisi.<sup>15</sup> La sperimentazione toscana si è conclusa nel 2010 con la messa a regime del *See and Treat*,<sup>16</sup> e risulta tutt'ora attivo nella regione.

Il modello *See and Treat* è stato introdotto in diverse realtà del panorama nazionale,<sup>17</sup> ma non è stato mai sperimentato all'interno della regione Umbria.

L'obiettivo del presente studio è pertanto quello di stimare quanti degli accessi registrati presso un DEA di 2° livello, il secondo in termini di accessi in ambito regionale umbro, sarebbero risultati eleggibili al percorso *See and Treat*.

## Materiali e Metodi

### Disegno dello studio descrittivo retrospettivo

Il setting dello studio è rappresentato dal PS dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni. L'Azienda rappresenta un DEA di 2° livello i cui accessi al PS, nel periodo pre-pandemia, erano di circa 45.000 l'anno. La struttura di PS è composta da un'area triage, un'astanteria, una sala emergenze, un'area identificata quale PS ortopedico, una sala dedicata ai codici rosa, 3 ambulatori, di cui uno attivo solo nella fascia oraria 08-20 dei gironi feriali, e un Osservazione Breve Intensiva da 9 posti letto.

### Gruppo di lavoro

È stato composto un gruppo di lavoro formato da 4 infermieri, di cui 3 con laurea magistrale ed esperti in area critica, che si sono occupati dell'analisi delle diagnosi di dimissione e dei relativi criteri di inclusione/esclusione, ed un quarto che si è occupato dell'analisi statistica e descrittiva dei risultati.

### Raccolta dati

È stata presentata all'Azienda richiesta dei dati relativi alle diagnosi di dimissioni dal PS nell'intero 2018, complete di codice colore, livello del dolore, età e sesso. I dati richiesti, estrapolati dal software in uso presso il PS, sono stati ricevuti in un foglio di lavoro Excel, completo di tutte le variabili richieste. È stato scelto l'anno 2018 disporre di dati non condizionati dalla pandemia da SARS-CoV-2.

### Selezione dei dati

Fase 1: dal totale del campione (n. 44.317) sono stati rimossi tutti i casi registrati con codice di priorità giallo o rosso, nonché gli abbandoni volontari.

Fase 2: i rimanenti casi sono stati accorpati in gruppi aventi stessa diagnosi di dimissione (n. 2.422), disposti quindi su di un foglio di lavoro Excel. Ognuno degli infermieri esperti, sulla base di quanto contenuto nel progetto di sperimentazione del modello *See and Treat* in PS elaborato dalla Regione Toscana,<sup>16</sup> ha considerato ogni singola diagnosi potenzialmente eleggibile al percorso *See and Treat* o meno.

### Analisi dei dati

I casi associati alle diagnosi incluse nello studio sono stati comparati, da ognuno degli infermieri esperti, con lo specifico protocollo,<sup>18</sup> applicando quali criteri di inclusione/esclusione l'età e il

livello del dolore, quest'ultimo rilevato tramite una Numerical Rating Scale da 0 a 10 in fase di triage. Infine, sono stati categorizzati come "eleggibile al percorso *See and Treat*" o "di pertinenza medica". Per l'analisi dei dati è stato utilizzato un foglio di lavoro Excel e tecniche di statistica descrittiva per la loro presentazione.

## Risultati

Nell'anno preso in considerazione sono stati registrati 44.317 accessi, di questi 2.671 sono senza alcuna diagnosi di uscita (abbandoni volontari) e pertanto non inclusi nello studio.

Gli accessi rimanenti, pari a 41.646 sono distribuiti per codice di priorità come di seguito riportato (Figura 1): 1.272 in codice rosso, 11.074 in codice giallo, 25.129 in codice verde e 4.175 in codice bianco. La casistica analizzata, classificata come "urgenze a minore priorità", comprendente i soli codici bianchi e verdi, corrisponde al 70,36% del campione (n. 29.304).

La distribuzione per sesso mostra il campione rappresentato per il 52,06% da uomini (n. 21.683) e per il 47,93% da donne (n. 199.63). Nella Tabella 1 è riportata la distribuzione per fasce di età.

Sottoponendo ad un primo screening i 29.304 casi relativi alle diagnosi di dimissione associate ai codici di priorità bianchi e verdi, ne sono risultati eleggibili al percorso *See and Treat* 5.792. Applicando poi quali criteri di esclusione l'età e livello del dolore, ne sono stati esclusi 946, ottenendo 4.846 casi idonei al percorso *See and Treat*. Non prendendo in considerazione i casi di "abbandono volontario", per i quali non è presente la diagnosi di dimissione, la casistica eleggibile al percorso *See and Treat* è pari all'11,63% dei casi totali e al 16,53% delle "urgenze a minore priorità". Nella Figura 2 è riportata la casistica inclusa nello studio distribuita per tipologie cliniche.

Dalla Figura 3 è possibile quindi osservare la suddivisione del campione totale (44.317 casi) comprendente la percentuale di casi eleggibile al percorso *See and Treat*.

## Considerazione etiche

I casi analizzati nello studio sono stati forniti agli autori in forma anonima, privi di dati personali e/o sensibili, garantendo la riservatezza e la privacy dei soggetti coinvolti, come previsto dalla Dichiarazione di Helsinki.<sup>19</sup>

## Discussione

L'indagine conferma i dati già raccolti da precedenti studi,<sup>20,21</sup> ovvero che la gran parte di accessi al PS è rappresentata da codici a minore priorità, in questo caso pari a oltre il 70% del totale.

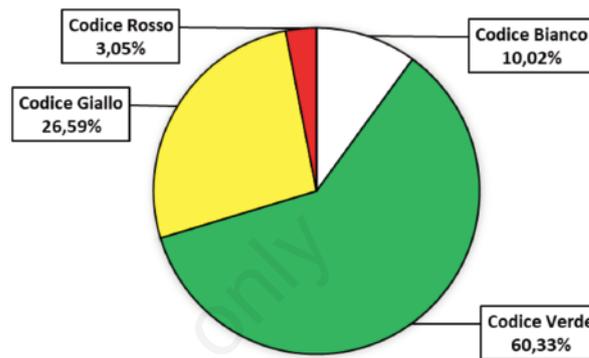
**Tabella 1.** Distribuzione per fasce di età.

Età	Numero	Percentuale
0-10	4591	11,02
11-20	3215	7,72
21-28	2302	5,53
29-35	2097	5,04
36-60	11349	27,25
61-74	7404	17,78
75-84	6442	15,47
Over 84	4246	10,2

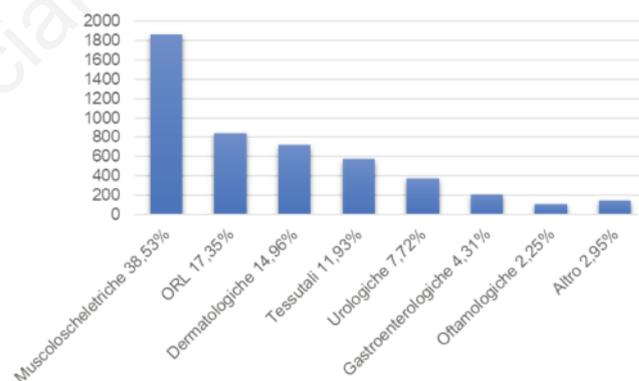
La distribuzione degli accessi per fasce di età è un parametro importante per questa tipologia di studi in quanto l'anzianità rappresenta uno dei principali parametri di inclusione/esclusione nel percorso.<sup>18</sup>

I risultati ottenuti rafforzano la tesi secondo cui il modello *See and Treat* possa contribuire in maniera significativa alla gestione di alcune criticità che oggi caratterizzano i PS.

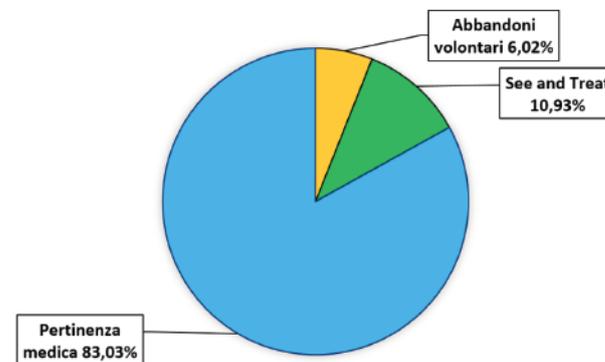
In letteratura sono presenti diverse esperienze che sostengono che tale modello contribuisce alla riduzione dei tempi di attesa e a velocizzare i percorsi interni al PS,<sup>17,22</sup> migliorando quindi la qua-



**Figura 1.** Distribuzione per codici di priorità.



**Figura 2.** Distribuzione dei casi per tipologie cliniche.



**Figura 3.** Distribuzione dell'intero campione.

lità delle prestazioni sanitarie per gli utenti e per gli operatori; inoltre, il *See and Treat* valorizza la professionalità degli infermieri e consente ai medici di potersi dedicare alla casistica a maggiore complessità.<sup>20</sup>

Importante riflessione va posta ai casi di abbandono, o allontanamento, volontario dal PS, prima del completamento del percorso clinico. Incluso tra le conseguenze indesiderabili e molto rilevanti sul piano qualità delle cure e della sicurezza per i pazienti e per gli operatori, tale fenomeno è correlato ai picchi di sovraffollamento,<sup>2,23</sup> che il modello *See and Treat* può contribuire a contenere.<sup>17,22</sup>

I risultati scaturiti da questa tipologia di studi sono indubbiamente necessari a definire l'utilità di disporre di personale infermieristico adeguatamente formato per specifiche circostanze cliniche, e possono altresì contribuire a fornire elementi utili a sviluppare il dibattito relativo al riconoscimento delle competenze avanzate per la categoria infermieristica. Nel panorama internazionale sono diversi i paesi che, ormai da anni, investono nella formazione di infermieri con competenze avanzate, seppur con modalità formative differenti.<sup>24</sup>

Nella sperimentazione attuata dalla Regione Toscana,<sup>14</sup> il percorso di formazione è strutturato in 3 moduli, con una durata complessiva di 350 ore, che prevedono l'alternanza di teoria e pratica, 3 prove in itinere, e un esame finale su situazioni clinico/assistenziali attribuibili al *See and Treat*.

### Limiti dello studio

Alcuni dei casi considerati eleggibili al *See and Treat* potrebbero essere esclusi in fase di valutazione per la presenza di uno o più criteri non considerati nello studio, come la temperatura corporea o la presenza di comorbidità, in quanto non riportati nel database utilizzato per l'estrapolazione dei dati. Viceversa, alcuni casi esclusi per carenza di dati potrebbero invece essere stati ritenuti idonei al percorso *See and Treat*. La mancata considerazione di alcune variabili, come la presenza di comorbidità, è dovuta all'impossibilità di estrapolare tali dati dal software utilizzato.

### Conclusioni

Le riammissioni in ospedale e gli accessi al PS per casi non urgenti sono spesso considerati indicatori della qualità dei servizi di assistenza primaria e recenti studi sviluppati sul territorio italiano supportano l'efficacia delle Case della Salute nel ridurre gli accessi al PS.<sup>25,26</sup> Stante la differente organizzazione dei servizi territoriali è importante che ogni regione attui procedure di simulazione simili a quella presentata, in modo da comprendere in quale misura un modello di gestione delle urgenze a minore priorità all'interno dei PS potrebbe contenere il fenomeno del sovraffollamento.

Considerando inoltre che la normativa nazionale in tema di esercizio professionale non solo non è in contrasto con l'introduzione dell'infermiere di *See and Treat*, ma addirittura offre elementi per un ulteriore sviluppo professionale,<sup>15</sup> emerge una riflessione: dalla prima sperimentazione nella Regione Toscana sono trascorsi ormai 15 anni, sarebbe il caso di individuare ulteriori "urgenze a minore priorità" che, sulla base di protocolli condivisi, potrebbero essere gestite autonomamente dall'infermiere in piena sicurezza e in linea con la sua evoluzione normativa.

Studi simili a quello presentato, ripetuti nel tempo, potrebbero inoltre fornire elementi utili a valutare la reale efficacia dei diversi modelli che si stanno attualmente diffondendo nel panorama nazionale, in particolar modo in termini di prevenzione delle riacutizzazioni e di riduzione di accessi per patologie minori verso i grandi ospedali.

La presenza di infermieri adeguatamente formati può contribuire in maniera significativa alla gestione delle urgenze a minore priorità, comportando benefici sia per i professionisti che per gli utenti.

Per concludere si ritiene utile porre attenzione sull'attuale scenario sanitario italiano caratterizzato da una carenza di medici, la cui mancanza, come affermano Colombo e Bassani,<sup>27</sup> dipende anche da un eccesso di carico di funzioni che possono essere condivise con altro personale sanitario, tra cui gli infermieri.

### Bibliografia

1. Bonetti M, Melani C. Il ruolo degli accessi impropri in pronto soccorso nella provincia autonoma di Bolzano. *EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica*, 2019. (Ultimo accesso 14/04/2023). Disponibile presso: <https://www.epicentro.iss.it/ben/2019/aprile/accessi-impropri-ps-bolzano>
2. Bagaglia C, Polcri C. Il problema degli accessi "impropri" in Pronto soccorso: un'indagine antropologica. *Scenario* 2018;34:25-31.
3. Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso, 2019. (Ultimo accesso 14/04/2023). Disponibile presso: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3143\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3143_allegato.pdf)
4. Ferrari G, Destrebecq A, Terzoni S. Riammissioni in Pronto Soccorso: uno studio retrospettivo. *Scenario* 2019;36:5-11.
5. Righi L, Oliva G, Brogini S, Becattini G. Il *See and Treat* toscano: dal Pronto Soccorso alle case della salute. *L'Infermiere* 2017;4,10-13.
6. Savioli G, Ceresa IF, Gri N, et al. Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *J Pers Med* 2022;14:12:279.
7. Salway R, Valenzuela R, Shoenberger J, et al. Emergency Department (ED) overcrowding: Evidence-based answers to frequently asked questions. *Rev Méd Clínica Las Condes* 2017;28:213-9.
8. Lovato E, Minniti D, Giacometti M, et al. Il sovraffollamento nel dipartimento di emergenza: efficacia di una strategia multifattoriale isorisorse. *Evidence* 2013;5:e1000056.
9. Hoot NR, Aronsky DA. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med* 2008;52:126-36.
10. Kenny JF, Chang BC, Hemmert KC. Factors Affecting Emergency Department Crowding. *Emerg. Med. Clin. North Am* 2020;38:573-87.
11. Quattrini V, Swan BA. Evaluating care in ED Fast Tracks. *J. Emerg Nurs* 2011;37:40-6.
12. Scott I, Vaughan L, Bell D. Effectiveness of acute medical units in hospitals: A systematic review. *Int J Qual Health Care* 2009;21:397-407.
13. Bartoloni M. I camici bianchi in piazza: medici e infermieri in fuga dai pronto soccorso e i morti raddoppiano. *Il Sole 24 ore*, 17 Nov 2022. (Ultimo accesso 14/04/2023). Disponibile presso: [https://www.ilssole24ore.com/art/i-camici-bianchi-piazza-medici-e-infermieri-fuga-pronto-soccorso-e-morti-raddoppiano-AEyQXfHC?refresh\\_ce=1](https://www.ilssole24ore.com/art/i-camici-bianchi-piazza-medici-e-infermieri-fuga-pronto-soccorso-e-morti-raddoppiano-AEyQXfHC?refresh_ce=1)
14. Regione Toscana. Delibera n. 958 del 17 dicembre 2007. Proposta di sperimentazione del modello "See and Treat" in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori. Approvazione documento.
15. Radice C, Ghinaglia M, Doneda R, Bollini G. "See and Treat" in Pronto Soccorso: aspetti legali e responsabilità professionale infermieristica. *Prof Inferm* 2013;66:175-81.

16. Regione Toscana. Delibera n. 449 del 31 marzo 2010. Revisione del progetto di sperimentazione del modello "See and Treat" in Pronto Soccorso.
17. Ministero della salute. Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, 2019. (Ultimo accesso 12/04/2023). Disponibile presso: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_3849\\_listaFile\\_itemName\\_1\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf)
18. Rosselli A, Becattini G, Cappugi M, et al. See & Treat. Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso. Giunti Editore, 2012
19. World Medical Association. Dichiarazione di Helsinki Principi etici per la ricerca biomedica che coinvolge gli esseri umani. Evidence 2013;5:e1000059.
20. Righi L, Trapassi S, Ramacciani Isemann C, Becattini G. Risposta assistenziale alle urgenze minori in pronto soccorso: studio retrospettivo sui percorsi See and Treat nella zona senese della USL Toscana sud est. Scenario 2019;36:17-20.
21. Righi L, Lodola J, Ronchese F, Trapassi S. Le urgenze minori in pronto soccorso: analisi del percorso See and Treat all'interno del Presidio Ospedaliero Misericordia di Grosseto. L'Infermiere 2020;57:1-3.
22. Rogers T, Ross N, Spooner D. Evaluation of a 'See and Treat' pilot study introduced to an emergency department. Accid Emerg Nurs 2004;12:24-7.
23. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. J Nurs Sch 2014;46:106-115.
24. Hulse AL. A multidisciplinary learning approach: a narrative review. Br J Nurs 2022;31:364-70.
25. Booker MJ, Shaw AR, Purdy S. Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. BMJ Open 2015;5:e007726.
26. Campagna S, Conti A, Dimonte V, et al. Emergency Department Visits Before, After and During Integrated Home Care: A Time Series Analyses in Italy. Int J Health Policy Manag 2022;11:3012-8.
27. Colombo A, Bassani G. Carencia di medici: ma per quale SSN? Dati, riflessioni e proposte dalla formazione. Igiene e Sanità Pubblica 2019;75:385-402.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse e tutti gli autori confermano l'accuratezza.

Disponibilità di dati e materiali: tutti i dati analizzati in questo studio sono disponibili nel presente articolo.

Approvazione etica e consenso alla partecipazione: i casi analizzati nello studio sono stati forniti agli autori in forma anonima, privi di dati personali e/o sensibili, garantendo la riservatezza e la privacy dei soggetti coinvolti.

Consenso alla pubblicazione: non applicabile.

Ricevuto: 19 Marzo 2023. Accettato: 5 Maggio 2023.

*This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).*

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy (on behalf of ANIARTI, Italy).

Scenario 2023; 40:559

doi:10.4081/scenario.2023.559

*Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.*