

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Emergenza Urgenza

Manuale Di Formazione

TRIAGE

Direttore del Corso :

Maria Cristina Berti

ArOA SATeR

Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord

Indice:

- Introduzione - pag. 1
- Sistemi e modalità del Triage infermieristico - pag. 2
- Il processo di Triage - pag. 6
- Parametri vitali - pag. 17
- Codici colore - pag. 18
- Scheda Triage - pag. 23
- Triage come processo di cambiamento - pag. 26
- La valutazione dell'efficacia del processo di Triage - pag. 29
- Triage: comunicazione e relazione - pag. 31
- La legittimità del Triage infermieristico - pag. 48
- Profili di responsabilità - pag. 49
- La formazione, la responsabilità e la deontologia nell'esercizio professionale - pag. 50
- La formazione specifica – pag. 59
- Nuovi modelli organizzativi – pag. 60

INTRODUZIONE

La necessità di attivare nelle strutture di Pronto Soccorso la funzione di triage (dal francese "trier" che significa scegliere, valutare), selezionando cioè gli utenti che affluiscono ed attribuendo una priorità d'accesso a quelli in condizione di maggiore urgenza, origina dal crescente flusso di utenti che si rivolgono a dette strutture.

Il termine triage ha radici profonde, infatti si pensi che le sue origini risalgono al XVIII sec., le prime tecniche di triage vengono utilizzate nei campi di battaglia nell'età napoleonica (a tale proposito ricordiamo il barone – chirurgo francese Jean Dominique Larry che organizzò i primi soccorsi utilizzando criteri di priorità riguardo alle ferite e ai diversi interventi sanitari necessari).

In epoca più recente ritroviamo il Triage ad esempio nella guerra di Corea e Vietnam con caratteristiche più evolute e perfezionate, per giungere poi nell'ultimo decennio in cui vi è stato un considerevole e costante perfezionamento del triage sia intra che extra-ospedaliero.

L'introduzione nelle strutture di PS della figura dell'infermiere "triagista", debitamente formato, non è sicuramente la soluzione al problema del sovraffollamento, ma può contribuire in maniera determinante a mantenere l'efficienza di tali servizi, purché eseguito seguendo determinati criteri che vedremo qui di seguito.

Le cause che portano ai sovraffollamenti delle strutture di Pronto Soccorso sono varie, tra le principali ricordiamo:

- Le difficoltà di integrazione operativa con il Dipartimento di Cure Primarie, seppure in un contesto di cambiamento verso una maggiore continuità ospedale-territorio;
- lunghe liste di attesa legate ai servizi specialistici eludibile attraverso il passaggio dal Pronto Soccorso
- invio di prestazioni improprie da parte dei medici curanti e guardie mediche
- l'assistenza sanitaria vissuta dal cittadino come legata alla diagnostica e quindi al Pronto Soccorso come luogo ove questa risorsa è disponibile.

Gli obiettivi di un accurato sistema di triage si possono quindi così riassumere:

- 1) mantenere l'efficienza complessiva della struttura di P.S.**
- 2) ridurre al minimo possibile il ritardo nell'intervento sul paziente urgente.**

SISTEMI E MODALITA' DEL TRIAGE INFERMIERISTICO

Nel sistema sanitario moderno il Triage rappresenta uno strumento essenziale nei servizi di emergenza, quindi la metodica di esecuzione deve essere:

- di facile applicazione
- di facile comprensione
- uniformità di esecuzione

In campo pratico si basa su due elementi fondamentali:

- **scheda di accettazione** (vengono annotati i dati anagrafici dell'utente, i sintomi riferiti, le terapie in corso, eventuali allergie note, parametri vitali ed eventuali mezzi di soccorso intervenuti)
- **protocolli d'intervento** (prestazioni che si devono effettuare in base alle patologie presentate, es.: protocollo ASA).

Per sviluppare un adeguato sistema di triage bisogna tenere conto, oltre che di determinati criteri, anche di alcune variabili:

- numero di utenti visitati quotidianamente
- personale medico, infermieristico e ausiliario impiegato nel servizio
- aree di cura dedicate (amb. medico, chirurgico, C.O.B., C.O.B.I., ecc.)
- presenza o assenza di altre strutture di riferimento (amb specialistici, ecc.)
- disposizione degli ambienti.

Nella realtà disomogenea dei Pronto Soccorsi italiani sono presenti diverse modalità di fare triage:

A) Triage non infermieristico = attuato da personale amministrativo o ausiliario (centralinisti, ota, ecc.) senza che vi sia la consapevolezza di questa funzione. Esso è basato sulla raccolta dei dati anagrafici dell'utente e sul sintomo principale riferito. I limiti di tale sistema sono:

- valutazione non professionale del paziente
- documentazione solo amministrativa
- impossibilità di valutazione del sistema

B) Triage infermieristico che si suddivide in:

- **Triage infermieristico con personale non dedicato;** in altre situazioni il triage viene gestito in modo non continuativo da personale infermieristico; quindi non è basato sulla professionalità e sull'esperienza ma spesso applica una modalità di accesso influenzata dallo stato emotivo dell'utente e dalla modalità di arrivo (ambulanza, ecc). I limiti di tale tipo di sistema sono:
 - valutazione arbitraria del processo
 - procedure informali
 - assenza di documentazione
- **Triage infermieristico con personale dedicato.**

C) Triage di bancone (spot check) = svolto da personale infermieristico il cui limite sta nella carenza di spazi a disposizione del triagista e quindi nella impossibilità di rilevare parametri vitali e di eseguire accertamenti utili per una valutazione completa del paziente; spesso tali operazioni vengono in parte sostituite dai rilievi ispettivi.

D) Triage globale = svolto da personale infermieristico debitamente formato, abituato ad operare secondo protocolli propri di quella struttura, presente costantemente nella zona di arrivo dei pazienti.

I vantaggi di un tale tipo di triage sono:

- valutazione professionale del paziente
- procedure formalizzate
- utilizzo di documentazione
- possibilità di valutazione del sistema
- possibilità di monitoraggio (rivalutazione).

La fase iniziale del triage si svolge in maniera rapida, nell'arco di pochi minuti; si basa sulla raccolta dell'anamnesi infermieristica, strutturata come un'intervista che partendo da un sintomo o da un problema percorra rapidamente mediante domande appropriate un iter al fine di escludere le patologie più urgenti, rimandando ad un successivo approfondimento quelle meno urgenti.



Questa prima parte che possiamo per comodità definire come triage di bancone, se le condizioni del paziente e la situazione logistica lo permettono, va completata con la rilevazione dei parametri vitali e l'esame generale del paziente.

Durante il processo di triage è necessario anche stabilire se il paziente può attendere seduto, se deve essere barellato, monitorato e l'ambulatorio appropriato in cui inviarlo.

L'attribuzione del codice di gravità o priorità deve essere la conclusione di questo iter, e non come spesso capita il primo passo.

Il processo di triage è un percorso dinamico, soggetto spesso a revisioni, in quanto possono manifestarsi problematiche inizialmente inesistenti o ininfluenti che vanno poi a peggiorare e quindi ad aggravare il quadro iniziale (rivalutazione).

Uno dei grandi problemi del Triage è la sottostima e a volte la sovrastima; essi possono essere in gran parte superati dall'esperienza e dalla cultura di ogni singolo professionista associati a una revisione e discussione periodica dei casi e dei protocolli operativi.

Qualunque sia la modalità di categorizzazione scelta (codice colore, ecc.), è necessario adottare un sistema di registrazione informatizzato o cartaceo, su cui il triagista riporti i dati anagrafici dell'utente, sintomi o problemi riscontrati durante il processo di triage, eventuali parametri vitali e il codice di gravità attribuito.

E' importante sottolineare la funzione dell'INFERMIERE TRIAGISTA, in quanto è colui che scandisce i tempi del Pronto Soccorso, rivestendo quindi un ruolo strategico.

IL PROCESSO DI TRIAGE

La valutazione di triage è alla base del processo di nursing e del processo decisionale, guida la decisione di triage e può influenzare i risultati dell'assistenza. Questo processo è un insieme di attività infermieristiche complesse ed articolate che ha come fine quello di attribuire un codice di gravità a tutti i pazienti che accedono al pronto soccorso individuando in modo rapido chi ha alterazioni dello stato di salute tali da metterne in pericolo la vita stessa.

Si capisce quindi perché se gli interventi sono basati su dati inaccurati o incompleti, vi possono essere rischi per il paziente.

Gli obiettivi della valutazione di triage sono quindi:

- **identificare le condizioni potenzialmente pericolose per la vita**
- **attribuire ad ogni paziente un codice di gravità**

Il processo si compone di aspetti di metodo scientifico, ragionamento diagnostico e riflessione critica così come di stile personale ed esperienza pratica.

L'infermiere di triage non deve fare diagnosi, terapia, né tanto meno deve ricoverare il paziente, deve invece identificarne il problema principale e valutarne le condizioni cliniche.

Per fare ciò, è necessario che questa valutazione sia eseguita nel minor tempo possibile valutando se ci siano condizioni che richiedono un intervento immediato.

Il processo di triage inizia con:

1. VALUTAZIONE SULLA PORTA

Per fare questo tipo di valutazione ci si avvale degli indicatori di priorità che sono:

- A) airway = pervietà delle vie aeree**
- B) breathing = respiro**
- C) circulation = circolo**
- D) disability = deficit neurologici**

Questa scala è usata sin dalla valutazione sulla porta ed utilizzata durante tutto il processo di triage. Una compromissione di uno di questi indicatori ci può portare ad interrompere la valutazione per mettere in atto degli interventi immediati.

Cosa ci interessa osservare di un paziente durante la valutazione sulla porta?

L'aspetto generale del paziente: è claudicante? Appare addolorato? Sembra confuso? È nervoso? Come è il colorito della pelle?

Pervietà delle vie aeree: vi sono segni di ostruzione delle vie aeree? Si sentono rantoli o sibili respiratori? Vi è tosse?

Respiro: osservare i movimenti del torace per capire se sono utilizzati i muscoli accessori della respirazione, vedere se vi è tachicardia o bradipnea, osservare se il respiro è superficiale o profondo.

Circolo: osservare il colorito cutaneo, l'eventuale pallore o cianosi o la sudorazione che potrebbe essere presente, vedere se vi sono sanguinamenti.

Deficit neurologici: osservare lo stato di coscienza del paziente, la capacità di relazione con i parenti, ecc.

2. LA RACCOLTA DATI

Una volta terminata la fase della valutazione sulla porta, l'infermiere inizia la raccolta dei dati che consta di due tipi di valutazione:

- a. **VALUTAZIONE SOGGETTIVA**, effettuata con lo strumento dell'intervista
- b. **VALUTAZIONE OGGETTIVA** che si compone di dati misurati (es. parametri vitali) e di dati ricercati (es. esame localizzato)

a. VALUTAZIONE SOGGETTIVA

L'infermiere triagista interroga il paziente, gli eventuali familiari, accompagnatori o il personale di pronto soccorso extraospedaliero al fine di determinare:

- il sintomo principale
- l'evento presente
- il dolore
- i sintomi associati
- la storia medico – chirurgica associata

Sintomo principale

È il problema di salute dominante che ha indotto il paziente a recarsi presso il pronto soccorso.

Alcune domande utili per iniziare l'intervista possono essere:

- Per quale ragione ha bisogno del pronto soccorso?
- Cosa è successo?
- Cosa si sente?

Evitare possibilmente domande con “**perché**”, in quanto sono facilmente interpretate in forma accusatoria e potrebbero mettere sulla difensiva il paziente impedendoci una corretta intervista.

Cercate sempre di rivolgervi al paziente perché il modo col quale risponde alle vostre domande spesso dice molto di più del contenuto delle parole.

Il problema di salute predominante può essere immediatamente rilevato dall’infermiere (come nel caso di una sanguinante) o facilmente descritto dal paziente (es. dolore addominale, trauma del ginocchio); questo è fondamentale in quanto ci consente di mirare l’intervista o la successiva valutazione oggettiva ad uno specifico ambito corporale.

Comunque il triagista deve sempre tenere la mente aperta a informazioni che potrebbero sembrare di scarsa rilevanza ma che possono assumere importanza in seguito. Deve, durante la valutazione, comportarsi come un investigatore.

Evento presente

Il sintomo principale è la molla che fa scattare la valutazione del problema di maggiore rilevanza del paziente. Le informazioni soggettive devono comprendere un minimo standard:

- ora di insorgenza del/dei sintomi
- area interessata dal problema
- descrizione del problema
- meccanismo del trauma
- progressione della sintomatologia dall’insorgenza all’arrivo in pronto soccorso
- eventuali terapie effettuate e relativa risposta

Concetto chiave: durante questa fase di valutazione non bisogna mai considerare che sia sempre il problema più evidente quello principale. “È stato l’incidente a causare le condizioni presenti o il contrario?”, è compito del triagista scoprirlo (es. la ferita ha causato la sincope o viceversa?).

Il dolore

Il dolore è di solito la ragione più comune per cui ci si rivolge al pronto soccorso ed è compito dell’infermiere di triage inseguire ed indagare il sintomo dolore in ogni sua forma e localizzazione.

A tal proposito può essere utile avvalerci della scala mnemonica **PQRST** che permette una valutazione veloce del dolore:

P: provocato/alleviato.

- Cosa ha scatenato il dolore?
- Cosa lo fa migliorare o peggiorare?
- Cosa stava facendo quando è iniziato?

Q: qualità.

- Che tipo di dolore è?

R: irradiazioni/sintomi associati.

- Mi indica la zona del dolore?
- Si estende da qualche altra parte oltre a quella che mi indica?

S: gravità/sintomi associati.

- Quanto è grave il dolore? (nessuno, tollerabile, moderato, insopportabile)
- Ci sono altri sintomi?
- In una ipotetica scala da 1 a 10, quanto è il suo dolore?

T: tempo.

- Quando è incominciato il dolore?
- È continuo o intermittente?

Il rilevamento del dolore è una parte importante della nostra valutazione, ma bisogna tener conto che è una cosa molto soggettiva, che si differenzia nelle varie fasce di età e anche tra pazienti sani sino a quel momento e pazienti già sofferenti per altre patologie (es. pazienti con un alterato stato di coscienza).

È importante comunque far capire ai pazienti che ci stiamo interessando a loro in modo da ottenere la completa collaborazione.

Un aiuto alla valutazione del dolore si può ottenere dall'utilizzo dello schema qui sotto.

Durata in ore

Entità	36	1° livello	1° livello	1° livello								
	6	1° livello	2° livello	2° livello								
	0	1° livello	2° livello	3° livello								
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sintomi associati

Dopo la raccolta dei dati riguardanti il problema principale, il triagista deve indagare sulla presenza di altri sintomi che possono essere correlati alle condizioni del paziente, anche quelli che il paziente tende a sottovalutare ma che possono essere fondamentali nella decisione di triage.

Storia

La raccolta delle informazioni sulla storia medica passata del paziente è fondamentale, ci permette infatti di avere un quadro più completo del paziente e di conseguenza ci può aiutare nel determinare il codice colore da assegnare.

Anche in questo caso ci si può avvalere di una scala mnemonica: **TESTA**.

T – tetano: data dell'ultima vaccinazione

E – eventi: eventi che hanno causato la malattia o il trauma

S – storia: storia medica e chirurgica passata

T – terapie: farmaci assunti e da quando

A – allergie: allergie a farmaci, alimenti o sostanze con eventuali reazioni manifestatesi.

Concetto chiave: le fondamenta del presente sono spesso nel passato. Il problema del paziente può avere radici lontane, le terapie assunte, la storia medica/chirurgica, le gravidanze, molte volte influiscono sulla decisione di triage.

Ulteriori informazioni da raccogliere possono essere quelle che riguardano la sfera delle abitudini di vita come il fumo, l'assunzione smodata di alcolici e il lavoro svolto. Chiaramente anche in questo caso usando il tatto dovuto bisogna far capire al paziente che le eventuali informazioni al riguardo potrebbero avere importanza per il percorso terapeutico.

b. VALUTAZIONE OGGETTIVA

La valutazione oggettiva si compone dell'esame fisico e della documentazione. Consiste di dati osservati (come si presenta il paziente), dati misurati (parametri vitali) e dati ricercati (esame localizzato).

La rilevazione di questi dati deve tenere conto di alcuni principi generali:

- Cercate sempre, nel rispetto della privacy, di visualizzare la zona interessata dal problema principale. Se non cerchi o non sai cosa cercare non troverai niente, se cerchi, invece, qualcosa troverai.
- In caso di dubbi fate riferimento al paziente (es. una pressione che non rientra nei nostri range).
- Iniziate sempre dalle manovre e domande meno invasive per poi procedere in crescendo.
- In caso di dubbi cercate l'aiuto dei colleghi o del medico.
- Partite sempre dalla zona interessata e poi valutate il resto.

Esame fisico mirato.

Per attuare questo passaggio ci si può aiutare con una scala alfabetica:

- A. vie aeree**
- B. respiro**
- C. circolo**
- D. deficit neurologico**
- E. esposizione**
- F. febbre**
- G. parametri vitali**

Una valutazione iniziale si può eseguire attraverso la palpazione del polso radiale che ci fornisce informazioni sulla pressione arteriosa e frequenza cardiaca, si possono anche valutare altri segni come la sudorazione, il pallore, la cianosi, ecc.

Come abbiamo già visto in precedenza, anche per l'esame fisico ci avvaliamo di una valutazione dell'ABCD, anche se in modo più accurato tramite l'ispezione, l'auscultazione e la palpazione.

A – vie aeree

- Rumori respiratori
- Impossibilità a parlare
- Disfagia
- Dinamica respiratoria anormale o ostacolata

B – respiro

- Cute fredda, sudata, cianotica
- Tachi o bradipnea
- Diminuzione del MV
- Utilizzo dei muscoli accessori della respirazione
- Rantoli

C – circolo

- Tachi o bradicardia
- Ipotensione
- Polso debole
- Emorragie evidenti
- Cute fredda o calda, sudata, mazzata

D – deficit neurologici

- Alterato livello della coscienza
- Diminuita capacità di interazione con l'ambiente e con i parenti
- Diminuita risposta allo stimolo doloroso
- Reazione pupillare (anisocoria, miosi, midriasi)
- Ridotta GCS

Bisogna comunque fare attenzione ad usare la Glasgow Coma Scale che può fornire molte informazioni nei pazienti traumatizzati, ma molto meno nei non trauma.

E – esposizione

- Garantendo la privacy del paziente è utile scoprire la zona interessata per valutare se sono presenti:
 - asimmetrie toraciche o addominali

- deformità dell'arto
- emorragie controllabili o no
- contusioni ed ecchimosi

F – febbre

- Parametro molto rilevante in pazienti in età pediatrica o negli anziani

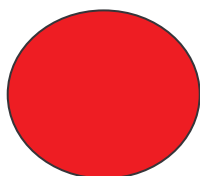
G – parametri vitali

Il processo di triage termina con la “DECISIONE DI TRIAGE” quindi l’assegnazione del CODICE COLORE.

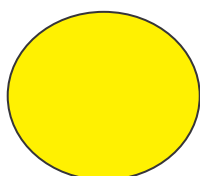
PROCESSO SISTEMATICO PER LA DECISIONE DI TRIAGE

1. OSSERVARE IL PAZIENTE – VALUTAZIONE VISIVA.
2. DETERMINARE IL SINTOMO PRINCIPALE E ATTUARE LA VALUTAZIONE PRIMARIA.
3. ATTUARE LA VALUTAZIONE FINALIZZATA AL SINTOMO PRINCIPALE, OTTENERE I DATI SOGGETTIVI RELATIVI ALLE CONDIZIONI PRESENTI E COMPLETARE LA VALUTAZIONE OGGETTIVA.
4. CONSIDERARE IL PEGGIORE QUADRO POSSIBILE, FORMULARE IPOTESI E RACCOGLIERE DATI PER RESTRINGERE IL CAMPO DELLE POSSIBILITA’. CONSIDERARE LE CONDIZIONI PRESENTI, LE POSSIBILI COMPLICANZE, IL FLUSSO DI UTENTI E LE RISORSE DISPONIBILI.
5. ASSEGNARE IL CODICE DI GRAVITA’ (DECISIONE DI TRIAGE).
6. RIVALUTARE E RIASSEGNARE IL CODICE DI GRAVITA’ SE NECESSARIO.

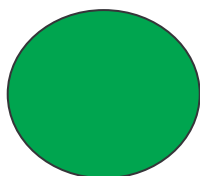
IL SUO CODICE DI ACCESSO E' QUELLO BARRATO



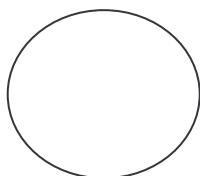
CODICE ROSSO – Sono i casi più gravi, con pericolo di vita immediato. Il Pronto Soccorso blocca la propria attività e si prepara a ricevere il paziente approntando l'ambulatorio a maggiore tecnologia disponibile. E' un paziente con ABC compromessi e/o un cedimento delle funzioni vitali.



CODICE GIALLO – Viene assegnato ai pazienti con lesioni gravi, per i quali può essere presente l'alterazione di una delle 3 grandi funzioni vitali (respiratoria, cardiocircolatoria, nervosa). Inoltre vanno valutati: intensità del sintomo, alterazione dei parametri vitali correlati al sintomo guida, patologie dove la variabile tempo è determinante.



CODICE VERDE – sono interventi differibili. Il paziente non è in pericolo di vita, e viene assistito dopo i casi più urgenti. Al momento della valutazione presenta le funzioni vitali integre e i parametri nella norma. L'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi e gialli.



CODICE BIANCO – Sono i casi meno gravi, generalmente si tratta di situazioni che dovrebbero essere risolte attraverso percorsi alternativi al Pronto Soccorso. I pazienti vengono assistiti e i seguenti criteri devono essere tutti soddisfatti: non vi è alcuna alterazione dei parametri vitali, non è presente alcuna sintomatologia critica o a rischio di aggravamento, la sintomatologia è presente da qualche giorno o è cronica. L'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi. Queste prestazioni sono soggette al pagamento del ticket.

LA REGOLA DELLE 5 G

AL TERMINE DI TUTTO IL PROCESSO CULMINATO CON L'ASSEGNAZIONE DEL CODICE DI GRAVITA', BISOGNA ANCHE INDIVIDUARE LA ZONA PIU' ADATTA PER IL PAZIENTE. POSSIAMO UTILIZZARE **LA REGOLA DELLE 5 G.**



- **IL GIUSTO PAZIENTE**
- **NEL GIUSTO POSTO**
- **PER IL GIUSTO MOTIVO**
- **NEL GIUSTO TEMPO**
- **CON LA GIUSTA ASSISTENZA**

PARAMETRI VITALI

I parametri vitali sono elementi oggettivi estremamente importanti, utili alla decisione di triage a volte già da soli la possono determinare. Rilevare i parametri vitali significa misurare e quindi valutare la validità di quelle funzioni dell'organismo il cui cedimento porta rapidamente a morte (respiratoria, cardiaca, neurologica). Vengono identificati come vitali i seguenti parametri:

- Pressione arteriosa sistolica (PAS)
- Pressione arteriosa diastolica (PAD)
- Frequenza cardiaca (FC)
- Frequenza respiratoria (FR)
- Stato di vigilanza (Glasgow Coma Scale)
- Temperatura corporea (TC)
- Saturazione periferica di ossigeno (SpO₂)

Nel paziente adulto i valori considerati minacciosi sono i seguenti:

- PAS < 90 o > 180 – 220 mmHg
- PAD > 120 – 130 mmHg
- FC < 40 – 50 o > 120 – 200
- FR < 10 o > 29 – 34 atti resp./min
- Glasgow < 12 – 13
- SpO₂ < 86 – 92 %
- TC < 32°C o > 39 – 41°C

Una volta rilevato il parametro vitale quest'ultimo deve essere messo in relazione al tipo di paziente e alla patologia concomitante: ne deriva che un valore assolutamente accettabile per un paziente può non esserlo per un altro. Bisogna poi porre attenzione anche agli strumenti che vengono impiegati che possono dare a volte letture non corrette (manometri elettronici automatici, saturimetro).

Il momento della raccolta dei dati oggettivi come i parametri vitali è il momento della conferma o della smentita della mia ipotesi iniziale. L'iniziale definizione del problema può in effetti, essere basata su elementi certi (come nel caso, per esempio, di una ferita), ma può anche essere basata su ipotesi o su informazioni date dal paziente o dai familiari/accompagnatori, che devono essere verificate (come nel caso di malesseri generalizzati o di dolori non ben identificati). Qualora il sintomo principale ipotizzato o individuato dovesse trovare conferma al termine della raccolta dati, si procede all'assegnazione del codice di gravità; nel caso in cui invece i dati raccolti dovessero portare alla smentita anche parziale, del sintomo principale, si procederà prima dell'assegnazione del codice di gravità, ad una nuova definizione del problema.

Un elemento poco oggettivo ma estremamente valido e non da sottovalutare è l'**intuizione**: l'intuizione è quel "sesto senso" che ci dice che un paziente ha un determinato problema o è a rischio per certe complicanze o necessita di una certa attenzione rispetto a un sintomo. Capita di trovare un infermiere esperto che anche se la storia è vaga e non significativa e i dati oggettivi non sono particolarmente alterati avverte "che c'è qualcosa di anomalo".

Questa sensibilità, che induce l'infermiere ad assegnare codici di gravità elevati in condizioni non chiare deriva dall'esperienza, dall'osservazione ripetuta nel corso degli anni di numerosi casi, dalla conoscenza delle malattie, dal confronto e dal dialogo sui casi critici con i colleghi e con altre figure professionali.

CODICI COLORE

La decisione di triage è il processo attraverso cui il paziente viene selezionato secondo il sintomo principale e l'urgenza della sua condizione (la probabilità che il suo stato si aggravi) e determina quindi solo la priorità di accesso alla visita medica.

Fare triage significa decidere chi prima accede all'area di trattamento e questo viene fatto attraverso i codici di gravità.

Fra le varie possibilità si è scelto di adottare i codici colore perché **pratici, immediati, visivamente efficaci e ben comprensibili**. Molto importante è che gli utenti che accedono al pronto soccorso e la popolazione in generale, dovrebbero essere informati su questi codici e sul loro significato.

In alcune realtà sono in uso i:

CODICI A SIGLE:

- **EU** estrema urgenza
- **UP** urgenza primaria
- **US** urgenza secondaria
- **NU** nessuna urgenza

CODICI NUMERICI:

- **COD 3** codice rosso
- **COD 2** codice giallo
- **COD 1** codice verde

Questi codici trovano applicazione soprattutto nelle centrali operative e nel soccorso extraospedaliero.

CODICE ROSSO

Codice assegnato ai pazienti in pericolo di vita, ossia a quei pazienti in cui è in atto la compromissione di almeno una delle tre grandi funzioni vitali (respiro, circolo, coscienza). **Per questi pazienti l'accesso all'ambulatorio è immediato e non vi è tempo di attesa.**

Esempi:

- arresto respiratorio
- arresto cardiaco
- perdita di coscienza
- ferite penetranti
- cefalea con segni neurologici
- insufficienza respiratoria acuta
- amputazione prossimale di un arto
- emorragia con alterazione dei parametri vitali
- fratture esposte plurime

CODICE GIALLO

Codice assegnato ai pazienti in potenziale pericolo di vita, ove vi è la minaccia di cedimento di una funzione vitale. **L'accesso all'ambulatorio è immediato compatibilmente con altre**

emergenze in corso. Il tempo medio di attesa non dovrebbe superare i dieci minuti. È necessaria una rivalutazione ogni 5 – 15 minuti.

Esempi:

- dolore toracico di sospetta natura coronarica
- dolore toracico atipico associato a dispnea, pallore o sudorazione
- importante dolore addominale
- recente sincope o astenia con bradiaritmia o tachiaritmia
- frattura esposta
- frattura non esposta di 2 segmenti ossei
- estese ferite lacerato – contuse
- traumi del torace con dinamica complessa
- paziente neoplastico in fase terminale
- anziano cachettico
- melena in atto
- emoftoe in atto
- cefalea acuta senza segni neurologici
- epistassi massiva in atto
- febbre con segni meningei e/o stato confusionale

CODICE VERDE

Questo codice è assegnato ai pazienti che necessitano una **prestazione medica differibile**, sono pazienti che non presentano compromissione dei parametri vitali, non appaiono sofferenti e per i quali è estremamente improbabile un peggioramento clinico. **L'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi e i codici gialli e il paziente è rivalutato ogni 30 – 60 minuti.**

Esempi:

- traumatismi di uno o più arti
- trauma cranico minore
- trauma toracico e/o addominale minore
- colica addominale con dolore modesto senza vomito, sudorazione e pallore
- febbre inferiore ai 39°C
- toracalgia atipica
- epistassi modesta

- cefalea senza segni neurologici in cefalgico noto
- emoftoe e melena anamnestiche in paziente asintomatico
- vertigini in assenza di segni neurologici
- corpo estraneo corneale non penetrante

CODICE BIANCO

Codice assegnato a pazienti che richiedono prestazioni sanitarie senza alcuna urgenza e per i quali sono previsti percorsi alternativi extra-ospedalieri (medico curante, ambulatorio specialistico, consultorio, ecc.). **L'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi, gialli, verdi e la rivalutazione è a richiesta.**

Esempi:

- ferita superficiale di minima entità
- febbricola da vari giorni
- tonsilliti e faringiti
- dolori articolari non traumatici
- dolori articolari traumatici con trauma che risale a diversi giorni prima
- congiuntiviti
- otalgie
- odontalgie
- dispepsie
- dermatiti croniche
- abrasioni cutanee non estese
- puntura d'insetto oltre le 3 ore non associata ad altri sintomi se non il ponfo nella sede di inoculo
- calo ponderale
- palpitazioni soggettive in assenza di alterazioni del polso e della pressione

Il codice di gravità è la decisione di triage cioè il culmine di un processo complesso basato sulla valutazione delle condizioni presenti, sulla possibilità di complicanze a breve e medio termine e sulla disponibilità di risorse. Una volta assegnato il codice colore il triagista è tenuto anche ad evidenziare alcune particolarità relative alla decisione. Un paziente a cui è stato assegnato un codice verde per esempio può necessitare di un ambulatorio riservato, è estremamente importante che il paziente sia collocato nel giusto posto per il giusto motivo, nel



giusto tempo e con la giusta assistenza. Con l'esperienza il triagista acquisisce efficienza, stile e velocità nella valutazione, anche perché spesso queste operazioni nel processo di triage vengono svolte simultaneamente e con ritmi frenetici. La realtà spesso ci vede impegnati in azioni complesse come organizzare il trasferimento di un paziente in codice rosso, comunicare agli altri membri dell'equipe le azioni intraprese o da intraprendere e valutare contemporaneamente più pazienti.

IL CODICE COLORE NON È UN'ETICHETTA IMMODIFICABILE!!!

Il codice colore assegnato può essere modificato a seconda dell'evoluzione clinica proprio attraverso la **rivalutazione**: atto quindi indispensabile qualunque sia il sistema di triage adottato.

La rivalutazione è un momento fondamentale perché dopo la decisione di triage la maggior parte dei pazienti viene indirizzata alla sala d'attesa, dove i tempi possono essere anche molto lunghi. Per evitare aggravamenti durante tale periodo, il paziente deve essere rivalutato ad intervalli predefiniti o in base alle condizioni di salute o alla patologia presente. Occorre verificare per ogni sintomo significativo cambiamenti che portano a modificare il codice di gravità. La rivalutazione richiede sicuramente abilità ed apertura mentale in quanto le segnalazioni di alcuni cambiamenti possono essere motivate solo dal bisogno della persona di richiamare l'attenzione o di accelerare i tempi di visita. Ciò non significa sottovalutare la richiesta o trascurare i bisogni dei pazienti in attesa per dedicarsi a chi è appena arrivato in pronto soccorso. Possiamo quindi dire che l'infermiere fa triage anche su se stesso razionalizzando i propri tempi e la propria attenzione nei confronti di tutti i pazienti che si trova ad assistere.

CONCETTO CHIAVE

IN QUALUNQUE MOMENTO DELLA VALUTAZIONE, L'INFERMIERE PUO' DETERMINARE CHE IL PAZIENTE NECESSITA DI CURE IMMEDIATE. SI SOSPENDE QUINDI IL PROCESSO DI VALUTAZIONE PER TRASFERIRE IL PAZIENTE NELL'AREA DI TRATTAMENTO.

SCHEDA TRIAGE

La raccolta dati fatta durante tutta la nostra valutazione trova il suo momento finale proprio nella scheda triage, ecco perchè quest'ultima risulta essere non solo di complemento ma indispensabile all'attività di triage stessa.

L'importanza della scheda triage deriva dal fatto che le informazioni raccolte fanno parte di un processo che deve portare ad una decisione: **CODICE DI GRAVITÀ**.

L'obbligatorietà giuridica di avere una scheda di triage deriva dall'obbligo di ogni professionista sanitario di documentare le azioni compiute deve essere quindi considerata "atto pubblico" e come tale soggetto alle norme penalistiche sulla falsità documentale.

Fondamentale è che la scheda triage risponda a requisiti di chiarezza, veridicità e completezza.

Le implicazioni sono quindi due:

- **ELENCARE LE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE**
- **INDICARE LA SCELTA COMPIUTA (codice di gravità)**

Sono i dati raccolti che giustificano la propria decisione rappresentando anche una forma di protezione per l'operatore in sede di dibattimento giuridico.

Non esiste ovviamente una scheda tipo ma ogni realtà operativa deve costruire un proprio modello tenendo conto di una serie di elementi essenziali che sono:

DATI ANAGRAFICI

Con dati anagrafici si intende nome cognome data e luogo di nascita . L'indirizzo e il numero di telefono possono essere utili per contattare eventuali parenti , tutti gli altri dati fanno parte dell'accettazione amministrativa per la quale dovrebbe esserci una persona preposta.

NUMERO PROGRESSIVO

Obbligatorio per legge, sarà utile per l'archiviazione e per successivi lavori di ricerca.

ORA DI INIZIO E DI FINE DI PRESA IN CARICO al triage che coincide con il tempo di attesa, cioè quel periodo nel quale solo l'infermiere ha valutato il paziente.

SINTOMO PRINCIPALE: il sintomo è fondamentale, è il fattore scatenante che ha portato da noi il paziente. Il sintomo principale riferito dal paziente o interpretato da noi è

bene inserirlo in un campo bianco e per evitare problemi di liceità , e' meglio non esplicitarlo come diagnosi medica (elaborazione intellettuale di dati risultati da un esame obiettivo e da esami diagnostici) ma più come raccolta dati.

Non scriviamo mai niente di cui non siamo certi e quando la valutazione soggettiva e' in conflitto con i dati oggettivi si possono usare frasi come "riferisce che..." "nega che...".

FARMACI ASSUNTI

ALLERGIE NOTE

PARAMETRI VITALI: fondamentali in quanto sono tra i pochi dati oggettivi incontestabili.

TEST DIAGNOSTICI (glicemia, ecg, combur test)

CODICE DI GRAVITA'

RIVALUTAZIONE:

- 5-15 min. codice giallo
- 30-90 min. codice verde
- 90-120 min. codice bianco

Per tutti a richiesta

FIRMA DELL'OPERATORE

Non e' responsabilità dell'infermiere registrare la storia dell'intera vita del paziente ma solo valutare la **stabilità delle sue condizioni e i possibili cambiamenti.**

Essendo un documento di nuova istituzione possono esserci dubbi sulla sua conservazione: e' bene conservarla insieme alle carte di dimissione per 10 anni.

La mancanza di tempo non e' un elemento sufficiente a giustificare un attività di triage priva di scheda.

L'operatore di triage dovrà saper distinguere quando e' necessaria una ricca documentazione o solo minimi dati obbligatori.

Gedo2000: RENATO MAZZUCA (Programma: TRIAGE)

- TRIAGE -

Infortunio


Tessera/Cod. Fiscale Cognome

Anagrafica Infortunato

Nome

Data di Nascita

Zona Interessata



Urgenza

ROSSO

GIALLO

VERDE

BIANCO

Combur Test

ECG

Parametri

	min	max
Pressione Sist.:		
Pressione Diast.:		
Freq. Cardiaca:		
Freq. Respiratoria:		
Temperatura:		
Sat. O ₂ %:		
Glicemia mg/dl:		

Situazione Ambulatori

Urgenza	Data/Ora di F.I.	Ora Ultima R.v.	Cognome	Nome

Farmaci Assunti

- Antipertensivi
- Anticardiaci
- Anticoagulanti
- Antidolorifici
- Insuline
- Psicofarmaci
- Antidiabetici
- Altro

Allergie Note

Sintomo Prevalente

Tratt. al Triage

- Acq.
- Medicazione
- Chiodo
- Collare
- Immobilizzazione
- Altro

TRIAGE COME PROCESSO DI CAMBIAMENTO

I cambiamenti legislativi (DM 739/94 e Legge 42/99) hanno riconosciuto la necessità di una professione infermieristica svincolata da elenchi di compiti, ma in grado di fornire soluzioni e di affiancarsi ad altre professioni perdendo così la dimensione di ausiliarità.

L'attivazione di un modello di triage non può prescindere da queste convinzioni e deve necessariamente contribuire alla crescita in autonomia e responsabilità del professionista infermiere.

L'elemento scatenante di ogni percorso di cambiamento è caratterizzato dall'esistenza di uno o più problemi, che provocano la ricerca di soluzioni attraverso percorsi singoli e collettivi.

Ancora di più nella realtà sanitaria odierna, il cambiamento dell'organizzazione è veloce e continuo ed è necessario pensare a strategie di sostegno, di motivazione, di individuazione di obiettivi, e di premi per i risultati raggiunti, onde evitare di avere al seguito professionisti demotivati. L'individuazione dei principali problemi organizzativi deriva dall'analisi degli "indicatori di problemi" e dai disagi avvertiti (per es. caos in sala d'attesa, litigi con gli utenti e i parenti, non riconoscimento di patologie gravi), di seguito si procederà all'attivazione di un sistema di triage attraverso un'accurata programmazione.

Le principali tappe per concretizzare un percorso efficace saranno:

- La fissazione degli obiettivi di cambiamento.
- L'analisi delle risorse e/o eventuali ostacoli presenti.
- La scelta e la pianificazione degli interventi da attuare, specificandone modalità, mezzi e tempi.
- La scelta dei criteri per la verifica e la valutazione finale delle soluzioni adottate.

Dopo la prima fase che prevede la valutazione dell'organizzazione esistente, si procederà ad individuare i requisiti necessari per implementare un sistema di triage.

- 1) **L'ambiente fisico:** la funzione di triage deve essere espletata in una posizione strategica sia rispetto agli accessi afferenti al servizio sia all'ubicazione degli ambulatori. L'infermiere di triage deve poter controllare l'accesso degli utenti a piedi e dei mezzi di soccorso.

L'area triage deve essere inoltre chiaramente identificabile dagli utenti in arrivo. L'informazione sulle modalità di triage dovrebbe essere garantita da cartellonistica adeguata e depliant informativi.

L'obiettivo è quello di far comprendere a tutti coloro che si rivolgono al pronto soccorso che tale modalità rappresenta l'unica soluzione di tutela per le persone che necessitano realmente di cure tempestive, pur garantendo a tutti i pazienti l'immediatezza della presa in carico dei problemi riferiti.

Ovviamente la cartellonistica e i depliant tradotti in più lingue.

Attigua alla postazione di triage, sarebbero utili spazi dove far sostare pazienti complessi, barellati con i familiari accanto, dove poter effettuare una valutazione accurata garantendo il massimo della privacy.

Altro elemento degno di considerazione è la presenza di un Posto di Polizia attiguo al triage.

- 2) **Risorse tecnologiche:** le attrezzature per svolgere il triage sono semplici ed economiche.

Materiale per la valutazione dei parametri vitali, per alcune procedure diagnostiche, per le medicazioni e le immobilizzazioni.

Ovviamente ausili di trasporto (barelle, carrozzine) e vari sistemi di comunicazione via cavo, telefoni con linee preferenziali, apparecchi radio per le comunicazioni con i mezzi dell'emergenza territoriale e le centrali operative.

Infine avvalersi di strumenti informatizzati per tutte le operazioni di natura documentativa di cui l'infermiere di triage deve farsi carico.

- 3) **Operatori:** il perno di questo sistema organizzativo è rappresentato dal professionista infermiere, il cui agire non può prescindere da un modello di funzionamento interdisciplinare basato sulla più totale collaborazione e condivisione di obiettivi da parte di tutte le altre figure professionali appartenenti al personale medico e ausiliario di supporto.

- 4) **Strategie organizzative:**

- Stabilire un organigramma funzionale
- L'accesso dei pazienti nei vari ambulatori va regolamentato esclusivamente dall'infermiere di triage in quanto unica figura preposta al controllo e alla gestione della sala d'attesa.
- Garantire la funzione di triage 24 ore su 24

- Assicurare sempre il passaggio delle informazioni tra l'infermiere di triage e il personale degli ambulatori
- Dotarsi di protocolli e linee guida
- Monitorare e discutere gli “eventi critici” attraverso audit programmati
- Evitare di creare un gruppo fisso di triagisti (il personale infermieristico renderà in tutte le aree del pronto soccorso)
- Far conoscere il modello organizzativo del triage
- Adottare metodi di revisione sistematica.

Vale inoltre la pena di sottolineare il rischio di attività improprie “affibbate” al triagista che non deve essere:

- ufficio informazioni
- barelliere
- centralinista
- poliziotto
- colui che si assume l'onere di allontanare i pazienti senza visita medica.

In ultima analisi, cambiare qualcosa significa intraprendere un percorso faticoso, che richiede risorse ed energie, significa interrompere abitudini consolidate, agire sui comportamenti e investire sulle persone.

LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL PROCESSO DI TRIAGE

Entrare nella logica professionale di un sistema di qualità significa innanzitutto assumersi la responsabilità e quindi l'impegno di effettuare un'analisi critica su ciò che non va, ricercandone le principali cause per riuscire a rimuoverle.

Questa è l'ottica per intraprendere le prime tappe di un percorso di miglioramento a cui la professione infermieristica deve tenere per contribuire alla promozione di una cultura sanitaria innovativa, secondo cui la qualità rappresenta un contenuto intrinseco del sapere professionale specifico. In altri termini, la qualità non va vissuta come un aspetto da affidare a un singolo gruppo di esperti, ma va intesa come uno dei principali valori che ispirano l'agire professionale e che permeano l'organizzazione di ogni unità operativa.

I controlli di qualità più significativi che si possono effettuare per verificare il livello di efficacia (qualità dell'intervento) e di efficienza (rapporto fra risorse utilizzate e valore del risultato ottenuto) del modello organizzativo di triage adottato riguardano i seguenti aspetti:

- Congruenza tra linee guida di riferimento validate e codici di priorità assegnati
- Rilevazione delle percentuali di sovra/sottostima verificatesi per ogni classe di priorità
- Rilevazione dei tempi di attesa dall'accesso in pronto soccorso alla presa in carico da parte del triagista
- Rilevazione dei tempi medi di attesa per la visita medica, differenziati per classi di priorità
- Analisi del livello di soddisfazione degli utenti (qualità percepita)
- Monitoraggio reclami pervenuti
- Valutazione delle modalità d'uso della scheda triage
- Analisi del rispetto della privacy durante l'accoglienza.

Per monitorare questi fenomeni bisogna misurarli e trasformarli in indicatori. L'indicatore deve essere espresso numericamente e deve fare riferimento a uno standard o valore soglia che va preventivamente stabilito.

È infatti lo scarto eventuale fra il valore dell'indicatore monitorato e lo standard di riferimento prescelto che indica il livello di qualità del fenomeno misurato.

Esistono due principali categorie di indicatori:



- 1) basati su dati aggregati (ottenuti combinando i dati di più eventi o procedure riguardanti soggetti differenti);
- 2) eventi sentinella ottenuti individuando singoli eventi potenzialmente evitabili.

I tipi di standard sono i seguenti:

- Standard di partenza (valore dell'indicatore all'inizio del periodo considerato)
- Standard di accreditamento (valore che deve essere rispettato per ottenere un accreditamento di tipo autorizzativo)
- Standard di qualità (valore prestabilito secondo criteri di qualità)
- Obiettivo di miglioramento (lo standard posto come obiettivo da raggiungere in un intervallo temporale prestabilito)
- Standard di riferimento superiore e inferiore (valori calcolati sulla base di valori osservati in tempi diversi)

Gli standard sono dei valori assunti o auspicati di quegli indicatori su una scala di riferimento a benchmarking esistenti.

INDICATORI	STANDARD
<ul style="list-style-type: none">• Percentuale di utenti registrata e di cui è stata compilata correttamente la scheda.• Tempi di attesa suddivisi per fasce orarie e codici di priorità.• Correttezza del codice di priorità rispetto a quanto stabilito nei protocolli adottati, valutato mediante audit• Mancata individuazione di codici rossi• Valutazione qualità percepita dall'utente mediante questionari.	<ul style="list-style-type: none">• Vicino al 100% nelle fasce orarie in cui è attivo il triage• Zero per i codici rossi, arbitrari e da costruire in ogni PS• Il gruppo di benchmarking dell'agenzia sanitaria regione Emilia Romagna ha proposto una sovrastima del 25% e una sottostima del 2%• Evento sentinella analizzato mediante audit• Propri del servizio

ESEMPIO DI RAFFRONTO TRA INDICATORI E STANDARD

TRIAGE: COMUNICAZIONE E RELAZIONE

OBIETTIVI DIDATTICI:

- la costruzione e la percezione della realtà
- l'influenza sul nostro comportamento dell'idea che gli altri hanno di noi
- l'influenza sui nostri vissuti del comportamento degli altri
- la comunicazione non verbale
- la comunicazione verbale
- imparare a controllare maggiormente i nostri messaggi verbali e il loro effetto
- riconoscere le diverse tipologie di pazienti

MIGLIORARE LA PROPRIA CAPACITA' DI COMUNICARE SIGNIFICA PRINCIPALMENTE

- Imparare a prestare attenzione a ciò che si comunica personalmente con le parole e il comportamento, in modo da comprendere meglio le reazioni dell'altro.
- Divenire consapevoli di alcuni meccanismi che caratterizzano il funzionamento della comunicazione, in modo da comprendere fatti altrimenti difficilmente spiegabili.
- Imparare a riconoscere gli elementi sulla cui base ricaviamo la nostra immagine dell'altro (parole e comportamenti).
- Diventare coscienti dell'imperfezione della nostra capacità di comunicare, e quindi di quanto sia facile che l'altro si faccia un'idea sbagliata di noi (delle nostre intenzioni, sentimenti opinioni) e noi di lui.
- Imparare a controllare maggiormente i nostri messaggi verbali e il loro effetto.
- Imparare a verificare se i messaggi ricevuti dall'altro corrispondono a quelli che intendevamo inviare e se quelli ricevuti da noi corrispondono a quelli che l'altro intendeva inviare.
- Raggiungere una maggiore consapevolezza dell'importanza di quanto e di come si parla insieme.

PERCEZIONE

L'uomo è un essere sociale : è sociale in virtù della sua capacità di esternare e condividere pensieri con i suoi simili, attraverso la parola, scritta pensata e detta.

Oggi si sono allargati gli orizzonti nella considerazione dell'uomo come entità sociale. Egli viene considerato come parte di una vasta rete di relazioni che lo connette non solo con se stesso e/o i suoi simili ma con tutto il resto.

Ciò che viene sottolineato è che si presuppone un oggetto osservato e un osservatore, una relazione insomma. Non esiste un mondo al di fuori del percepito. Riassumendo il primo passo nella costruzione della realtà è la percezione.

DOMANDA?

Possiamo considerare come esistente un suono prodotto da un albero spezzato in una valle che nessuno ode? Esiste un'onda sonora che non incontra alcun orecchio?

1) Sì , il suono esiste anche se nessuno lo sente!

Questa affermazione viene inserita in un'opinione che ci obbliga a ritenere il mondo esistente al di fuori della nostra percezione, un mondo esistente a priori , da scoprire e non da creare. L'uomo assiste più o meno passivamente alla vita, avulso e in qualche maniera estrapolato dal contesto in cui è inserito.

2) No, il suono non esiste!

In quanto nulla esiste se non percepito e/o collocato nel sistema diadico osservatore/osservato, il reale viene costruito e non scoperto l'osservatore fa parte del sistema osservato.

PROVATE A RISPONDERE

E' maleducato frugarsi nel naso con un dito se nelle vicinanze non c'è nessuno?

Se una persona non sa contare trova un quadrifoglio, gli tocca ugualmente la fortuna oppure no?

Quindi è chiaro come sia la nostra percezione delle cose che costruisce letteralmente la realtà dei nostri comportamenti e come la nostra percezione sia costruita sulla base di quello che abbiamo sperimentato e creduto precedentemente.

PAROLA

Tutto ciò che viene percepito viene traslato in linguaggio attraverso le parole Austin afferma che ciò che passa per realtà (un bicchiere, un tavolo ecc...), dipende dalle nostre categorie linguistiche.

Se accettiamo l'assunto che nulla esista al di fuori del percepito, va da se che ognuno di noi è un po' diverso da tutti gli altri: percepisce e costruisce il suo mondo e il suo reale in

maniera leggermente differente e ha un linguaggio originale. Da qui nasce la realtà di molte realtà: non esiste un mondo, ma tanti mondi diversi e realtà da comunicare e da comunicarsi. Es: Una storiella indiana racconta che a non vedenti viene richiesto di toccare e poi descrivere un elefante. Il primo tocca la proboscide il secondo la pancia, il terzo la coda e il quarto la zampa. Tutti e 4 danno descrizioni dettagliate di quello che hanno toccato ma i racconti sono molto diversi l'uno dall'altro. Eppure parlano della stessa realtà. Chi ha ragione, chi ha torto?

Non esiste la risposta vero/falso, bene/male poiché il tutto è grigio, è vero, è possibile.

Ghoethe suggeriva spiegando la sua teoria sui colori, prendi un disco composto a spicchi di colori diversi e fallo girare velocemente. I colori singoli scompaiono e tutto il disco diventa di un grigio indistinto. Se fermiamo il movimento i colori ricompaiono. E' come se il grigio li contenesse tutti, eppure è un solo colore.

In questo grigio sta la magia del mondo la sua infinita diversità , un viaggio senza fine al fine di conoscere.

DOVE STA IL PROBLEMA?

Il problema nasce dall'ottica riduttiva in cui ogni persona, chiusa nel fortino del proprio sapere e del proprio campo percettivo, si illude di possedere la verità, si illude che la sua visione personale e solo quella, sia la giusta visione alla quale, confessiamolo, si rinuncia malvolentieri. E come dire: l'uomo si crea la realtà e poi ne cade vittima si scava la fossa e poi si dimentica di essere l'artefice eleva la conoscenza al rango di grande verità eci cade dentro, prigioniero dei propri schemi.

NON SI PUO' NON COMUNICARE

Ogni realtà cambia a seconda del punto di vista dal quale si guarda ciò conduce a reazioni diverse sulla base delle diverse attribuzioni che si possono avere alla medesima realtà. Della stessa realtà si possono avere percezioni e opinioni molto diverse, e come, sulla base di ognuna di questi, le reazioni delle persone cambino.

Ogni realtà cambia a seconda del punto di vista dal quale la si guarda: ciò conduce a reazioni diverse sulla base delle diverse attribuzioni che si possono fare alla medesima realtà.

A questo riguardo è illuminante il racconto che segue.

In una giornata molto calda, in una città, un padre e il figlioletto si mettono in viaggio, con il loro asino, per raggiungere dei parenti in una città lontana dal loro paese.

Il padre monta sull'asino e il figlio cammina a lato. I tre passano davanti a un gruppo di persone e il padre sente che questi dicono: Guardate un po' che padre crudele lui sta sull'asino e il figlioletto deve camminare a piedi in una giornata così calda.

Allora il padre scende dall'asino, fa salire il figlio e continuano il loro cammino.

Passano davanti a un altro gruppo di persone e il padre sente che questi dicono: Ma guardate un po': il vecchio padre cammina, in una giornata così calda, e il figlio giovane se ne sta comodo sull'asino, ma che razza di educazione è questa!

Il padre, allora, pensa che la cosa migliore è che anche lui salga sull'asino e, così, continuano il loro cammino.

Dopo un po' passano di fronte a un altro gruppo di persone e il padre sente: Guardate che crudeltà: quei due non hanno nemmeno un po' di misericordia per quel povero animale, il quale in una giornata così calda deve portare tanto peso.

Allora il padre scende dall'asino, fa scendere anche il figlio e tutti e tre continuano a camminare.

La storia potrebbe andare all'infinito: quello che ci mostra è come della stessa realtà si possano avere percezioni e opinioni molto diverse, e come, sulla base di ognuna di queste, le reazioni delle persone cambino.

PRENDIAMO IN CONSIDERAZIONE GLI ASPETTI PRAGMATICI.

Ossia lo studio degli effetti che il nostro modo di comunicare può produrre sul comportamento e sulla percezione che le persone hanno della realtà.

Analizziamo in virtù di quali elementi due persone arrivano a costruirsi un'immagine implicita l'una dell'altra ancor prima di aver iniziato una comunicazione verbale. Per poi passare ad analizzare le varie tappe attraverso cui l'interazione si sviluppa dal punto di vista verbale che non verbale.

La possibilità di esercitare una qualche forma di influenzamento su un ipotetico interlocutore, passa innanzitutto attraverso un insieme di elementi comunicativi del tipo non verbale che precedono l'interazione verbale.

PRIMA IMPRESSIONE

Ossia quell'immagine di una data persona che strutturiamo nel momento in cui la incontriamo per la prima volta.

Si tratta di impressioni che ricreano a un livello percettivo ed emotivo non del tutto consapevoli e che saranno in grado di influenzare pesantemente tutta l'interazione successiva,

poiché sulla scia di queste sottili percezioni verranno a strutturare vere e proprie credenze che, una volta formate, risulteranno difficilmente modificabili. Una volta che ci siamo formati una prima impressione su una data persona, tendiamo ad andare alla ricerca di elementi che la confermino piuttosto che la smentiscano.

Es: immaginiamo di entrare in un locale convinti di essere antipatici e indesiderati: entreremo con lo sguardo diffidente ci guarderemo intorno con fare circospetto diffidente, non tenteremo neppure di abbozzare un benché minimo sorriso. Proviamo a spostare la prospettiva e mettiamoci nei panni delle persone che sono nel locale e che ci vedono entrare con questo atteggiamento così chiuso e diffidente. Ovviamente tali persone contraccambieranno con analoghi sguardi di diffidenza e antipatia.

L'effetto finale sarà che avremo avuto la conferma della nostra supposizione di essere antipatici e indesiderati, senza renderci conto che tutto ciò è una nostra costruzione di realtà. Analogamente se immaginiamo di entrare nel locale convinto di essere simpatici e graditi, l'effetto finale sarà opposto a quello precedente.

Questo esempio deve farci riflettere su come gran parte della possibilità di esercitare una qualche forma di influenzamento sul nostro interlocutore si giochi spesso nei primi minuti dell'interazione.

La prima impressione che ci formiamo di una persona non si basa tanto su ciò che questa dirà una volta iniziata l'interazione, quanto piuttosto su elementi di tipo prevalentemente non verbale, soprattutto visivi, che precedono l'interazione verbale vera e propria.

LA COMUNICAZIONE NON VERBALE STATICA

Si tratta di quell'insieme di fattori strettamente legati al nostro apparire estetico: la pettinatura, il trucco, la barba, lo stile che utilizziamo nei vestiti, gli accessori che portiamo (occhiali, gioielli, orologi, ecc).

Quello statico è spesso ritenuto l'aspetto più consapevolmente controllabile della comunicazione non verbale e, di conseguenza anche più facile da gestire. In realtà il più delle volte la percezione che abbiamo della nostra estetica raramente coincide con la visione che comunichiamo agli altri. Questo rende estremamente importante il feedback che ci proviene dagli altri, ossia la capacità di osservare noi stessi attraverso il filtro degli occhi altrui, piuttosto che sulla base delle nostre convinzioni.

A differenza di quanto si ritiene, è importante evitare di apparire eccessivamente precisi, omologati nel look. L'eccesso di precisione non solo non piace ma crea spesso un senso di fastidio e irrigidimento nell'interlocutore.

Appare utile inserire nel proprio stile qualcosa di caratteristico e originale, un particolare dissonante in contrasto con il resto dell'immagine che abbia l'effetto di colpire e catturare l'attenzione dell'altro. I piccoli contrasti sono in grado di suscitare attenzione, curiosità o fascino.

LA COMUNICAZIONE NON VERBALE DINAMICA

Si tratta di tutti quelli elementi non verbali che precedono la comunicazione del tipo verbale, per poi accompagnarla nel corso di tutta l'interazione.

Vi sono 6 principali fattori di comunicazione non verbale dinamica:

1. lo sguardo
2. la gestualità
3. la gestione dello spazio prossemico
4. la postura
5. la mimica del volto
6. gli aspetti paralinguistici della comunicazione (tono , timbro e volume del voce).

1) **Lo sguardo e il contatto oculare:** il contatto visivo è uno dei segnali non verbali più potenti di cui disponiamo. Nella maggior parte degli incontri quotidiani l'adeguata quantità di contatti oculari è regolata in modo delicato, in base al sesso allo status, all'intimità e alla natura della relazione.

Il contatto oculare non è qualcosa che andrebbe mantenuto per tutto il corso di un'interazione, ma dovrebbe essere continuamente intervallato da momenti in cui si sposta lo sguardo, per poi ristabilire il contatto, in una continua fluttuazione che permette di far procedere l'interazione in modo armonico e senza tensioni. A questo proposito, basti pensare al significato di sfida o invadenza che un contatto oculare mantenuto a lungo e in modo persistente finisce per implicare. Un tale atteggiamento porta generalmente a un'escalation simmetrica nel rapporto fra pari sesso e crea un forte senso di fastidio fra esponenti di sesso opposto. Il fissare senza interruzioni è un antico segnale di sfida e dominanza.

Fra uomo e donna, invece, uno sguardo protratto troppo a lungo viene generalmente interpretato come un tentativo di seduzione.

Se si rende necessario adottare un tipo di sguardo in grado di colpire e mettere in soggezione l'interlocutore, basterà spostare l'asse del nostro sguardo di qualche millimetro verso l'interno o l'esterno delle sue pupille. La persona senza rendersene conto a livello razionale, sarà costretta a inseguire il nostro sguardo e sperimenterà una sensazione di forte soggezione psicologica.

2) **La postura, la gestione dello spazio prossemico, la gestualità.** Si tratta di elementi della comunicazione non verbale il cui significato varia enormemente da cultura a cultura. Studiosi come Ekman e Friesen hanno da tempo dimostrato come il tentativo di attribuire un significato univoco a una data postura, per esempio, sia ormai una credenza infondata, che solo una certa forma di psicologia popolare continua ad assumere come vera.

Se vogliamo comunicare al nostro interlocutore un'impressione piacevole anche mediante i movimenti, la postura e la gestualità, dunque, dovremo in primo luogo stare attenti a evitare di suscitare in lui sensazioni sgradevoli o di minaccia. A questo fine è estremamente importante evitare qualsiasi aspetto di rigidità nella postura: una postura rigida, sia sotto forma di contrazione che di distensione, mette sulla difensiva e crea nell'altro allontanamento. Nel corso di tutta l'interazione il corpo deve muoversi in perfetta armonia con lo sguardo e con la mimica facciale, facendo particolare attenzione a non violare lo spazio prossemico dell'altro.

3) **La mimica facciale.** Appaiono fondamentali i cosiddetti "ammicchi".

L'ammiccamento rimane un importante componente di rinforzo della comunicazione verbale nel corso di tutta l'interazione. Via via che l'altro parla, il persuasore accompagna ciò che ascolta con dei cenni mimici di accordo, annuisce, facendo sentire all'altro che è d'accordo con lui e cercando di provocare lo stesso tipo di risposte non verbali nell'interlocutore. Questa reciprocità di ammicchi contribuisce notevolmente alla creazione di un buon rapporto fra gli interlocutori e incrementa la possibilità di un accordo finale. Fra i cenni mimici del volto, una nota particolare merita il sorriso. Per creare fin dall'inizio un'alleanza con gli altri il sorriso è un elemento fondamentale. Il sorriso, infatti è un importante predittivo e rafforzativo di alleanza, ma in quanto tale andrebbe evitato prima che all'alleanza sia venuta a crearsi.

4) **Aspetti paralinguistici.** Sono i fattori non verbali che intervengono per ultimi, quando si inizia la comunicazione verbale. Il timbro, il tono e il volume della voce devono essere modulati in modo tale da risultare armonici rispetto alla posizione del corpo, ai gesti e al contenuto della comunicazione. Per esempio, se si è in una posizione più rilasciata il timbro e il tono della voce devono essere altrettanto morbidi quanto la postura, il volume non deve superare un certo livello, né essere troppo basso, in modo tale che dalla somma di tutti questi elementi scaturisca un insieme armonico di cui gli aspetti paralinguistici costituiscono la melodia.

ASPETTI VERBALI

Nell'analizzare gli aspetti prettamente verbali, non ci occuperemo tanto del contenuto semantico di ciò che viene detto, quanto piuttosto degli effetti concreti che una data comunicazione produce in virtù della forma che assume.

Una comunicazione strategica, infatti è caratterizzata dal suo esser sempre orientata in direzione di un **obiettivo da raggiungere**. In un processo che voglia essere realmente persuasorio non sarà veicolato dai significati, quanto piuttosto dalla forma della comunicazione. L'uso di tecniche di suggestione, di paradossi, di trappole comunicative e comportamentali appare, di conseguenza, necessario per condurre prima possibile gli altri a vedere la realtà da punti di vista diversi, ossia a cambiare le proprie opinioni attraverso esperienze concrete e non spiegazioni.

La regola comunicativa principe consiste nell'osservare, imparare e utilizzare il linguaggio di chi mista di fronte.

Tale tecnica è definita **“Tecnica del ricalco”**: si basa sull'utilizzo del linguaggio e delle modalità rappresentazionali del nostro interlocutore, in modo tale da entrare in sintonia con le sue modalità di percezione della realtà, creare un clima di suggestione positiva e ridurre la diffidenza del primo dialogo.

La predisposizione di una comunicazione dovrebbe iniziare da parte di chi la vuole gestire con un atteggiamento non verbale aperto, un ammicco o una prima breve domanda, per poi lasciare subito spazio all'altro e fare introdurre a lui l'argomento importante. In un'ottica persuasoria, infatti, risulta molto più efficace indurre l'altro a prendere l'avvio, piuttosto che aspettare che sia l'altro a iniziare e doversi poi adattare a seguire il percorso da lui tracciato.

Una volta che la persona ha iniziato a parlare, appare estremamente importante interagire, come detto prima, a livello non verbale con ammicchi che denotino attenzione e consenso. Parallelamente, si deve continuare a gestire il contatto oculare in maniera fluttuante e fluida.

A questo livello, appare molto più importante lavorare sulla comunicazione non verbale piuttosto che su quella verbale, mediante cenni e annuenti per far sentire all'altro che lo stiamo ascoltando e che concordiamo con quanto dice.

Sul piano verbale, al contrario è importante evitare di mostrare un forte accordo con frasi del tipo **“Sì, lei ha ragione”, “Sono perfettamente d'accordo”**.

Questa tecnica, infatti appare ormai talmente inflazionata e abusata da creare immediatamente nell'altro una reazione di rifiuto poiché si avverte troppo scopertamente il tentativo di fingere un accordo per ben disporre l'interlocutore.

A livello verbale appare invece più efficace utilizzare tutta una serie di domande del tipo : **“Mi faccia capire meglio.....”**, **“Forse questa cosa non mi è abbastanza chiara.....”** e poi parafrasare quello che l’altro ci ha appena detto sempre in forma interrogativa: **“ Se non ho capito male, quello che lei mi sta dicendo è.....?”** “ Nel parafrasare si ripete ciò che l’altro ha detto secondo una nostra formulazione che s’esprime ancora in forma di domanda.

Questa tecnica comunicativa evoluta fa percepire all’altro una grande attenzione da parte nostra, un concreto interesse a capire bene cosa ci sta dicendo prima di esprimerci sul nostro eventuale accordo. Nel parafrasare non si mostra dichiaratamente l’accordo con la posizione dell’altro, ma si crea una realtà in cui è lui a dover costruire l’accordo, conducendolo a sforzarsi sempre di più nel tentativo di chiarire la propria posizione.

La tecnica della parafrasi interrogativa mette, quindi chi la utilizza in una posizione che appare one-down agli occhi dell’altro, che si vive come one-up, ma in realtà produce esattamente il contrario negli effetti.

L’interlocutore, di fronte a una persona che assume la posizione “sottomessa” di che si sforza per capire meglio, avrà l’illusione di star guidando l’interazione, mentre in realtà questa sarà completamente guidata dall’altro.

Una volta fatto questo, il persuasore è in grado di assumere il punto di vista dell’altro, di utilizzare la sua logica, la sua prospettiva, il suo linguaggio, fino ad arrivare a sentire tale prospettiva ragionevole.

Quando è entrato nella prospettiva logica dell’altro fino al punto di trovarla ragionevole, il persuasore non deve far altro che aggiungere quel qualcosa che porterà al cambiamento senza apparentemente cambiare, ossia dirottare la percezione dell’altro nella direzione da lui voluta.

Nel far questo è importante evitare di utilizzare formule negative rispetto alla prospettiva dell’altro, poiché ciò crea solo un forte irrigidimento e aumenta enormemente la resistenza al cambiamento. L’utilizzo di affermazioni negative nei confronti delle idee o del comportamento di una persona, infatti tendono a colpevolizzarla e ad aumentare la resistenza, promuovendo reazioni di rigidità e rifiuto delle nostre comunicazioni.

Al contrario, appare importante saper riorientare in chiave positiva le esperienze e le prospettive che la persona ci propone.

Qualsiasi tipo di richiesta o indicazione, inoltre, si imprime molto più efficacemente se espressa in termini positivi: **“Ricordati di imbucare la lettera”** rimane molto più impresso dell’apparentemente analogo: **“Non dimenticare di imbucare la lettera”**

L'arte della persuasione sta quindi nel saper **“aggiungere”** non nel togliere, per dirottare la prospettiva della persona nella direzione voluta. Questo a partire dalla sua percezione della realtà e mediante la sua logica e il suo linguaggio.

COMUNICAZIONE SIMMETRICA

E' una relazione basata sull'uguaglianza. Le persone tendono a rispecchiare il comportamento e la modalità comunicativa dell'altro. L'interazione simmetrica è caratterizzata dall'uguaglianza e dalla minimizzazione della differenza. In un dialogo simmetrico spesso si osserva che nessuno dei due interlocutori sembri interessato a quello che l'altro dice, spesso in tale situazione, punti di vista discrepante diventano il materiale per un'ulteriore escalation simmetrica.

Es: Qualcuno arriva e vuole essere visto subito, si dice che non può essere possibile, e così si va avanti con **si...ma...., si...però....** Una escalation simmetrica.

COMUNICAZIONE COMPLEMENTARE

Qua abbiamo 2 diverse posizioni: una persona assume la posizione che è stata definita quella superiore o one-up, mentre l'altra tiene la posizione corrispondente, inferiore, secondaria o one-down. E' il contesto sociale e culturale a stabilire relazioni di questo tipo per es: i rapporti madre-figlio infermiere-paziente. Una persona non impone all'altro una relazione complementare ma piuttosto ciascuno si comporta in un modo che presuppone il comportamento dell'altro, mentre allo stesso tempo gliene fornisce le ragioni. Sono quindi sempre calzanti le definizioni che essi danno della relazione.

Es: qualcuno arriva descrive il problema, si aggiunge: **bene...e...** Questo crea una costruzione nel dialogo.

SUPERARE IL CRITICISMO

Per non cadere nella trappola d'instaurare una comunicazione simmetrica, con un'escalation aggressiva, la prima regola da seguire è: non entrare nella logica di chi ti vuole manipolare. Non dobbiamo metterci a discutere e giustificarci, dobbiamo semplicemente limitarci a sostenere il nostro punto di vista.

Osserviamo alcuni suggerimenti.

PROVOCAZIONE	RISPOSTA REATTIVA	RISPOSTA CORRETTA
Non è possibile che ci vogliano due ore per essere visitato	Senta, io sono qui per il mio lavoro. Se lei non vuole aspettare è libero di andarsene	Capisco la sua impazienza, ma prima devono essere visitate le persone più gravi
Ma chi è lei per dire che non sono grave?		Sono un infermiere professionale
Uno deve essere moribondo per essere visitato...	Lei non è moribondo e quindi deve aspettare!	Le sembra strano dover aspettare in un Pronto Soccorso, ma appena terminate le urgenze verrà visto anche lei Accertarsi che le condizioni iniziali non siano cambiate
Lei non sa chi sono io...	Per il mio lavoro non ha nessuna importanza	Mi dice il suo nome. Vedo che cosa si può fare.
Mio figlio sta proprio male e voi lo fate aspettare	Signora, stia tranquilla, non si preoccupi!	Capisco la sua preoccupazione ma è meglio che il bambino la veda calma piuttosto che agitata. Qui è sotto controllo.
Io chiamo il 113 così sarete obbligati a vedermi subito	Ma faccia un pò quello che vuole, le ho già detto che deve aspettare il suo turno	Lei lo può fare, consideri però che qui l'ordine di precedenza è stabilito in base alla gravità
Io pago le tasse e ho diritto di essere visitato subito	Se è per quello le pago anch'io	Vede l'ordine di precedenza è stabilito in base alla gravità

RAPPORTI ORIENTATI ALL'UTENTE

L'infermiere è chiamato ad attuare una valutazione eccellente, a prendere decisioni rapide e precise, a erogare assistenza specialistica di qualità e a rispettare i principi della qualità al servizio.

In che cosa consiste la soddisfazione dell'utente? Consiste nel trattare l'altro così come voi vorreste essere trattati, in un clima positivo, di serenità e benessere. La cosa più importante è

fare in modo che il paziente, una volta lasciato il reparto scelga di ritornarvi. Tutto questo ha essenzialmente l'obiettivo di acquisire dei principi di qualità.

Esiste una regola nel mondo economico:

- servono 10 milioni per avere un cliente
- servono 10 secondi per perdere un cliente
- servono 10 anni per eliminare il problema

Ogni 10 secondi spesi per una scadente qualità costano all'azienda 10 milioni e fanno perdere 10 anni per recuperare buone relazioni pubbliche.

Un'altra regola del commercio è: ogni utente insoddisfatto parla della propria cattiva esperienza ad almeno quattro amici o conoscenti, mentre ogni utente soddisfatto parla della propria esperienza positiva solo a un amico.

Generalmente la gente non usa vantarsi delle proprie esperienze positive, mentre ama raccontare quelle negative ogni volta che ne ha la possibilità. La morale è : “il tempo e gli sforzi spesi per la soddisfazione dell'utente sono sempre spesi bene”.

Quando un utente entra al Pronto Soccorso dovrebbe essere sempre accolto e salutato dall'infermiere del triage. La raccolta delle informazioni dovrebbe cominciare solo dopo che si sono instaurate buone relazioni.

Alcune regole base che dovrebbero essere utilizzate:

- date il benvenuto e salutate il paziente,
- utilizzate il cognome del paziente,
- sorridete,
- cercate e mantenete il contatto visivo,
- usate il tatto se le circostanze lo richiedono,
- siate educati,
- trattate il paziente con rispetto,
- date al paziente il massimo della vostra attenzione ,
- rispettate al massimo la sua privacy,
- ascoltate ascoltate ascoltate,
- fate attenzione alla comunicazione non verbale,
- fate domande per chiarire ciò che non capite,
- parlate lentamente, chiaramente e non ad alta voce, parafrasare il problema per confermare di aver capito,
- siate sinceri.

La società di oggi non è abituata ad aspettare per avere un servizio. La gente ha disimparato ad aspettare e diviene quindi ansiosa, nervosa e anche irritabile quando è costretta a farlo. Per questa ragione le nozioni sulla soddisfazione dell'utente devono essere attivate soprattutto nella fase di attesa.

PERCEZIONE D'URGENZA

L'urgenza soggettiva è un altro importante fattore alla base del disagio e delle incomprensioni che spesso si verificano durante l'attesa. Tra gli utenti e il personale ospedaliero vi è spesso un modo diverso d'interpretare il grado d'urgenza di una patologia o di un evento traumatico. L'importante è sapere che questa discrepanza esiste. **L'urgenza oggettiva** è ciò che risulta dai dati rilevati e analizzati mediante il processo di triade. **L'urgenza soggettiva** è invece qualcosa di più complesso, è quanto si sente grave un paziente ed è la risultante dell'evento dannoso che ha colpito la persona, elaborato attraverso i suoi vissuti, il suo stato emozionale, le sue conoscenze sanitarie (spesso influenzate dai mass media), la percezione del proprio corpo, l'interpretazione del dolore. In questi casi sono estremamente importanti gli interventi di rassicurazione e di informazione relativi alla patologia presente che l'infermiere al triage può fare.

In queste situazioni, l'infermiere deve cercare di aiutare gli utenti a cambiare le loro aspettative, soprattutto, attraverso un processo di rassicurazione che miri a cambiare le loro aspettative, rassicurandoli che comunque i loro bisogni saranno soddisfatti. Niente è più efficace dell'esprimere comprensione a coloro che stanno aspettando e immediatamente dopo dare spiegazioni sui motivi del ritardo.

Si può dire, per esempio: “Mi rendo conto che state aspettando da molto tempo, ma sono appena arrivati 4 feriti da un incidente stradale e appena li avremo visitati toccherà a voi. Posso fare qualcosa per voi mentre aspettate?”

Suggerimenti per rendere l'attesa meno stressante per il paziente e per il personale.

- dite sempre la verità,
- abbiate un atteggiamento positivo, ma non date false speranze,
- ascoltate i bisogni e le preoccupazioni dei pazienti,
- non diffondete negatività,
- assicuratevi che in sala d'attesa siano presenti riviste, se c'è un televisore accendetelo,
- controllate i pazienti più frequentemente possibile,
- rivalutare visivamente le condizioni dei pazienti,

- spiegate come mai alcuni pazienti accedono all'area di trattamento per la visita prima di altri.

Ogni contatto con il paziente lo rassicura sul fatto che non è stato dimenticato e che il personale è a sua disposizione. In particolare l'infermiere deve essere sempre “l'avvocato” dei pazienti e nel frattempo lavorare con il resto dell'equipe di trattamento per assicurarsi che il paziente sia comunque visitato il prima possibile.

In ogni caso, aspettative insoddisfatte possono essere causa di conflitti. L'infermiere deve essere in grado di riconoscere le situazioni che possono generare conflittualità e di risolvere i problemi appena insorgono.

Se possibile è consigliabile isolare dal resto delle persone quei soggetti che mostrano atteggiamenti aggressivi.

Qualora vi trovaste verbalmente attaccati:

- non cercate di difendere voi stessi o l'istituzione per cui lavorate,
- cercate di ignorare, per quanto possibile, chi vi sta attaccando,
- concentratevi sui sentimenti e sulle argomentazioni dell'utente.

TIPOLOGIA DI PAZIENTI CRITICI E PAZIENTI DIFFICILI

In questo caso la criticità non riguarda lo stato di salute dei pazienti, bensì il carattere, la personalità e la cultura di quelle persone che tendono più di altre a sollevare malumori o a dimostrare insoddisfazione durante l'attesa.

Conoscere preventivamente le situazioni che si potranno verificare aiuta l'operatore al triage a pianificare mentalmente gli interventi per la gestione dei casi e a controllare il proprio stato emozionale.

Anti-istituzionale

E' colui che per partito preso va sempre e comunque contro tutto ciò che è istituzionale: politici, ministeri, uffici postali, ospedali ecc., dove i servizi pubblici in genere sono tutti luoghi dove non si lavora e dove non funziona mai niente. E' quel tipo di persona che deve far sentire la sua voce altrimenti pensa: Chissà quanto dovrò aspettare”.

L'ipocondriaco

Ha sul volto un'espressione sofferente, parla con un filo di voce, la posizione del suo corpo è raccolta nel suo dolore con braccia conserte e non appena un operatore o chiunque sia in divisa da lavoro, passa nel suo raggio d'azione, deve dimostrargli quanto stia soffrendo chiamandolo e parlandogli della sua disgrazia. Il dolore ovviamente è amplificato alla decima potenza e spesso dimostra caratteristiche ansiogene.

Il Rissoso Prepotente

Si fa notare subito muovendo passi ampi con fare spavaldo, fissa qualsiasi operatore negli occhi in segno di sfida e il suo tono di voce è alterato e autoritario fin dall'inizio. Ti fa capire subito che, se necessario, è disposto a denunciare legalmente o ad alzare le mani per ottenere quello che vuole. Non accetta alcuna spiegazione perché ritiene di essere nel giusto.

Il Grande Annuitore

E' un tipo insidioso, che non si scopre subito, è educato e gentile. Generalmente si mette al suo posto in attesa e tace in silenzio, ma è nell'insorgere di una qualsiasi contestazione che rivela tutto il suo potere. Dà immediatamente man forte al contestatore annuendo con la testa a ogni sua parola fino a che, all'improvviso, si alza in piedi e con tono forte ed eccitato declama tutto di un fiato quello che pensa sia sbagliato, incitando il resto della sala d'attesa fino al sollevamento generale.

Lo Stressante

E' un tipo normale all'apparenza, beneducato e tranquillo, non è violento né aggressivo, ma ha una particolarità: lavora ai fianchi meticolosamente, chiede spiegazioni per l'attesa e, anche se sembra aver capito, richiede più volte la stessa informazione, a scadenze regolari, noncurante di qualsiasi cosa stiate facendo, finché esasperati, farete di tutto per allontanarlo da voi, favorendone l'accesso alle cure.

Il Bambino

Pone sempre molte criticità in un reparto d'emergenza, ma più che il bambino sono spesso gli accompagnatori (genitori, tutori, nonni, ecc.), che creano difficoltà in sede di triage, in quanto scaricano sull'infermiere la loro naturale ansia, accumulata per la sofferenza del piccolo e creano così pressioni che rendono ancora più complicata la situazione. E' necessaria molta calma da parte dell'infermiere di triage per gestire al meglio la situazione dando, per esempio,



al bambino un corridoio preferenziale o comunque isolandolo, insieme all'accompagnatore, dalla sala d'attesa.

Paziente Con Disturbi Psicici

Sono pazienti che normalmente richiedono una particolare attenzione. Quando giungono in Pronto Soccorso creano notevoli difficoltà sia all'infermiere del triage sia agli utenti presenti nella sala. La gestione di questi pazienti è molto delicata perché basta poco, un atteggiamento ostile o una parola mal interpretata, per rompere il loro equilibrio psichico e causare disordini in sala d'attesa.

Il Paziente Sotto L'influenza Di Sostanze Particolari O Sindromi D'astinenza

Sono pazienti difficili da valutare in sede di triage, in quanto la loro capacità di comunicare e la loro percezione del dolore sono notevolmente alterate.

Per questi pazienti è necessaria un'accurata valutazione, che sarà basata principalmente sull'intervista a eventuali parenti o accompagnatori, ma soprattutto sulla raccolta dei dati oggettivi al fine di avere informazioni certe su cui basare la decisione di triage. Il rischio di sottostimare questi pazienti è molto elevato, anche perché l'operatore sanitario tende spesso a essere ostile verso questa categoria di pazienti. Generalmente il loro comportamento mira soprattutto a comunicarci un'urgenza soggettiva che se ignorata o non soddisfatta immediatamente può sfociare in un comportamento violento.

Paziente Abitudinario

E' un paziente che ha la caratteristica di presentarsi in Pronto Soccorso molto frequentemente e sempre per problemi che non rilevano carattere d'urgenza. Questi pazienti non presentano particolari problemi di valutazione, anzi, generalmente sono loro stessi che esternano i sintomi in maniera precisa e articolata. Il rischio a cui va incontro l'infermiere di triage è quello di non compiere accuratamente la valutazione, giustificandosi con il fatto di conoscere già il paziente e le sue richieste ed etichettandolo automaticamente come non urgente. E' superfluo ricordare che nel lavoro dell'infermiere di triage non esiste nulla di certo e prevedibile e anche per un paziente abitudinario non va esclusa la possibilità che quegli stessi sintomi siano invece una manifestazione di una grave patologia.

IL RUOLO DECISIONALE DEL TRIAGE

L'infermiere al triage nella sua funzione operativa può essere descritto come colui che è chiamato a compiere scelte decisionali rapide e precise e che riveste quindi, in un certo senso, un ruolo di “comando”.

Il triagista decide per due gruppi di persone:

- per l'utenza stabilisce quali fra i clienti afferenti al Servizio sono prioritari rispetto ad altri e quindi redige per loro una lista d'accesso.
- Per i membri della propria equipe: indica loro “chi è più grave di chi” e quindi chi dovranno visitare per primo.

Questo ruolo pone l'operatore in una condizione di centralità nella gestione contemporanea di molteplici figure (pazienti, familiari, soccorritori, infermieri, medici, ecc), e perciò indispensabile che, per il buon espletamento di questa funzione di comando, vi sia da parte degli interlocutori il totale riconoscimento della funzione attribuita, nei suoi aspetti psicologici, di responsabilità di potere decisionale.

Due sono le condizioni necessarie affinché questo si verifichi:

- **Riconoscimento istituzionale del ruolo:** soprattutto per quanto riguarda i rapporti con l'equipe indispensabile che vi sia il riconoscimento vero e proprio della funzione, istituzionalizzato, formalizzato e previsto dall'organizzazione.
- **Riconoscimento psicologico del ruolo:** per far sì che questo accada non è sufficiente l'investitura istituzionale al ruolo né tantomeno l'autoritarismo: è necessario conquistare fiducia e acquisire autorevolezza nei confronti dei fruitori del servizio in modo che sia loro possibile identificare chiaramente chi compie le scelte decisionali.

Nonostante il riconoscimento giuridico dell'autonomia professionale, la sudditanza psicologica, in anni e anni di operatività svolta in ausilio e in subordinazione alle decisioni mediche, hanno portato la professione dell'infermiere a soffrire di dipendenza nei confronti dei medici o di figure ritenute gerarchicamente superiori. L'autonomia è però legata anche all'assunzione di responsabilità, spesso non desiderata dagli infermieri stessi.

In conclusione la funzione del triage del Pronto Soccorso è stata istituita proprio perché nel tempo si è visto che era indispensabile delegare a un operatore l'autonomia decisionale necessaria per effettuare uno screening sugli accessi, riconoscendo i casi più gravi in modo da consentire a medici e infermieri un'operatività più serena, tempestiva e pertinente.

La strada da percorrere, ad oggi, è sicuramente tanta, ma tanta né è stata percorsa, l'importante è saper continuare con gli strumenti giusti per il raggiungimento di una professionalità sempre più necessaria ed indispensabile all'interno di una struttura sanitaria.

LA LEGITTIMITÀ DEL TRIAGE INFERMIERISTICO

Le linee guida n. 1/1996 recanti l'atto di intesa tra stato e regioni di approvazioni delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del presidente del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 specifica che alla voce "funzione di triage" all'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente di servizio.

L'attività di triage di pronto soccorso è quindi considerata obbligatoria (deve essere prevista) e consiste in un primo momento di "accoglienza e valutazione dei pazienti" che deve avere luogo all'interno di protocolli prestabiliti dal dirigente di servizio. La competenza a effettuare l'attività di triage spetta al personale infermieristico che deve essere *adeguatamente formato*.

La funzione di triage non presuppone una diagnosi medica, bensì si caratterizza per essere un processo mediante il quale si opera una selezione dei pazienti con scelta delle priorità.

Il processo decisionale si basa sull'obiettivo rilevabile all'esame visivo, sui sintomi dichiarati dal paziente e su eventuali domande poste dall'infermiere riguardanti il tempo di insorgenza dei sintomi e si conclude con l'assegnazione di un codice di gravità che può essere un codice colore.

Oggi la principale fonte normativa di riferimento è data:

- Linee guida sull'emergenza n°1/1996
- Atto di intesa tra Stato e Regioni pubblicato sulla GU n°285 del 7 dicembre 2001
- Delibera di giunta regionale Emilia Romagna n° 23 del 17 Gennaio 2005 "requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Emergenza/Urgenza"
- Legge n° 42 del febbraio 1999
- Codice deontologico

- dal profilo professionale dell'infermiere recepito con il D.M. del 14 settembre 1994 n. 739



Il terzo comma dell'art. 1 del D.M. 739/1994 recita:

L'Infermiere

- a) partecipa alla identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica alla persona e della collettività
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obbiettivi
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico

Concentrando la nostra attenzione sul punto a) il verbo “partecipa” indica un azione che l'Infermiere attua assieme ad altri, dunque, ma che può essere inteso come attuata in momenti cronologici diversi. Il malato viene prima visto dall'infermiere che lo seleziona in base al codice di gravità poi dal medico che provvede alla visita e alla diagnosi il punto a) è senza dubbio il punto che più si ancora all'attività di triage.

Il triage non può nei fatti mai essere costruito dal personale infermieristico al di fuori della sua connotazione istituzionale (selezione dei pazienti e scelta delle priorità), questo vale es. per l'impropria “dimissione” di un paziente che si è presentato in un Pronto Soccorso o peggio ancora per un rifiuto alle cure o alla stessa visita medica, ipotesi che integra gli estremi del reato di atti di ufficio.

PROFILI DI RESPONSABILITÀ

L'Infermiere, come del resto qualsiasi professionista, risponde in sede penale, civile e disciplinare. E' importante sottolineare alcuni aspetti:

- la congruità, la pertinenza e l'adeguatezza dei protocolli di triage sono di competenza del Direttore Medico.
- L'Infermiere risponde della corretta applicazione dei protocolli e di questa attività risponde secondo gli usuali canoni della responsabilità colposa per negligenza, imperizia e impudenza.

- I problemi maggiori derivano da una sottostima nell'assegnazione dei codici colore di gravità che porterebbero l'Infermiere a esporsi per reati di lesioni personali colpose e nei casi più gravi per omicidio colposo.

Ribadiamo che risulta inammissibile il cosiddetto **“triage out”** attività che consiste in un impropria dimissione del paziente senza valutazione medica. Il paziente che si presenta al pronto soccorso ha comunque diritto di essere visitato dal medico, non essendo consentito all'Infermiere il potere di dimissione.

In conformità con la tendenza attuale a conferire all'infermiere un maggior numero di obblighi di registrazione, si è stabilito che anche l'attività di triage debba essere documentata da chi la svolge. L'istituenda scheda infermieristica di triage è senza alcun dubbio da considerarsi atto pubblico e come tale soggetto alle norme penalistiche sulla falsità documentale.

Onde evitare problemi è bene costruirla più come *raccolta dati* che come *anamnesi*, in quanto la diagnosi medica è l'elaborazione intellettuale di dati che convergono dall'esame obiettivo e dagli esami diagnostici

Del tutto indispensabili sono la segnalazione dell'ora di inizio e di quella fine del triage come del resto anche quando si effettuano pratiche sanitarie/assistenziali. In linea con le più recenti disposizioni ministeriali è necessario che la scheda di triage risponda ai fondamentali requisiti di chiarezza, veridicità e completezza.

LA FORMAZIONE, LA RESPONSABILITÀ E LA DEONTOLOGIA NELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE

L'inizio del Novecento, rappresenta un periodo particolarmente significativo per la storia dell'assistenza infermieristica, poiché segna l'avvio del processo di professionalizzazione dell'infermiere in Italia. Già a partire dalla seconda metà del XIX secolo, si crea un nuovo modello d'assistenza ospedaliera basata sulla convenzione tra istituzione religiosa ed ospedale. Tuttavia, è con l'introduzione delle prime innovazioni tecnologiche (utilizzo dei raggi X, invenzione dello sfigmomanometro, dello stetoscopio, laringoscopio, ecc.) e mediche (conquiste nel campo dell'anestesia e della chirurgia), che l'ospedale cambia l'assetto organizzativo: da cronicario a vera e propria istituzione in grado di perseguire

finalità terapeutiche a carattere scientifico. La moderna “macchina” ospedaliera richiede personale adeguatamente preparato, per rispondere alle nuove esigenze della medicina. Le normative del 1925 e 1929, istituiscono le scuole professionali per infermiere, disciplinando a livello nazionale, la formazione di base. Inizia a delinarsi un vero e proprio processo di professionalizzazione dell’assistenza infermieristica.

Secondo Wilensky , il cammino di professionalizzazione di un’occupazione, deve seguire una serie di tappe fondamentali che hanno una precisa collocazione storica. Il sociologo americano, ha fatto di questa affermazione, un’ipotesi di ricerca, approfondendo la storia di diciotto professioni, includendo anche quella infermieristica.

Dall’analisi ha desunto che esiste una successione di requisiti comuni:

- 1) svolgere a tempo pieno un certo insieme d’attività che prima venivano effettuate occasionalmente, in modo tale da assumere un vero e proprio ruolo di funzione sociale;
- 2) essere in possesso di un patrimonio di conoscenze e competenze tecnico-professionali esclusive, che vengono trasmesse agli studenti attraverso percorsi formativi basati su rigorosi criteri scientifici e dunque facendo riferimento ad una scuola che, se non è tale fin dall’inizio, cerca di essere accolta in ambito accademico;
- 3) istituire ordini, collegi o associazioni impegnate nel tutelare la professione sulla loro competenza esclusiva, per separare il competente dall’incompetente;
- 4) impegnarsi a livello politico, nella produzione legislativa che vada a normare i diversi settori della professione: formazione, esercizio professionale, ecc.;
- 5) definire i diritti e i doveri della professione attraverso un proprio codice deontologico.

Quello che voglio sottolineare, è che la professione infermieristica ha condotto notevoli passi avanti, soprattutto nel corso dell’ultimo decennio.

Con l’abolizione del mansionario si è raggiunto un livello di indipendenza e consapevolezza professionale che solo fino a dieci anni fa sarebbero stati ritenuti impensabili. Si è passati da una situazione d’assoluta dipendenza dalla figura medica, ad uno stato d’autonomia, tale da consentire, tramite la formazione e gli strumenti forniti all’infermiere dalla conoscenza e dalla collaborazione con le altre figure professionali sanitarie, di giocare un ruolo fondamentale nella dinamica dell’assistenza. **Responsabilità** ed **Autonomia** sono i termini chiave dell’infermiere del 2000. Tuttavia, il processo di professionalizzazione in atto, non può considerarsi concluso. Fino ad oggi è stato fatto tanto, ma le sfide in gioco sono ancora molte. Per completare il processo di determinazione della professione, ovvero l’affermazione definitiva d’autonomia e responsabilità proprie, è necessario operare a due livelli: in campo formativo e nel quotidiano operativo.

La nostra professione ha dimostrato maturità, rivendicando responsabilità nuove. La sfida che ci attende ci vuole attenti nel comprendere i cambiamenti, nell'imprimergli la direzione che riteniamo migliore. Nella stagione della responsabilità, abbiamo il dovere di garantire una "trasparenza" del sistema infermieristico nei confronti dei cittadini. La trasparenza e l'impegno espressi con il Patto infermiere-cittadino del 1996, trovano continuità nel nuovo Codice Deontologico, stilato a distanza di oltre trent'anni dal precedente. Il Codice si propone come guida allo sviluppo di un'identità professionale e come stimolo per un comportamento eticamente corretto. L'Infermiere d'oggi, entra in conflitto, nel quotidiano, con una struttura che conserva ancora livelli di responsabilità gerarchizzati. In questo senso, il Codice si pone come strumento di riflessione e di dibattito, (sia a livello di formazione di base, che tra i professionisti nel quotidiano) sul significato di certi comportamenti comuni acquisiti, per continuare a considerarli "nostri", oppure riconoscerli come parte del passato.

Indispensabile in questo momento di passaggio definire linee guida e di comportamento atte a far sì che tutte le figure che giocano questa partita (ognuno nel proprio ruolo fondamentale), abbiano la consapevolezza di quando, come e cosa sia giusto fare in ogni diversa situazione, senza nulla togliere alla responsabilità e alla autonomia del singolo individuo. Ogni richiesta d'aiuto da parte dell'utente e' storia a sé, è un'esperienza sempre diversa, sempre nuova, da scoprire con ritrovato entusiasmo e sicurezza, grazie alla solita formula che riassume in sé l'atteggiamento dell'infermiere lungo il proprio iter professionale: saper essere e saper fare. Tutto ciò e' ancora più importante e inevitabile quando si parla di dipartimenti d'emergenza, ove nulla può essere lasciato al caso, tutto deve essere pianificato in modo da fornire il miglior intervento nel minor tempo possibile. Quando poi, oltre all'assistenza nella struttura di pronto soccorso, viene considerata anche l'emergenza extraospedaliera, non si può veramente fare a meno di protocolli assistenziali autorizzati che permettono interventi altamente specializzati.

Questo significa che il Direttore del Dipartimento Emergenza/Urgenza sotto la propria diretta responsabilità, e tramite gli strumenti della formazione e di periodici retraining, ad autorizzare il personale addetto all'emergenza ad effettuare manovre estremamente specializzate, quali l'utilizzo di adrenalina, la somministrazione di farmaci antidoti d'emergenza (*Narcan*), l'accesso venoso e l'infusione di liquidi (compresi *plasma expanders*), l'utilizzo dell'ossigeno terapia.

Ovvio che non e' tutto oro quello che luccica, e di fronte a tante e tali novità l'infermiere si e' trovato ad agire in diversi modi; c'e' chi ha saputo leggere tra le righe della nuova

situazione di indipendenza, che non può prescindere dall'assumersi pesanti responsabilità, e ha saputo prendere consapevolezza delle soddisfazioni professionali che ne possono derivare, dei continui stimoli che risultano dalla costante evoluzione, dal ricercare sempre qualcosa di nuovo, di diverso, che possa esorcizzare il temuto "burn-out", spauracchio di ogni infermiere in attività. Per contro, c'è chi non è stato capace di superare questa fase di passaggio ed evoluzione, e in continua lotta con il vecchio infermiere nascosto in lui si domanda perché, a che scopo assumersi tante **responsabilità**, quando poi in fin dei conti le soddisfazioni materiali e le incentivazioni economiche sono sempre le stesse ; ma noi tutti sappiamo che mai, in nessun tempo l'infermiere ha potuto trarre forza dall'aspetto economico, ma l'ha sempre dovuta cercare in angoli ben più reconditi, in piccoli episodi della vita professionale di tutti i giorni, terra purtroppo inesplorata per alcuni di noi.

Sino a dieci anni fa chi arrivava in pronto soccorso veniva accettato , tranne i casi di feriti o trasportati in ambulanza, secondo l'arrivo davanti alla porta dell'ambulatorio, tanto che ancora oggi molti utenti hanno l'idea " che qualcuno gli è passato davanti ".

Ma ciò è un concetto vecchio, il pronto soccorso e l'astanteria sono due strutture ospedaliere ormai superate, oggi sono state sostituite dal dipartimento di emergenza ed accettazione , ove all'interno si identifica un punto triage che smista i pazienti a seconda della priorità clinica. Il termine "trriage" deriva dal verbo francese " *trier* " che significa letteralmente scegliere o selezionare .quando vi è una sproporzione tra la richiesta e l'offerta di prestazioni ne deriva la necessità di stabilire la precedenza delle prestazioni in funzione della gravità clinica. Del triage si occupa un'infermiere all'ingresso del pronto soccorso, l'infermiere in base ai sintomi clinici attribuisce un codice colore al paziente che viene così classificato ed accede agli ambulatori di pertinenza .

La prima normativa statale specificamente indirizzata a regolamentare l'istituzione e il funzionamento delle scuole infermieristiche risale al **1925** attraverso il **R.D.L 15 agosto 1925 n. 1832** e del **R.D 21 novembre 1929 n. 2330**. Nel **1934** le norme di formazione infermieristica vengono inserite all'interno del testo unico delle leggi sanitari. Fino al 1971 alle scuole infermieristiche vengono inserite all'interno del testo unico delle legge sanitarie. Fino al 1971 alle scuole infermieristiche potevano accedere solo donne e vi era l'obbligo dell'internato. La durata era di due anni. L'apertura agli uomini venne operata con la **L. 25 febbraio 1971 n. 124** " estensione al personale maschile nell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta"

Con la **L. 124/1971** le scuole convitto per infermiere vengono trasformate in scuole per infermieri professionali e viene abolito l'obbligo all'internato. I requisiti per l'accesso alle scuole per infermieri professionali prevedono il possesso del diploma di scuola media superiore e, a partire dall'inizio dell'anno scolastico **1973/1974** anche quello di un certificato attestante l'ammissione del terzo anno di scuola secondaria di secondo grado. Gli aspiranti all'ammissione delle scuole dovevano avere compiuto il sedicesimo anno. La L.124 stabilì anche delle facilitazioni per gli infermieri generici che potevano essere ammessi direttamente al secondo anno della scuola infermieri.

Nel **1972** la formazione infermieristica passa dalla competenza statale a quella regionale. Nel **1974** l'Italia ratifica l'accordo di Strasburgo che stabilisce nell'ottica dell'integrazione e della libera circolazione tra Paesi europei, gli standard minimi per la formazione degli Infermieri. Il recepimento avviene con la L. 15 novembre 1973, n. 795 e con il D.P.R 13 ottobre 1975 che recita “ Modificazioni all'ordinamento delle scuole per Infermieri Professionali e ai relativi programmi di insegnamento. A partire da tale data la formazione infermieristica ha durata di tre anni, dieci anni di scolarità pregressa e un programma base di 4600 ore di formazione teorico-pratica.

La progressione infermieristica è suddivisa tradizionalmente in tre figure:

- Infermiere Professionale
- Assistente Sanitario
- Vigilatrice d'Infanzia.

La formazione infermieristica ha avuto come tradizione anche specifici corsi che oggi chiameremo di carattere manageriale, attraverso l'istituzione dei corsi per Infermiere abilitato a funzioni direttive (caposala). Anche questi corsi sono stati chiusi con la riforma universitaria.

Inoltre anche le Università avevano istituito dei corsi di carattere dirigenziale con varia denominazione, di durata biennale, tendenti a formare dirigenti e docenti infermieristici. I titoli variavano a seconda delle singole università:

- **DAI** dirigente dell'assistenza infermieristica
- **IID** infermiere insegnante dirigente
- **DDSI** dirigente e docente dell'assistenza infermieristica

La Formazione Universitaria

La formazione universitaria viene introdotta con la riforma aziendalistica della Sanità avutasi con il **D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502** e successive modificazioni in primis quelle operate con l'introduzione del **D.Lgs 7 dicembre 1993 n. 517**. L'Università ha con il **DM 3 novembre 1999 n. 509** "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei" ha provveduto alla riforma introducendo due cicli universitari, comportanti normalmente un unico ciclo di studi alla fine del quale viene conseguito il diploma di laurea:

- Il diploma di laurea (**DL**) di tre anni;
- Il diploma di laurea specialistica (**LS**) di due anni

Oltre a questa suddivisione l'Università rilascia anche il diploma di specializzazione e il dottorato di ricerca

La previsione di un corso di laurea specialistica viene introdotta per la professione infermieristica con la L. 10 agosto 2000 n. 251.

La formazione sarà nei prossimi anni, uno degli elementi, oltre al riconoscimento economico e una visibilità sociale che ancora purtroppo non è presente, per l'ingresso e la permanenza nel mondo del lavoro. E' interesse dei giovani entrare nel mondo del lavoro con competenze pronte e competitive, e una buona conoscenza metodologica per acquisire rapidamente altre, durante tutto il percorso lavorativo.

Una formazione completa articolata in un percorso di laurea con successive aree di approfondimenti clinici a vari livelli (**Master**) si potrebbe configurare come una delle possibili risposte per gestire al meglio la situazione di crisi che la professione infermieristica sta vivendo sia la proprio interno che nel mondo dei giovani. L'approccio proposto, rispetto al sapere trasmesso dall'insegnamento, non si avvale di una specifica teoria ma di un insieme di riflessioni che si sono sviluppate a partire dagli anni 80 intorno all'idea di una stretta correlazione tra i modi di creare e mantenere la partecipazione degli individui al lavoro.

In questa prospettiva il sapere, inteso come evoluzione delle competenze di base viene considerato cruciale in quanto consente:

- l'impegno di tutta la categoria professionale piuttosto che dei singoli individui;
- la condivisione dei valori, cioè la possibilità di mettere in comune tutte le esperienze e le competenze dei vari livelli professionali per creare un punto di riferimento cui ciascuno possa fare riferimento nell'assumere decisioni. I valori, a differenza delle

procedure, guidano ma non costringono, consentono la necessaria libertà di azione a chi deve agire in condizioni di incertezza;

- la varietà, ossia la diversità di competenze, necessaria all'interno di un gruppo professionale per potere rispondere alla molteplicità delle domande e alla complessità del servizio;
- l'integrazione interfunzionale, in cui siano tutelate e valorizzate le differenze di tutte le componenti di una struttura professionale articolata e complessa come quella infermieristica.
- Il sistema tradizionale di abilitazione all'esercizio professionale era stabilito dal cosiddetto *mansionario*, che era recepito dal **D.P.R. 14 marzo 1974, n.225** che conteneva un insieme di funzioni e mansioni di carattere rigido ed esaustivo. Ne consegue che tutto ciò che non era specificamente compreso era da considerarsi di competenza medica. Le innovazioni apportate con la **L.26 febbraio 1999, n 42** recante disposizioni in materia di professioni sanitarie sono **rilevanti e epocali**. Per la prima volta si delinea un esercizio professionale senza mansionario.

Viene abolito il mansionario e vengono indicati tre criteri guida. I criteri guida sono dati dal contenuto dei profili professionali e dalla formazione di base e post base ricevuta e dal codice deontologico.

Quadro sinottico <i>Indicazioni</i>	<i>Attività professionali</i>	<i>Fonte normative di riferimento</i>
Criteri guida	Profilo professionale Codice deontologico Formazione ricevuta	L. 42/1999
Limite	Competenze previste per la professione medica	L. 42/1999
Attribuzioni extra mansionariali residue	Competenze per l'emergenza extraospedaliera <ul style="list-style-type: none"> - triage - EEG - Somministrazione radiofarmaci 	D.P.R. 27 marzo 1992 Linee guida ministero della sanità n.1/1999 D.M. 22 agosto 1994 D.Lgs 26 maggio 2000 n. 187
Fonti normative successive all'abrogazione del mansionario	Competenze in centri trasfusionali Utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici in ambienti extraospedalieri	D.P.C.M 1 settembre 2000 Legge ("è l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare").

LA FORMAZIONE SPECIFICA

La funzione di triage è propriamente svolta solo da Infermieri del Servizio di Pronto Soccorso. I modelli operativi possono prevedere la presenza contemporanea di più operatori Infermieri e/o di personale di supporto (tecnico o amministrativo) che coadiuva l'Infermiere responsabile della funzione.

Si può espletare la funzione di triage solo dopo aver acquisito i seguenti requisiti:

- aver frequentato uno specifico corso di formazione ed addestramento della durata minima di 12 ore
- ed aver acquisito una esperienza di lavoro in Pronto Soccorso di norma non inferiore a 6 mesi
- inserimento ed addestramento operativo con guida e tutoring di un Infermiere esperto del Servizio nell'attività di triage.

I Servizi dovranno prevedere opportune procedure di inserimento degli operatori con relative verifiche del raggiungimento dei livelli di apprendimento necessari.

La funzione di triage, fatto salvo il possesso delle competenze necessarie, è svolta a rotazione da tutto il Personale Infermieristico del Pronto Soccorso.

Per il mantenimento delle competenze deve essere previsto un percorso formativo specifico di ricertificazione almeno ogni 3 anni.

NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

Introduzione

Il sovraffollamento delle strutture di Pronto Soccorso rappresenta una realtà che interessa ormai la quasi totalità dei presidi ospedalieri di dimensione medio-grande.

Poiché i pazienti che accedono in Pronto Soccorso presentano quadri clinici e problematiche assistenziali estremamente eterogenee, con necessità di risposte quindi molto diversificate, l'obiettivo di questo progetto è quello di realizzare un nuovo assetto organizzativo in grado di attenuare le criticità sopracitate, prefigurando percorsi ed interventi diversificati a partire dalla fase di triage.

Più in particolare, il target di riferimento dell'iniziativa riguarda la tipologia di utenti a medio-bassa criticità, per i quali le attese ed i tempi complessivi di trattamento si protraggono per numerose ore determinando elevati livelli di stress con forte esposizione emotiva sia per i pazienti ed i loro familiari che per gli operatori sanitari soprattutto infermieri che in questo scenario, rappresentano, attraverso la funzione di triage, l'interlocutore di primo impatto per il servizio offerto.

La filosofia a cui sottende il progetto è duplice: da un lato migliorare la qualità dell'attesa e ridurre i tempi per quanto possibile, dall'altro migliorare l'efficienza complessiva del sistema, valorizzando la professionalità infermieristica attraverso la realizzazione di un modello assistenziale più dinamico e commisurato al contesto ed alla specificità dei bisogni di salute manifestati. Un modello in grado di interagire ed apprendere dall'esperienza e dalle competenze maturate per garantire livelli di performance e risposte sempre più appropriate.

Attualmente la funzione di triage è concretizzata secondo lo schema concettuale del triage "globale" che racchiude la seguente definizione: momento di prima accoglienza del cittadino che giunge in Pronto Soccorso la cui funzione è svolta da un Infermiere che provvede attraverso un processo decisionale (valutazione alla porta, raccolta dati, decisione di triage, rivalutazione) alla identificazione di un bisogno, alla determinazione della priorità di trattamento, all'attuazione degli interventi assistenziali di pertinenza, ed alla assegnazione dell'ordine di accesso alla visita medica. Lo strumento per l'attribuzione delle priorità è la scala dei Codici Colore.

Lo scopo primario perseguito dal triage è di ridurre al minimo il trattamento sul paziente critico ma garantire nel contempo una tempestiva presa in carico di tutta l'utenza che si rivolge al servizio, attribuendo un ordine di priorità che gradui l'accesso ai percorsi di cura in base al potenziale livello di gravità ed urgenza manifestato. Questa funzione così complessa e fondamentale per mantenere l'efficienza complessiva del servizio, rischia però di irrigidire molto il sistema ed appiattire la risposta assistenziale secondo schemi predefiniti come appunto la scala dei Codici Colore, di per sé troppo poco incline alla logica della personalizzazione delle cure.

Il completamento dei nuovi modelli assistenziali sperimentati, "Nurse & Doctor Where need" ed Ambulatorio infermieristico per codici a bassa criticità, prevede ulteriori step organizzativi volti proprio ad identificare quelli che possono essere dei percorsi specifici di risposta a determinate categorie di bisogni, che pur ricadendo nel medesimo codice di priorità, sono fortemente differenziati. Una modalità di intervento che punta quindi a valorizzare ed ottimizzare la professione infermieristica nel suo approccio olistico verso l'uomo.

Modalità di attuazione

La formulazione del modello assistenziale nasce dall'approfondimento sia del modello anglosassone **“See and treat”** che del modello assistenziale basato sull'intensità di cure, partendo dall'ideazione di:

- **percorsi “fast” a gestione infermieristica** per gruppi di pazienti con mono-sintomatologia specialistica identificabili già in fase di triage.
-

Segni/Sintomi	Percorso Fast
Otalgia acuta	ORL
Presenza di corpo estraneo orecchio	ORL
Acufeni	ORL
Ipoacusia	ORL
Cisti sebacee para-auricolari	ORL
Ferite semplici e abrasioni	ORL
Tappo di cerume	ORL
Corpo estraneo nel naso	ORL
Emorragia congiuntivale non in terapia coumadinica	OCL
Scotomi	OCL
Sensazione di corpo estraneo	OCL
Corpo estraneo	OCL
Algia oculare, bruciore, lacrimazione	OCL
Calatio	OCL
Irritazione da lenti a contatto	OCL
Lente a contatto dislocata	OCL
Herpes Zoster	OCL
Diplopia senza altri sintomi associati	OCL
Metrorraggia, sanguinamento vaginale	GINECOLOGIA
Corpo estraneo in vagina	GINECOLOGIA
Leucorrea	GINECOLOGIA
Sintomatologia infiammatoria legata all'apparto genitale esterno	GINECOLOGIA
Richiesta di contraccezione dell “giorno dopo”	GINECOLOGIA

L'Infermiere di triage avvia direttamente l'utente alla consulenza specialistica al termine della quale rivaluta il paziente, decidendo il riaffidamento al medico di base mediante la dimissione o una ulteriore valutazione clinica all'interno del Pronto Soccorso.

- **Trattamento autonomo** di problematiche a carattere esclusivamente assistenziale identificabili già in fase di triage

Segni/sintomi	Percorso fast
Sostituzione catetere vescicale	Infermiere di PS
Lacerazione semplice	Infermiere di PS
Ematoma/ecchimosi subungueale	Infermiere di PS
Medicazioni semplici	Infermiere di PS
Rimozione punti di sutura	Infermiere di PS

Terapia iniettiva prescritta da terzi	Infermiere di PS
Medicazioni successive a lesioni già valutate	Infermiere di PS
Trattamento di ferite superficiali da non suturare, abrasioni	Infermiere di PS

Al termine della prestazione infermieristica si redige un referto che documenta l'intervento attuato, le indicazioni assistenziali suggerite e la dimissione con riaffidamento al medico curante. Inoltre vengono fornite le indicazioni sulla rete dei servizi territoriali con l'intento di migliorare la sinergia ospedale-territorio.

- **Trattamento precoce in fase di attesa** di sintomatologia invalidante attraverso la somministrazione di farmaci/presidi secondo protocolli predefiniti e autorizzati o su prescrizione medica contestuale.

Segni/sintomi	Percorso fast
Dolore osteo-articolare	Infermiere come da protocollo
Odontalgia acuta e otalgia acuta	Infermiere come da protocollo
Ritenzione acuta di urina	Infermiere come da protocollo
Sindrome dolorosa di origine traumatica	Infermiere su prescrizione contestuale
Sindrome dolorosa di origine non traumatica	Infermiere su prescrizione contestuale
Sindromi emetiche	Infermiere su prescrizione contestuale
Sindromi ansiose	Infermiere su prescrizione contestuale
Sindromi febbrili	Infermiere su prescrizione contestuale

Il trattamento anticipato dei sintomi invalidanti permette una risposta tempestiva se pur parziale rendendo più flessibile le fasi del processo assistenziale. Questo tipo di risposta consente di creare percorsi e piani di cura/assistenza secondo una logica integrata con il personale medico.

Dati di attività

Numero di accessi all'anno	Codici a bassa criticità (verde bianco)	Presidio Ospedaliero
77 628	58 560	Maggiore
32 091	27 910	Bentivoglio

Punti di forza

- Abbattimento dei tempi di attesa
- Miglioramento della qualità dell'attesa
- Rafforzamento della percezione di presa in carico
- Centralità della persona
- Appropriately delle competenze infermieristiche
- Integrazione tra la professioni medica e infermieristica

Punti di debolezza

- Fase di incertezza legata all'innovazione professionale/organizzativa