



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in infermieristica

**L'infermiere di triage: tra competenze
tecniche e responsabilità**

Relatore: Dr.ssa
Tamara Campanelli

Tesi di Laurea di:
Sofia Amati

A.A. 2020/2021

*“Rare sono le persone che usano la mente.
Poche coloro che usano il cuore e
uniche coloro che usano entrambi.”*

A mia nonna Nella e
a mio zio Mauro,
questo traguardo è anche vostro.

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
1. IL TRIAGE: CENNI STORICI.....	2
1.1 REALTÀ STATUNITENZE.....	4
1.2 REALTÀ INGLESE.....	5
1.3 REALTÀ TEDESCA.....	6
1.4 REALTÀ ITALIANA.....	7
- 1.4.1 DPR 27 Marzo 1992	7
- 1.4.2 Normativa n.285 del 7/12/2001.....	9
- 1.4.3 Conferenza Stato-Regioni 1° Agosto 2019.....	10
- 1.4.4 Triage intraospedaliero: modelli.....	11
2. TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO.....	14
2.1 FASI DEL PROCESSO DI TRIAGE.....	15
- 2.1.1 Valutazione sulla porta.....	15
- 2.1.2 Raccolta dati.....	16
- 2.1.3 Decisione di triage.....	16
- 2.1.4 Rivalutazione.....	17
2.2 FORMAZIONE TRIAGE.....	18
3. RACCOMANDAZIONE N.15 FEBBRAIO DEL 2013.....	19
OBIETTIVI.....	25
MATERIALI E METODI.....	25

RISULTATI.....	26
DISCUSSIONE.....	27
CONCLUSIONE.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	30
RINGRAZIAMENTI.....	31

INDRODUZIONE

L'elaborato di questa tesi si sviluppa partendo da un panoramica generale sul significato, la storia e le caratteristiche del Triage, in particolare di quello applicato all'interno del Pronto Soccorso; grazie a questo excursus temporale potremo maggiormente apprezzare, nella sua completezza, tale attività, come è voluta negli anni e con quanta fatica, ma soprattutto, delle persone che ne fanno parte: gli infermieri. Vedremo come a livello internazionale vengono adottati diverse tipologie di triage, mentre, per quanto riguarda i modelli di riferimento italiani, la ricerca si fa più ristretta.

Il triage in Pronto Soccorso è il primo momento di accoglienza e valutazione della persona, che necessita di assistenza immediata, ed è nelle mani dell'infermiere, che ha come obiettivo cardine assicurare un intervento nel più breve tempo possibile, identificando le priorità di trattamento e di codifica di ogni acceso attraverso assegnazione di un codice numerico/colore. Quindi, i successivi interventi gireranno tutti attorno al codice assegnato dal triagista, rappresenta un grande incarico con grandi responsabilità, basta niente per incorrere ad un errore, soprattutto perché il rischio non è mai nullo. È importante adottare appropriate misure organizzative, formative e assistenziali per prevenire insorgenza di eventi avversi o minimizzare gli effetti conseguenti, nasce proprio da questo bisogno la raccomandazione ministeriale n. 15 nel Febbraio del 2013.

1. IL TRIAGE

Il triage si afferma in Francia nel XIX secolo durante le guerre, dalla necessità di salvare un numero più elevato possibile di soldati feriti nei campi di battaglia attraverso due concetti fondamentali: priorità di cura e intervento tempestivo. La parola stessa, infatti, deriva dal francese “trier” che significa “smistare”. La sua prima applicazione in ambito sanitario risale alla Prima Guerra Mondiale ad opera del capo chirurgo dell’ospedale da campo francese, Jean Dominique Larrey, il quale decise di trattare per primi tutti quei soldati con lesioni meno gravi e maggior probabilità di sopravvivenza quindi più velocemente recuperabili nei campi di battaglia.

Da qui, il concetto di triage, iniziò ad evolversi sempre di più e ad acquisire norme e caratteristiche ben precise e perfezionate. Successivamente, infatti, ritroviamo la sua applicazione in Medicina delle catastrofi e maxiemergenze, in cui è necessaria una rapida valutazione e selezione sul campo per ottimizzare le risorse e salvare il più elevato numero di utenti possibile.

Di triage Intraospedaliero, ovvero quello praticato all’interno degli ospedali, se ne inizia a parlare negli Stati Uniti alla fine degli anni ’50 inizio anni ’60, per due motivi ben precisi:

- Aumento del numero degli utenti in Pronto Soccorso (PS)
- Incidenza sempre più elevata dei casi non urgenti.

Differisce dal triage sul territorio (da campo e maxiemergenze) poiché l’obiettivo finale è quello di trattare i pazienti per livello di criticità e non per probabilità di sopravvivenza. Quello che si cerca di fare attraverso il triage è di razionalizzare il più possibile i tempi di attesa in funzione però alle condizioni cliniche dell’utente e non all’ordine di arrivo, come si faceva fino a quel momento.

Le cause di sovraffollamento dei Pronto Soccorso sono diverse. Negli anni 2000 lo statunitense Darlet cercò di trovare una risposta a questo importante quesito analizzando la realtà americana. Ne ricavò diverse cause¹:

- Aumento numero ingressi
- Aumento complessità e gravità delle patologie dovute all'invecchiamento
- Carenza posti letto
- Difficoltà a predisporre un percorso di cura successivo
- Carenza degli spazi fisici e personale
- Complessità del carico amministrativo
- Barriere linguistiche e culturali

Ma non si limitò solo a questo, dallo stesso studio ricavò poi le conseguenze del sovraffollamento:

- Aumento attese, situazioni di disagio e dolore
- Insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari
- Calo della qualità delle prestazioni erogate
- Aumento episodi di violenza e problemi medico-legali
- Chiusura temporanea e reindirizzamento delle ambulanze ad altri Pronto Soccorso

Queste problematiche sono ancora in parte presenti tutt'oggi, ciò che si cerca di fare è di perfezionare e di far evolvere sempre in meglio il sistema di triage intra ed extra-ospedaliero, per poter dare la giusta qualità di assistenza ad ogni soggetto che ne ha bisogno.

¹ I risultati dello studio sono stati tratti da "Progetto Mattoni SSN, Mattone 11: Pronto Soccorso e sistema 118 Regione Lazio" pg. 6, Ministero della Salute, approvato in Conferenza Stato Regioni nel 2003

1.1 REALTÀ STATUNITENSE

In America l'intero settore sanitario è privatizzato, non esistono cure mediche gratuite; quindi, non esiste un Sistema Sanitario Nazionale come il nostro. Ogni Stato degli USA è libero di gestire gli ospedali come ritiene meglio dando la possibilità ad ogni cittadino di avere l'assicurazione privata, in base a ciò che si possono permettere. Nella maggior parte dei casi questa viene garantita dal datore di lavoro che in relazione alle possibilità viene assicurata in toto o in parte dal momento dell'assunzione in poi. Il primo intervento territoriale è garantito mentre l'assistenza di emergenza richiesta al Pronto Soccorso è comunque legata alle assicurazioni. Ci sono comunque dei programmi di assistenza pubblica finalizzati dallo Stato, i più importanti sono MEDICARE (per >65 anni e disabili) e MEDICAID (per persone a basso reddito), ma questi sono solo alcuni.

Per quel che riguarda il settore dell'emergenza, l'attività di soccorso territoriale è affidata ad ambulanze di paramedici, ovvero di persone che dispongono una certificazione per il primo intervento (BLS/BLSD), o a infermiere e paramedico, o infermiere e medico a seconda del codice di chiamata. I codici utilizzati prima non erano uniformi bensì cambiavano da Contea a Contea, ma a causa della confusione interpretativa che si creava si è deciso di standardizzare la codifica. Oggi quindi si parla di:

- Priority 1: dead or CPR
- Priority 2: emergency
- Priority 3: no emergency
- Priority 4: under control
- Priority 5: disaster, attack, big crash ecc

Poi all'interno di ogni ospedale ci sono altri codici che non sono legati alla gravità degli utenti ma ad altri eventi di diversa natura, come ad esempio:

- Red code: incendio
- Blue code: arresto cardiaco
- Grey code: per persone aggressive o che hanno abusato di qualcuno
- Orange: pericolo fuoriuscita liquidi/gas pericolosi
- Amber alert: rapimento bambini

1.2 REALTÀ INGLESE

In Inghilterra inizialmente il Triage non aveva criteri e regole ben precise bensì variava: da un infermiere all'altro e da un'unità operativa all'altra. Nel 1992, per rispettare ciò che affermava la "Carta dei diritti del paziente", si ridusse il Triage a una valutazione veloce a "prima vista". Questo metodo però non era sufficiente, tanto meno di alta qualità, quindi con il tempo, aumentando anche il carico di lavoro dovuto all'incremento delle richieste da parte dell'utenza, venne abbandonato e sostituito con il Manchester Triage System (MTS). Questo nacque ad opera di un gruppo di medici e infermieri provenienti da Manchester City, da qui il nome, esperti in area critica, che pubblicarono questo nuovo modello nel 1997, il quale da lì a poco divenne il sistema di triage ufficiale in tutta l'Inghilterra.

Il Manchester Triage System si basa sull'utilizzo di codici numerici e codici colore associati a dei precisi tempi di attesa. L'infermiere che eseguirà il triage, dopo una registrazione anagrafica da parte di personale amministrativo, ha a disposizione l'algoritmo del MST in cui vi sono presenti 50 differenti problematiche di presentazione dell'utente che servono per capire la gravità della condizione clinica di chi è davanti. Ad ognuna di queste "presentations" è associato un flow chart ben preciso con cui l'infermiere arriva ad assegnare il giusto codice colore. Il loro scopo è diminuire il più possibile la soglia di errore che può essere commesso durante il processo decisionale.

Questo modello di triage globale offre criteri di valutazione ben precisi quali: gravità di segni e sintomi e di conseguenza priorità di valutazione. Ha come obiettivo il riconoscimento del giusto codice per poter diminuire i tempi di attesa e dare possibilità agli utenti di essere valutati in base alla loro criticità. Ogni minuto può essere oro!

Number	Name	Colour	Max time
1	Immediate resuscitation	Red	0 minutes
2	Very urgent	Orange	10 minutes
3	Urgent	Yellow	60 minutes
4	Standard	Green	120 minutes
5	Non-urgent	Blue	240 minutes

Figura 1 rappresenta organizzazione del Manchester Triage System, modificata da <https://juliannezv-images.blogspot.com/2021/04/manchester-triage-system-manchester.html>

1.3 REALTÀ TEDESCA: GERMANIA, AUSTRIA, SVIZZERA

Il sistema sanitario presente nei Paesi tedeschi è di tipo misto, cioè in parte è pubblico e in parte coperto dalle assicurazioni private, al contrario del nostro che ancora oggi rimane totalmente pubblico. Questo da sì che i medici del Sistema Sanitario a livello ambulatoriale forniscano molte prestazioni per gli utenti che di conseguenza non si rivolgono ai Pronto Soccorso. Quindi il problema di sovraffollamento è poco sentito, poiché le richieste sono minori, e maggiormente controllato in quanto le persone si rivolgono alle strutture di emergenza solo per casi veramente urgenti. Per tale motivo non vi è un preciso modello di triage da seguire e applicare, anche se negli ultimi tempi le cose sembrano si stiano modificando a causa dell'insorgenza di problemi di tipo organizzativo e gestionale che rendono gli operatori sanitari e gli utenti meno soddisfatti.

1.4 RELTÀ ITALIANA

Si inizia a parlare per la prima volta di triage in Italia verso la fine degli anni '80 prendendo come punto di riferimento l'esperienza degli USA e del Regno Unito. I motivi che spinsero il nostro Paese a sentire la necessità di un modello di riferimento per il trattamento delle urgenze erano più o meno gli stessi dei due Paesi cardine, ovvero, l'aumento delle richieste di assistenza sanitaria da parte della popolazione e il conseguente sovraffollamento dei PS. Fino al 1992 il settore d'emergenza era molto eterogeneo, ogni regione aveva il suo sistema e non esisteva neanche la rete territoriale uniforme del 118. Le cose iniziarono a cambiare con il decreto legislativo del 27 Marzo del 1992 che comprendeva "l'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"².

1.4.1 DPR 27 MARZO 1992

Questa legge, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale il 17/05/1996 regola il Dipartimento di emergenza (DEA) dando delle nuove e precise regole uguali per tutto il territorio italiano. È proprio l'*articolo 1* che assicura l'uniformità del livello di assistenza di emergenza sanitaria in tutta la nazione.

L'*articolo 2* invece ordina il sistema di allarme sanitario a capo del quale vi pone la centrale operativa, cui fa riferimento il numero unico telefonico nazionale "118". Ad essa devono confluire tutte le richieste telefoniche di aiuto e la centrale deve fare da coordinatrice per tutti gli interventi in ambito territoriale di riferimento.

Di conseguenza si eliminano tutti i numeri di emergenza precedentemente in vigore di qualsiasi ente, associazione e servizi sanitari delle varie province e regioni italiane. Il

²Gazzetta Ufficiale italiana, DPR del 27 Marzo del 1992, pubblicato il 17/05/1996

coordinamento di ogni centrale operativa viene fatto su base provinciale tenendo però conto delle aree metropolitane in cui possono coesistere più centrali operative.

L'*articolo 4*, invece, regola quelle che sono le “competenze e responsabilità nelle centrali operative” ponendo a capo di esse un medico ospedaliero come direttore responsabile, possibilmente anestesista, in possesso di documentata esperienza ed operante nella medesima area dell'emergenza.

Si afferma l'attività lavorativa della centrale h 24 che si “avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio” che devono essere sempre disponibili e consultabili. La responsabilità operativa, inoltre, viene affidata completamente agli infermieri di centrale che operano nell'ambito di protocolli decisi dal medico responsabile. Non vi è ancora nessuna normativa riguardante la formazione specifica dell'infermiere di triage.

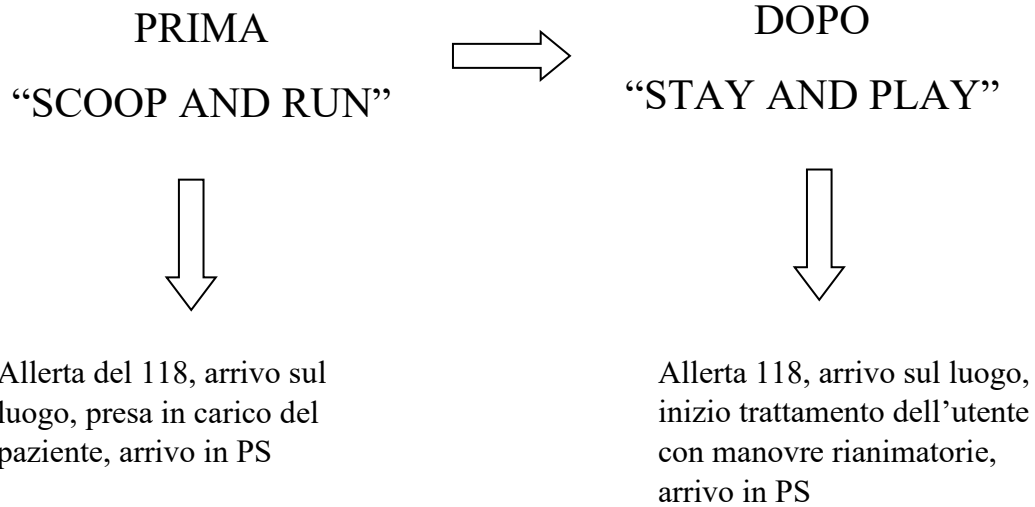
L'*articolo 5* “disciplina delle attività” classifica tutti gli interventi di emergenza tramite codici colore e determina tutti i mezzi di soccorso e i requisiti richiesti del personale di bordo.

L'*articolo 8* è quello che determina le “funzioni di dipartimento di emergenza” il quale deve assicurare nell'arco delle 24 ore, oltre al servizio PS, anche:

- Interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici, pediatrici;
- Osservazione breve, assistenza cardiologica e rianimatoria;

L'*articolo 10*, invece, regola le “prestazioni del personale infermieristico” affermando che “il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzata a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio”.

Quindi:



Fu una legge, perciò oltre a rivoluzionare il sistema dell'emergenza territoriale affidò un ruolo decisionale e cruciale all'infermiere, con diretta responsabilità sia sul percorso ospedaliero che sul paziente stesso.

1.4.2 NORMATIVA N.285 DEL 7 DICEMBRE 2001

Sulla base di nuove linee guida sul "triage intraospedaliero" viene siglato l'accordo tra Ministero della salute, regioni e province autonome (Trento e Bolzano), pubblicato successivamente nella Gazzetta Ufficiale il 7/12/2001- il triage viene definito come "lo strumento organizzativo in grado di selezionare e classificare gli utenti che si rivolgono al PS in base al grado di urgenza ed alle loro condizioni".

Esse apportarono sostanzialmente due novità, di cui una molto importante per quanto riguarda la figura dell'infermiere triagista e la sua formazione:

- Attivazione obbligatoria del triage con un numero di accessi maggiore di 25.000/anno;

- Definizione dettagliata delle competenze del personale, dell'organizzazione del lavoro, delle strutture e dell'informativa all'utenza.

Mentre con la normativa attuata nel 1996 si richiedeva un infermiere adeguatamente formato che operava secondo protocolli ben precisi emanati dal medico responsabile, con la normativa del 2001 vengono richiesti dei requisiti base all'infermiere di triage, quali:

- Diploma di laurea in infermieristica o titoli equipollenti;
- Esperienza lavorativa di almeno 6 mesi in PS;
- Formazione clinica, relazionale e sulla metodologia di triage.

Ad ogni azienda sanitaria poi viene lasciata la libertà dell'utilizzo delle risorse necessarie per l'applicazione della metodica, e la scelta di criteri aggiuntivi di formazione dei propri infermieri di triage, l'importante è che venga esplicitato il metodo di lavoro adottato e rispettati i requisiti base della normativa ufficiale.

1.4.3 CONFERENZA STATO-REGIONI 1° AGOSTO 2019

Grazie all'accordo tra Sistema Sanitario Nazionale, Regioni e province autonome di Trento e Bolzano, è stato redatto il documento, il qual ribadisce che il Triage in Pronto Soccorso è una funzione infermieristica effettuata da personale con appropriate competenze e attuata sulla base di linee guida e protocolli in continuo aggiornamento. Lo scopo delle nuove linee guida è quello di sviluppare le possibilità organizzative del Triage, in linea con i recenti dati di letteratura internazionale e con l'attuale fase di ridisegno del nostro sistema sanitario³, allo scopo di migliorare la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento urgente. Infatti gli obiettivi fondamentali sono:

- evitare i ricoveri inappropriati
- ridurre i tempi di attesa
- aumentare la sicurezza delle dimissioni

³ come ha già fatto la regione Toscana che dal 1° Gennaio 2018 ha introdotto il sistema a codici numerici, per classificare la gravità dei pazienti afferenti al PS

Nel triage, vengono introdotti:

- codici numerici da 1 (il più grave) a 5, a cui le Regioni potranno associare un codice colore, per la definizione delle priorità, con tempi che vanno dall'accesso immediato per le emergenze a un tempo massimo di 240 min per le non urgenze;
- tempo massimo di 8 ore dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso;
- nuovi standard strutturali e tempi massimi per l'osservazione breve intensiva (OBI);
- azioni per ridurre il sovraffollamento in PS, tra cui il blocco dei ricoveri programmati;
- implementazione del "bed management", ossia l'utilizzo della risorsa "posto letto" mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e di dimissione.

Sono queste le novità principali introdotte dalle linee di indirizzo elaborate dal Tavolo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute e approvate il 1° agosto dalla Conferenza Stato-Regioni.

1.4.4 TRIAGE INTRAOSPEDALIERO: MODELLI

Se a livello internazionale possiamo ritrovare diversi tipo di sistemi di triage adottati, per quanto riguarda i modelli di riferimento la ricerca si fa più ristretta. Difatti in letteratura ne compaiono alcuni ben precisi, legati soprattutto alle dimensioni dei vari ospedali e PS in cui possono essere applicati. Questi sono:

- **SPOT-CHECK**

È un triage a “controllo a chiamata”, una “rapida occhiata”. Attuato da un infermiere che si dedica all'attività di triage, solo su richiesta, per poi tornare ad operare nelle altre sale del PS. Quindi non si dedica solo ed esclusivamente all'assegnazione del codice gravità. Per questo motivo viene ritenuto adatto a strutture di piccole dimensioni con pochi

ingressi annui e limitati tempi di attesa. Questo modello di assistenza però comporta una scarsa rivalutazione dell'utente che viene effettuata solo su richiesta dello stesso, e il rischio, da parte dell'infermiere, di perdere di vista l'assistito in quanto impegnato in altre attività all'interno del PS, è notevolmente elevato.

- **TRIAGE GLOBALE**

È il modello più avanzato ed usato in Italia. Consiste in una valutazione completa dell'utente ad opera di un infermiere adeguatamente preparato, competente ed esperto, che si basa su step ben precisi:

- Valutazione sulla porta: sguardo veloce alle condizioni generali dell'utente per riconoscere eventuali soggetti con problematiche richiedenti intervento tempestivo;
- Valutazione soggettiva: anamnesi, sintomi, presenza di dolore;
- Valutazione oggettiva: parametri vitali, esame fisico;

Tutto questo viene poi associato all'utilizzo di protocolli ben precisi per poter arrivare alla giusta assegnazione del codice di priorità. Anche questo modello comprende poi la rivalutazione dell'utente a intervalli ben precisi, o su richiesta dell'assistito o su volere dell'infermiere stesso. Inoltre sono presenti protocolli specifici sia per test diagnostici che per trattamenti terapeutici immediati (es protocolli per trattamento del dolore⁴). L'infermiere che effettua questo tipo di triage si dedica esclusivamente a questa attività ed è perciò costantemente presente in sala per controllare l'andamento degli utenti.

- **TRIAGE BIFASICO O A DOPPIO STRATO**

È il modello che solitamente viene usato in strutture ospedaliere di grandi dimensioni, con un elevato numero di accessi. Prevede l'attività di triage effettuata da due infermieri che ricoprono due ruoli differenti: il primo infermiere viene definito l'infermiere

⁴Join Commision on Accreditation of Healthcare organizations (JAHO): è un organizzazione no profit che si occupa della qualità dell'assistenza. Fu la prima a riconoscere il dolore come quinto parametro vitale. In Italia sulla GU il 29/6/2001 viene pubblicato l'accordo preso tra Ministero della Salute e le regioni riguardante "Ospedale senza dolore".

esaminatore, la sua funzione è quella di accogliere entro 2-3 minuti il soggetto che arriva in PS e di valutarlo velocemente tramite l'ABCD (airway, breathing, circulation, disability) per capire se le sue condizioni sono così critiche da richiedere un intervento immediato o se può essere benissimo sottoposto alla seconda valutazione fatta dall'altro infermiere. Quest'ultimo viene definito, invece, infermiere valutatore, il quale indaga in modo più approfondito i sintomi dell'utente e se necessario esegue l'esame obiettivo. Dopo di che assegna il giusto codice di priorità e inizia il trattamento. A lui spetta la responsabilità di rivalutazione degli assistiti a intervalli regolari a cui può seguire un cambiamento del codice precedentemente assegnato, qualora le condizioni dell'assistito si aggravino.

2. TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO

Il triage in PS è una mansione svolta dall'infermiere verso una corretta gestione sanitaria degli utenti che necessitano di soccorso immediato. Si parla di un'assistenza globale, sottoposta al cosiddetto "Medical Control (controllo medico)" che può essere:

- Indiretto
 - Prospettivo: mediante protocolli precedentemente elaborati, con operatori adeguatamente addestrati e in possesso di tutte le certificazioni;
 - Retrospectivo: tramite un controllo della qualità del processo.
- Diretto: consulenza medica con disponibilità costante

Gli obiettivi del triage sono vari, tra i principali troviamo:

- Assicurare assistenza immediata all'utente, nel più breve tempo possibile;
- Identificare le priorità di trattamento;
- Giusta codifica degli accessi attraverso assegnazione di un codice colore;
- Distribuzione degli assistiti nelle varie aree a disposizione del PS, in base alla priorità di assistenza;
- Rivalutare a intervalli ben definiti le condizioni degli utenti;
- Controllare nel miglior modo i tempi di attesa;
- Comunicare in maniera chiara le giuste informazioni agli assistiti e ai loro familiari.

2.1 FASI DEL PROCESSO DI TRIAGE

Per avere un buon risultato del processo di codifica è necessario avere alla base di ogni ragionamento un metodo di lavoro che permetta all'operatore di abbassare il rischio di errore dovuto alla disattenzione; in questo modo si avrà una maggiore sicurezza, soprattutto per chi dovrà prendere decisioni riguardo lo stato di salute delle persone, che in quel momento si affidano completamente ad operatori esperti e professionali.

Anche il triage è costituito da fasi precise, che si susseguono in ordine cronologico, che permettono agli infermieri di sfruttare, in modo corretto, le proprie conoscenze ed abilità per arrivare al risultato finale. Queste sono:

- 1- Valutazione “sulla porta”;
- 2- Raccolta dati;
- 3- Decisione di triage;
- 4- Rivalutazione.

2.1.1 VALUTAZIONE SULLA PORTA

Questa prima valutazione da parte dell'infermiere viene definita a “colpo d'occhio”: consiste in una rapida osservazione generale dell'utente che arriva in PS, per capire se richiede o meno di un intervento tempestivo. Si basa sulla capacità propria del triagista, quindi sulle sue conoscenze, capacità ed esperienze; tutto ciò lo rende un vero professionista e non una semplice figura che opera per protocolli e mansioni. Si inizia a osservare in questa fase: l'aspetto generale, il colorito, la deambulazione; dati che possono già dirci molto sulla gravità di una persona. Si fa una valutazione rapida (come quella territoriale) tramite l'ABCD:

- A (airway): pervietà delle vie aeree
- B (breathing): respiro
- C (circulation): circolo
- D (disability): deficit neurologici/ livello di coscienza

2.1.2 RACCOLTA DATI

È la fase in cui ci si concentra sul raccogliere più informazioni possibili sull'utente stesso, sulla sua storia, sull'accaduto, sui soccorsi; più dati l'infermiere riesce ad acquisire più sarà facile capire ciò che verosimilmente può essere la realtà.

È divisa, quindi, in:

- Valutazione soggettiva: anamnesi patologica del soggetto, sintomi principali ed evento scatenante, descrizione dell'accaduto, dolore (inizio, durata, tipo, sede, intensità), sintomi associati;
- Valutazione oggettiva: rilevazione di tutti i segni oggettivi per capire se il sintomo principale riferito dal soggetto è veritiero o meno, fatta tramite la rilevazione di tutti i parametri vitali (PA, FC, TC, SatO₂, FR, GCS, ECG), l'esame fisico (ispezione, auscultazione, palpazione), e l'ispezione della documentazione personale ove è presente.

2.1.3 DECISIONE DI TRIAGE

A questo punto l'infermiere di triage con tutte le informazioni raccolte nelle fasi precedenti è pronto ad assegnare un codice di priorità all'utente, che definisce i tempi di attesa relativi allo stato di salute di un preciso paziente, prima che un medico di PS possa visitarlo in modo più approfondito. Non deve assolutamente fare diagnosi clinica, poiché non è un'attività che spetta agli infermieri, deve "solo" capire la gravità del soggetto e i tempi di attesa. È il momento più importante e critico di tutto il percorso. Vediamo meglio quali sono questi codici numerici e qual è il loro significato:

- **1= EMERGENZA**

L'assistito è in pericolo di vita a causa di un alterazione acuta di una o più funzioni vitali, accesso immediato alle cure; tutti gli operatori devono collaborare nell'assistenza con tutte le risorse e tecnologie a disposizione per preservare la vita e ridurre il più possibile la disabilità. Non esistono tempi di attesa!

- **2= URGENZA INDIFFERIBILE**

L'assistito necessita di essere trattato rapidamente, perché in potenziale pericolo di vita a causa di una minaccia imminente di cedimento delle funzioni vitali (coscienza, respiro, circolo). Lo stato di sofferenza è importante; le prestazioni nei confronti di tali soggetti devono essere erogate entro i 20 min, poiché vi è un rischio evolutivo, rivalutare l'utente dopo 5-15 min dalla prima e in relazione allo stato clinico dello stesso, potrebbero insorgere condizioni sufficienti a fare diventare il codice rosso.

- **3=URGENZA DIFFERIBILE**

Racchiude gli utenti che hanno necessità di essere trattati in ospedale, e non in regime ambulatoriale; non vi è rischio evolutivo per questo la rivalutazione può essere effettuata dopo 20 minuti dalla prima.

- **4= URGENZA MINORE**

Comprende tutte le situazioni non critiche, in cui gli assistiti non necessitano di una valutazione medica immediata, le loro funzioni vitali sono integre e i PV quasi nella norma; necessitano anche loro di rivalutazione ma con intervalli di circa 1h.

- **5= NON URGENZA**

Rivolto a quei pazienti che non hanno alcuna problematica, o meglio, potrebbero essere trattati dal medico curante o per via ambulatoriale, presentano una sintomatologia quasi nulla oppure cronica, non vi è rischio critico o di aggravamento. Hanno tempi di attesa molto lunghi, inoltre creano enormi disagi organizzativi e funzionali a tutto il sistema.

2.1.4 RIVALUTAZIONE

In questa ultima fase, l'infermiere rivaluta le condizioni cliniche dell'utente che possono essere cambiate dal momento dell'assegnazione del codice: un soggetto può rimanere costante, peggiorare o anche migliorare le sue condizioni, proprio per questo l'infermiere di triage è libero di poter cambiare il codice assegnatogli precedentemente. La decisione di triage può essere, dunque, modificata in ogni momento. I tempi di rivalutazione vanno

in base ai codici, su richiesta del paziente, su volontà dell'infermiere stesso, ad ogni cambio turno. È un'attività molto importante ed ogni volta che viene effettuata va sempre registrata la presenza o meno di un cambiamento delle condizioni della persona.

2.2 FORMAZIONE TRIAGE

La funzione di Triage necessita di operatori altamente qualificati che per svolgere il proprio operato devono acquisire competenze cliniche, organizzative, gestionali e relazionali specifiche; proprio per questo è svolta solo da infermieri del Servizio di Pronto Soccorso. Si può espletare la funzione di triage solo dopo aver acquisito i seguenti requisiti:

- Corso specifico di formazione e addestramento della durata minima di 12h;
- Inserimento e addestramento operativo affiancati a un infermiere esperto del servizio di triage per una durata non inferiore ai 6mesi.

Nasce per questo fine, il “GFT” (gruppo formazione triage), che organizza corsi base di formazione, specializzazione, aggiornamento. Si possono trovare percorsi inerenti a tante sfere diverse come il triage pediatrico, del politrauma, aspetti legali e di giurisprudenza e anche all'ambito emotivo e relazionale in cui, appunto si tratta la tematica dello stress, condizione che mette a rischio l'equilibrio mentale ed emotivo della persona e l'immagine dell'azienda. Lo scopo è quello di dare più informazioni utili agli infermieri di PS per ampliare sempre di più le loro conoscenze e mantenerli costantemente aggiornati tramite le Linee guida internazionali. I corsi possono essere di tipo residenziale oppure itineranti presso le Aziende ospedaliere. I docenti che li sostengono sono o medici o infermieri di PS all'avanguardia in cui l'attività di triage è attiva da anni e gli aggiornamenti con gli altri Paesi del mondo sono costanti.

3. RACCOMANDAZIONE N.15 FEBBRAIO 2013

Se la pianificazione fatta dall'infermiere e l'attuazione degli interventi sono basati su dati non accurati, sicuri, incompleti possono causare grave rischio per gli utenti; bisogna sempre tenere conto che nella realtà sono presenti delle variabili che interferiscono con la giusta codifica e che il dover espletare, molto spesso, azioni improprie alla sua mansione (pubblica sicurezza, centralinista), può influire negativamente sul processo di triage stesso, innalzando così il rischio di errore. Per questo motivo il Ministero della Salute, nel Febbraio del 2013, ha emanato la Raccomandazione n.15, per prevenire la morte o grave danno conseguente alla non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso. Sostenendo anche, che l'errata attribuzione del codice triage può determinare evento sentinella che richieda la messa in atto di misure di prevenzione e protezione.

Inoltre nella Raccomandazione vengono individuati tre ambiti di criticità del processo che possono condurre ad una non corretta attribuzione del codice di priorità e, quindi, al rischio che si verifichi un evento avverso: l'ambito strutturale/organizzativo, assistenziale e relazionale.

CRITICITÀ DI TIPO ORGANIZZATIVO/STRUTTURALE

Sono quelle che possono verificarsi sia in ambito extraospedaliero che ospedaliero e sono:

- 1- Insufficiente modalità di interazione tra sistemi extra e intraospedalieri;
- 2- Insufficiente dotazione di personale infermieristico assegnato alla ricezione delle chiamate in Centrale Operativa 118, al triage sul posto e al triage in PS;
- 3- Collocazione logistica delle sale d'attesa, rispetto all'area di triage, tale da non consentire la rilevazione immediata di inaspettati ed imprevedibili aggravamenti della sintomatologia degli utenti in attesa o da permettere l'allontanamento dell'utente dal PS senza aver informato gli operatori o all'insaputa degli stessi.

CRITICITÀ DI TIPO ASSISTENZIALE

Più tipiche del processo di triage intraospedaliero ma per alcuni aspetti anche per quello extraospedaliero:

- 1- Raccolta, da parte del personale della Centrale Operativa 118, durante l'intervista telefonica all'utente che richiede soccorso, di informazioni incomplete e/o inadeguate, comunque non sufficienti all'inquadramento, alla localizzazione e alla valutazione della gravità dell'evento;
- 2- Non corretto utilizzo delle risorse tecnologiche disponibili, da parte del personale della Centrale Operativa 118;
- 3- Raccolta dei dati dell'utente incompleta e/o inadeguata, sia nella componente soggettiva, cioè la raccolta delle informazioni necessarie all'anamnesi mirata e alla valutazione dei sintomi, che nella valutazione oggettiva;
- 4- Inadeguata valutazione dell'utente sia all'arrivo del 118 sia all'ingresso in PS;
- 5- Mancata osservazione e rivalutazione dell'utente sia durante il trasporto sul mezzo di soccorso sia in attesa al PS;
- 6- Mancato rispetto dei protocolli e procedure.

CRITICITÀ DI TIPO RELAZIONALE

Rilevabili sia a livello ospedaliero che extraospedaliero:

- 1- Situazione squilibrata, relativamente a competenze e ruoli (over-rule), tra gli operatori di PS;
- 2- Limiti di comunicazione, dovuti sia a problemi linguistici, culturali e anagrafici, che all'inadeguata e incompleta comunicazione fra utente (e/o eventuali familiari, accompagnatori) e operatore sanitario e tra i vari operatori stessi.

Questa raccomandazione, quindi, nasce nei confronti di tutti i cittadini che si rivolgono al sistema sanitario di emergenza quali Centrale Operativa 118 e PS, con l'obiettivo di ridurre i rischi di grave danno o morte legata a una non corretta codifica. A questo proposito, elenchiamo brevemente anche le azioni da attuare per prevenire o mitigare i danni dovuti ad un errore di assegnazione di codice di priorità. Si consiglia:

- 1- La predisposizione di protocolli e/o procedure per la corretta attività di triage;
- 2- Formazione specifica e addestramento del personale infermieristico addetto all'attività di triage;
- 3- L'adozione, per quel che riguarda il triage ospedaliero, di adeguate soluzioni organizzative, strutturali, logistiche dell'area di triage e delle sale d'attesa, diversificate tra adulto e bambino, se la numerosità degli accessi lo giustificano.

Si presta particolare attenzione sulla predisposizione dei protocolli e/o procedure che riguardano specialmente il momento di identificazione e rivalutazione dell'utente e la formazione e addestramento del personale. Nella Raccomandazione si afferma che per poter rendere il più possibile uniforme il metodo di valutazione degli utenti che accedono al PS è necessario da parte di tutte le Aziende sanitarie la predisposizione di questi protocolli basati su Evidence Base Medicine (EBM) ed Evidenze Based Nursing (EBN), condivisi e attuati da tutti gli operatori affinché questo consenta a tutta l'organizzazione sanitaria di assicurare al triage un elevato livello di efficacia, efficienza e appropriatezza, contribuendo a ridurre la componente di variabilità decisionale degli infermieri legata alla soggettività interpretativa sullo stato dell'utente. Per questo motivo è stata evidenziata la necessità di avere gli stessi criteri di attribuzione del codice sia a livello ospedaliero che extraospedaliero, per avere una maggiore integrazione tra 118 e PS.

Elemento fondamentale per la sicurezza delle cure e la garanzia di livelli di assistenza appropriati consiste nella corretta identificazione e rivalutazione dell'utente. È necessario riconoscere il soggetto che si reca al PS ogni volta in modo attendibile attraverso i dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita)

sempre richiesti in modo esplicito e con domanda aperta ("qual è il suo nome?" e mai con "Lei è il signor Rossi?"); in questa fase, molto importante è il braccialetto identificativo dotato anche di un codice a barre, posto al momento della registrazione al triage, soprattutto nei confronti degli utenti non collaboranti e/o incoscienti, il quale non dovrà essere rimosso se non nel momento della dimissione. Altrettanto importante poi, è la rivalutazione periodica degli assistiti in attesa, in particolare delle persone in condizione di fragilità e/o disabilità, soprattutto se non accompagnati. Questa attività permette all'infermiere di avere sotto controllo l'evoluzione della condizione degli utenti e riconoscere tempestivamente un probabile peggioramento delle condizioni cliniche degli stessi. Consente poi, di rassicurare i soggetti e le loro famiglie/accompagnatori, sulle proprie condizioni cliniche, in modo che abbiano la percezione della presa in carico continua e di non essere abbandonati.

Inoltre, è opportuno, che nei vari protocolli/procedure, si faccia riferimento all'approccio multiculturale a cui devono andare incontro gli infermieri, le cosiddette "barriere culturali" che rendono difficile la comunicazione e di conseguenza la corretta comprensione della problematica. Come soluzione in questo caso sarebbe quella di avere a disposizione in tutto il DEA dei mediatori linguistici o supporti tecnologici di traduzione a distanza.

A questo punto nella Raccomandazione vengono delineati degli aspetti specifici da tenere in considerazione durante l'elaborazione dei protocolli e/o procedure relative al triage:

- Mantenimento degli standard delle presenze del personale di triage per turno;
- Fase del passaggio delle informazioni durante il cambio del turno;
- La valutazione dell'utente nella fase di attribuzione del codice priorità;
- Valutazione del nuovo accesso al PS di utenti a distanza di 48 ore dal primo accesso;

- L'allontanamento volontario di un utente dal PS senza essere stato prima valutato dal medico (responsabilità dell'infermiere se succede qualcosa);
- Rivalutazione periodica per la conferma o modifica del codice priorità;
- Compilazione della scheda di triage e/o scheda clinica per registrare tutto ciò che viene fatto;
- Informazioni e istruzioni fornite all'utente e/o famigliari/accompagnatori in attesa;
- L'osservazione e l'ascolto attento dell'utente e di quanto lui riferisce anche se sembra "non coerente" a ciò che appare;
- La comunicazione/informazione sull'utente tra il personale 118 e quello del PS, e nel passaggio dall'area di triage all'area di triage all'area visita.

Viene inoltre consigliato a tutte le Aziende sanitarie di grandi dimensioni ed elevato numero di accessi, in cui il triagista è sottoposto a ritmi di lavoro intensi e pressanti, di valutare, dove è possibile, una rotazione degli infermieri durante il turno di lavoro o in alternativa di aumentare le pause, per ridurre notevolmente lo stress emotivo dell'operatore il quale rappresenta uno dei fattori di rischio maggiori di una errata attribuzione del codice priorità.

Si arriva poi al punto in cui il Ministero della Salute volge una particolare attenzione sulla formazione specifica degli infermieri dedicati al triage affermando che una formazione adeguata e continua riduce sensibilmente rischi di una errata attribuzione di codice di priorità, aumenta i livelli di appropriatezza dell'intervento, nonché la qualità e la sicurezza della prestazione erogata. È per questo che deve essere impegno primario delle Aziende sanitarie far in modo che i propri operatori prendano parte a corsi di formazione di tipo clinico, relazionale e sulla metodologia di triage e anche a corsi di addestramento. È quindi compito delle Organizzazioni progettare, programmare e realizzare questi corsi che vadano a curare non solo la parte teorico/pratica della professione dell'infermiere di triage ma anche la sfera psico-emozionale degli stessi al fine di preparare gli operatori alle gestione dello stress lavorativo e relazionale, con l'obiettivo di garantire un'adeguata comunicazione con le persone soprattutto rispetto alle situazioni di conflittualità/aggressività, alla

multiculturalità ed alla fragilità specifica di alcune categorie di utenti (es. bambini, pazienti psichiatrici, anziani ecc.).

Per quel che riguarda invece tutti i neo assunti o gli infermieri collocati ex novo in PS o Centrale Operativa è necessario che vengano sottoposti ad un periodo di affiancamento da parte di personale esperto o di un formatore aziendale, in aggiunta al normale percorso formativo richiesto dall'Azienda stessa. Diventa così altrettanto importante la pianificazione di verifiche periodiche relative alla formazione al fine di controllare le abilità acquisite degli operatori e il loro costante aggiornamento.

OBIETTIVI

L'intento dell'elaborato di tesi è quello di porre particolare attenzione sulla figura dell'infermiere di triage mettendo in risalto i compiti, le qualità, l'impegno, ma anche le enormi difficoltà e responsabilità a cui va incontro. Proprio per questo ho voluto parlare della Raccomandazione Ministeriale n.15 pubblicata nel febbraio del 2013 dal Ministero della Salute, la quale esponendo i rischi pone l'attenzione anche su chi ricadano. Per sostenere la mia tesi, l'ho rapportata a un recente studio, che determina la frequenza degli errori di triage in un ospedale del nord Italia, al fine di puntualizzare il fatto di come una figura professionale preparata e formata, ma non mai abbastanza, va incontro a una moltitudine di rischi e responsabilità.

MATERIALI E METODI

Nell'introduzione è stata effettuata una revisione narrativa della letteratura attraverso utilizzo di libri di testo e banche dati. Mentre nella seconda parte dell'elaborato è stata eseguita un'indagine, grazie ai motori di ricerca del servizio Discovery Service for Università Politecnica delle Marche, nella quale ho inserito le seguenti parole chiavi: triage emergency, medical services, nursing care, hospitals, patient safety; e a seguire i filtri per la ricerca: full-text, lingua italiana o inglese, periodo successivo al 2013. Ho individuato uno studio osservazionale pubblicato nel Gennaio 2021, che ha come autori: Ausserhofer, Dietmar Zaboli, Arian Pfeifer, Norbert Solazzo, Pasquale Magnarelli, Gabriele Marsoner, Tania Siller, Marianne Turcato; sul International Journal of Nursing Studies; ha come obiettivo "determinare la frequenza degli errori di triage guidati dall'infermiere". Questo studio è stato condotto in un PS, nel nord Italia, ed è stato preso un campione casuale del 5% ($n = 1.929$) di tutti i pazienti che accedono in un periodo di 18 mesi. Infine, i dati delle cartelle cliniche elettroniche, sugli errori di triage, sono stati combinati con dati di routine sulle caratteristiche del paziente, sugli esiti e sull'ambiente di lavoro, al fine di esplorare le relazioni.

RISULTATI

Esaminando l'articolo gli errori di triage sono presenti nel 16,3% dei pazienti ($n = 314$) che accedono al pronto soccorso, si sono verificati più frequentemente nei pazienti più anziani (età media: 67) e in quelli con almeno una condizione cronica (43%), condizioni croniche multiple (17,8%), cardiomiopatia ischemica (4,8%), ipertensione (26,8%), diabete (7%), o categorie di triage superiori (arancione o rosso).

Inoltre le analisi hanno rivelato che i pazienti, con errori di triage, avevano soggiornato nel reparto di emergenza per una media di 161 min, rispetto a quelli correttamente valutati con un media di 148 min; nonostante questo, i primi, ben il 24,5% ($n = 77$), risultava più spesso ricoverato. Di questo campione casuale di 1929 pazienti, 11 (0,6%) sono morti entro 1 settimana e 25 (1,3%) entro 30 giorni dall'accesso in PS. Non si sono osservate differenze statisticamente significative tra i pazienti con e senza errori di triage per la mortalità a 7 giorni (0,3% vs 0,6%) o a 30 giorni (1,0% vs 1,4%).

Rapportando i dati delle cartelle cliniche elettroniche, sugli errori di triage, sono stati combinati con dati di routine, basati su evidenze scientifiche, si è visto come maggiore sia la probabilità di incorrere ad errore nei pazienti, soprattutto anziani, con più di due condizioni croniche e codici di emergenza elevati, quando ad effettuare l'attività di triage sia un infermiere poco preparato, anziano e, soprattutto, non formato relativamente al sistema di triage utilizzato in quel determinato ospedale (come il MTS), arriviamo a una percentuale di errore fino al 30%.

Tuttavia, non sono state però osservate differenze, nei tassi di errore di triage per le variabili relative ai carichi di lavoro individuali dell'infermiere di triage (es. numero di pazienti sottoposti a triage dallo stesso infermiere prima del triage indice).

DISCUSSIONE

Questo studio ha fornito prove primarie sugli errori di triage guidati dall'infermiere, sui loro fattori che contribuiscono e sulle loro conseguenze per i pazienti.

In un sesto dei file dei pazienti selezionati casualmente, i livelli di priorità non sono stati assegnati correttamente dagli infermieri di triage; gli utenti con errori di triage hanno trascorso più di una media di 13 min in più nel pronto soccorso e sono stati più spesso ricoverati in ospedale rispetto alle loro controparti. Poiché questo è, a mia conoscenza, il primo studio a riportare errori di triage, non è stato possibile confrontare questi risultati con quelli riportati altrove; proprio per questo è indicato condurre ulteriori studi prospettici per indagare l'accuratezza del processo di triage, soprattutto per i motivi più comuni per le visite al PS (es. dispnea, dolore o collasso toracico, febbre); e indagare la prevalenza, la natura e le conseguenze degli errori di triage per sintomi e/o malattie specifici per ottenere una comprensione più specifica.

Inoltre si riscontrano, più comunemente, errori nei pazienti con età, cronicità, gravità più elevate; i pazienti anziani rappresentano il 12-24% di tutti gli accessi al PS, spesso presentando sintomi atipici, insieme a complessi problemi medici e psicosociali che complicano sia il triage che l'assistenza al PS. Poiché queste e altre sfide legate all'età sono state riconosciute, sono state statuite linee guida per migliorare l'assistenza al PS negli anziani, infatti l'American College of Emergency Physicians ha persino creato un programma di accreditamento del dipartimento di emergenza geriatrica. Ricerche recenti hanno dimostrato l'efficacia di una valutazione geriatrica completa (es. sulla fragilità, sindromi geriatriche come il delirio) per i pazienti durante i loro soggiorni, per evitare nuovi accessi impropri. Tuttavia, la mancanza di tempo e risorse rende impossibile l'integrazione di una valutazione geriatrica completa nel processo di triage, ma è possibile integrare come fattori di rischio correlati al paziente: età, cronicità e livelli di gravità della malattia cronica.

Invece in relazione all'ambiente di lavoro del dipartimento di emergenza, si è osservato che i fattori generali relativi al sovraffollamento avevano un impatto globale maggiore rispetto ai fattori legati al carico di lavoro dei singoli infermieri. Mentre un carico di

lavoro individuale più leggero potrebbe "proteggere" gli infermieri di triage dal commettere errori, i carichi di lavoro complessivi del dipartimento di emergenza (cioè il sovraffollamento) molto spesso hanno un impatto negativo sui processi di triage.

Sebbene non esista ancora un consenso su uno strumento o un'unità di misura specifici per definire il sovraffollamento del dipartimento di emergenza, la misurazione e il monitoraggio continuo del carico di lavoro del dipartimento di emergenza a livello di turno, ad esempio con la scala di sovraffollamento nazionale, potrebbe essere utile per fornire un triage feedback in tempo reale degli infermieri per evitare che il loro carico di lavoro diventi un fattore di rischio per errori di triage. Tuttavia, i risultati sull'associazione invariata tra errori di triage e durata della permanenza in PS, ospedalizzazione e mortalità sono solo preliminari. Per di più questi risultati potrebbero riflettere la complessità del paziente piuttosto che l'errore di valutazione dell'infermiere, è fondamentale quindi controllare i fattori di rischio correlati al paziente (es. storia personale, anamnesi, diagnosi in entrata e secondarie).

CONCLUSIONE

L'intento della mia tesi era quello di porre particolare attenzione all'importanza dell'infermiere di triage mettendo in risalto le difficoltà, i compiti e le responsabilità che descrivono il ruolo. In particolare, è giusto e necessario, che sia i professionisti sia gli assistiti lavorino in un ambiente in cui si sentano tutelati, per poter dare il massimo delle loro capacità ogni giorno. Attraverso questo elaborato ho analizzato la storia, le varie realtà internazionali (dal modello di triage degli USA fino a quello Italiano), le leggi, gli studi come quello sopra descritto il quale fornisce prove primarie sulla frequenza, sui fattori che contribuiscono e sugli esiti degli errori di triage.

Nonostante le ricerche, nonostante raccomandazioni Ministeriali, ancora la situazione negli Ospedali italiani non è cambiata, gli infermieri, in questo caso quelli di triage in pronto soccorso, sono sottoposti ad un enorme carico lavorativo, a mancanza di risorse umane e materiali, e a leggi che non tutelano abbastanza il loro ruolo e le loro responsabilità. L'Italia rispetto il resto del Mondo è indietro, riguardo alcune prospettive di miglioramento: dal punto di vista organizzativo/strutturale vi sono grandi limiti a causa di mancanza di fondi e risorse; sul piano relazionale si può cambiare ottica a livello di percezione del potere delle varie figure e concentrarsi sul lavoro di equipe, il quale riduce il tempo di lavoro e il lavoro stesso, se fatto bene. In particolare possiamo lavorare sull'ambito assistenziale: dando maggiore importanza alla formazione specifica; segnalando ogni volta che si presentano gli eventi sentinella, tutte quelle azioni che potrebbero portare a grave danno e/o morte, proprio per questo vanno comunicate, per prevenire il peggio; dando maggiore importanza all'osservazione e alla rivalutazione degli utenti che accedono al PS, che molte volte passano in secondo piano, a causa del sovraffollamento degli ospedali.

La raccomandazione n.15 è il punto di partenza per un futuro cambiamento: ridurre i rischi e mettere in condizioni gli infermieri di lavorare con le giuste strutture, percorsi, relazioni; e soprattutto sostenere il valore del professionista e salvaguardarlo. Essa, se utilizzata correttamente, insieme a dei percorsi specifici, può ridurre il sovraffollamento e il caos che ne deriva.

BIBLIOGRAFIA

“Ministero della salute” <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

“Gazzetta Ufficiale della repubblica italiana” <https://www.gazzettaufficiale.it/>

“GFT, gruppo formazione triage” <https://www.triage.it/>

“Scienzedirect” <https://www.sciencedirect.com/science/article/.it>

“TRIAGE: Regolamentazione degli accessi ai sistemi di emergenza sanitari”, prima edizione, 2013, di F.Tostato casa editrice Piccin.

“Infermieristica in area critica” seconda edizione, 2012, di L. Sasso, A.Silvestro, G.Rocco, L.Tibaldi, F.Moggia, casa editrice Mc Graw Hill.

“La responsabilità dell’infermiere e le sue competenze: una guida per l’agire responsabile” seconda edizione, 2010, di S.Bugnoli con la collaborazione di M.Castagnoli, M. Fadanelli, M. Marseglia, E. Nerozzi, G. Seres, casa editrice Maggioli Editore.

“Principi fondamentali dell’assistenza infermieristica” volume 1 “concetti generali dell’assistenza infermieristica”, quinta edizione, 2013, di R.Craven, C.Hirnle, S.Jensen, casa editrice Ambrosiana.

RINGRAZIMENTI

Questi tre anni di università trascorsi tra alti e bassi, speranze e delusioni, pianti e risate, sono giunti al termine, e, nonostante “ostacolo” COVID, credo siano stati formativi e produttivi sia dal punto di vista professionale sia di crescita personale. Ho iniziato questo percorso in punta di piedi, timorosa di non essere in grado di sostenere il peso degli studi ma soprattutto della figura professionale a cui ambivo. Come in ogni nuovo inizio oltre la paura vi è molta curiosità e voglia di fare, perché più si va avanti e più le soddisfazioni crescono, il sudore e la stanchezza se ne vanno e prendono il posto l'appagamento e la gioia, per questo nuovo inizio.

Un riassunto di questi anni ... primo tirocinio in una parola ansia per ogni piccolezza, per ogni pensiero, per ogni azione, per essere nel posto sbagliato nel momento sbagliato, per non essere abbastanza; tutti questi pensieri si sono tramutati in coraggio: nel buttarmi in ogni situazione, anche nuova e imprevedibile; nel conoscere nuove persone e nuove personalità; nel non avere paura di fare e di essere me stessa. Ho affrontato tutto grazie a me stessa in primis, per non aver mollato dopo la prima difficoltà e per aver creduto in me, questa grinta la devo a chi mi ha cresciuto, i mie genitori, che mi hanno insegnato ciò che è davvero importante nella vita, non un esame non superato, o rimanere indietro con gli studi e nemmeno una giornata no in ospedale. E così ho preso sempre più consapevolezza in me stessa e nelle mie potenzialità, ricevevo gratitudine e riconoscimento dalle persone che assistevo in reparto, fiducia e interesse da parte degli infermieri. Passato questo primo grande scoglio emotivo ho affrontato con più sicurezza i tirocini a seguire, poiché ora avevo preso conoscenza dell'ospedale, fino ad arrivare al terzo anno, il più stancante ma il più bello e formativo di tutti, dove nei reparti di emergenza le emozioni emergono tra una terapia e l'altra e tu sei “costretta” a soffocarle, per rimanere concentrata sul tuo lavoro.

Ringrazio tutte le unità, gli infermieri e i professionisti sanitari che mi hanno accolta, aiutata, guidata in questo difficile percorso, ma un ringraziamento particolare e speciale lo devo al PS di Urbino, mi hanno subito fatto sentire a casa, e mi hanno mostrato quanto sia importante essere veloci ma ancor più mantenere la calma, sapersi coordinare tra i membri dell'equipe, e saper riconoscere quando sia il momento di chiedere aiuto: siamo

essere umani, capita a tutti il giorno o la singola situazione in cui possiamo essere impreparati, ed è fondamentale ammettere di non essere in grado di gestirla da soli, dobbiamo sempre pensare che abbiamo davanti una persona, e che il nostro unico pensiero in quel momento è lei, la sua salute a 360°, il suo bene.

Ringrazio i miei colleghi di corso, in particolare Graziana e Anna Giulia, che nonostante i milli impegni e la distanza, sono sempre state presenti e disponibili ad aiutarmi, a consigliarmi e a supportarmi nei momenti difficili, e sì ci siete sempre state anche per un aperitivo o una chiacchiera sui ragazzi, vi porterò nel cuore per sempre.

Ringrazio tutti i tutor sempre disponibili ad ogni richiesta e consiglio; Silvio che ha risolto ogni mio problema informatico; i professori che ho incontrato nel corso della mia carriera universitaria.

Grazie all'amica del cuore, Elli, che ha la dote rara del saper ascoltare ed è sempre pronta ad aiutare senza mai chiedere nulla in cambio. Un grazie alle amiche ritrovare: Sara, Chiara, Cecilia, Elena, Dajana, che nonostante il mio carattere e i miei cambi di umore, soprattutto in quest'ultimo periodo, non mi hanno abbandonato, ma sono state al mio fianco spronandomi a non arrendermi mai e incoraggiandomi: "Quando lavori è peg!". Siamo diventate donne non lasciandoci sole nei momenti di difficoltà ma gioendo insieme dei nostri successi. Non posso non ringraziare te Alessandro, sei il mio raggio di sole, trasmetti serenità e leggerezza, con semplici parole mi conforti e mi fai capire quanto io sia innamorata di questo lavoro, per me bello ma sicuramente difficile.

Infine ringrazio per ultimi, ma non certamente per importanza, la mia famiglia, il mio sostegno primario e la mia forza: a loro devo tutto, soprattutto la possibilità di aver potuto intraprendere questo percorso. Un ringraziamento anche a mio fratello Luca, ai nonni, agli zii, ai cugini, che mi hanno sempre seguita silenziosamente. Vi amo immensamente.

Il costante impegno mi ha regalato tante soddisfazioni, ma il risultato più prezioso che trovo alla fine di questo percorso è una nuova Sofia, più matura e consapevole, che ha imparato a respirare e pensare più lentamente, a credere in sé stessa e a volersi bene. Spero di riuscire a dimostrare lì fuori chi sono e cosa so fare, spero di non fermarmi qui ma di continuare il mio percorso formativo, spero di essere l'infermiera che ho sempre sognato di essere.