

## L'infermiere di Triage in Pronto Soccorso: una moderna figura di dirigente sanitario

Roberto Lerza<sup>1</sup>, Grazia Guiddo<sup>2</sup>, Alessandro Riccardi<sup>3</sup>, Maria Paola Saggese<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Direttore SC Pronto Soccorso e Osservazione Breve. Ospedale San Paolo, Savona

<sup>2</sup>Resp SS Triage e Sale Visita Pronto Soccorso Ospedale San Paolo, Savona

<sup>3</sup>Dirigente Medico Pronto Soccorso Ospedale San Paolo, Savona

<sup>4</sup>Dirigente medico Pronto Soccorso Pronto Soccorso ASL 4 Chiavarese (Ge). Referente Triage SIMEU Liguria

**Key words.** Triage, Emergency Nursing

### Introduzione

Nell'ultimo ventennio la figura professionale dell'infermiere è stata oggetto di profondi cambiamenti all'interno del SSN. Il lavoro infermieristico, tradizionalmente subordinato a quello del medico e legato a compiti dettati da un "mansionario", si è progressivamente trasformato e l'infermiere è diventato una figura responsabile e centrale in molti processi sanitari con una parte attiva non solo nella pratica clinica, ma anche nella organizzazione del lavoro e nella pianificazione dei bisogni di salute<sup>1-3</sup>. Queste caratteristiche, proprie di una figura professionale di dirigente, sono state definitivamente sancite a livello accademico dalla istituzione del corso di laurea in scienze infermieristiche cui sono anche seguiti specifici master di specializzazione. Di conseguenza negli ospedali e nelle ASL gli infermieri sono entrati di diritto con compiti e responsabilità organizzative negli staff delle direzioni sanitarie, degli uffici Formazione, degli uffici Qualità ecc, contribuendo quindi al funzionamento di tutto l'apparato burocratico-amministrativo che supporta la parte più strettamente sanitaria. Se prima il cercare un lavoro "d'ufficio" poteva essere un ripiego per chi aveva limitazioni e/o impedimenti nel lavoro notturno o nella turnistica, oggi in molti casi la valorizzazione di queste funzioni ed il loro ruolo di responsabilità li porta ad essere posti di lavoro più ambiti e gratificanti rispetto alla routine dei reparti di degenza ove spesso l'infermiere continua a sentirsi e ad essere considerato un semplice turnista più che un professionista.

Il limite principale di un lavoro "d'ufficio", per quanto dedito alla organizzazione sanitaria, è certamente la rinuncia alla funzione clinica che dovrebbe essere sia l'ambizione principale di chi si iscrive al corso di laurea in infermieristica, sia l'aspetto centrale di una figura completa di dirigente infermieristico. Infatti il ruolo dell'infermiere sul paziente è troppo importante perché si venga a creare un solco netto tra chi lavora "sul campo" e chi questo lavoro lo organizza. Per fare un esempio, il difficile compito del primario è quello di dividersi equamente tra la clinica ed i compiti organizzativi perché uno sbilanciamento totale a favore dell'uno o dell'altro ruolo creerebbe una figura professionale "incompleta" e quindi probabilmente inadatta. Parimenti la figura del coordinatore infermieristico sembra essere oggi forse l'unico sbocco professionale nel quale un infermiere può trovare un equilibrio tra funzione clinica ed organizzativa in un ambito di autonomia professionale: per quanto non direttamente dedicato al malato, il coordinatore infermieristico lavora comunque "sul campo" all'interno di un reparto clinico e ne vive e valuta in prima persona le criticità. Esiste oggi in ambito ospedaliero qualcosa di analogo e cioè un ruolo infermieristico che racchiuda in sé aspetti di autonomia professionale sia clinici che organizzativi? A nostro giudizio la figura dell'infermiere di triage presente all'interno del pronto soccorso ha progressivamente acquisito negli ultimi anni specifiche responsabilità in entrambi gli ambiti e quindi si propone come un autentico modello di dirigente infermieristico completo.

### Il ruolo professionale dell'infermiere di triage: la funzione clinica

Il sistema di triage, all'interno delle strutture di pronto soccorso, è uno strumento organizzativo volto al governo degli accessi non programmati ad un servizio per acuti. L'obiettivo è definire la priorità con cui il paziente sarà visitato dal medico<sup>4</sup>. Da un punto di vista legislativo il DPR del 27 marzo 1992 riconosce agli infermieri professionali responsabilità operative proprie e derivanti da protocolli concordati e sottoscritti insieme al medico responsabile del servizio di emergenza<sup>5</sup>. La funzione ed i compiti di queste figure professionali, si sono via via negli anni progressivamente affinate ed arricchite di competenze e responsabilità non più soltanto cliniche, ma anche amministrative ed organizzative.<sup>6</sup> Rimane certamente centrale il ruolo clinico che è volto all'assegnazione del codice di priorità ed è stato sancito dalle Linee Guida del Triage Intraospedaliero del 7 dicembre 2001 G.U. 285 che recitano: "i codici di priorità sono assegnati dal personale infermieristico adeguatamente formato secondo protocolli stabiliti sulla base della letteratura scientifica ed in accordo con il direttore di struttura"<sup>7, 8</sup>. L'attribuzione del codice colore di priorità è già di per sé un processo clinico complesso che deriva sì dalle azioni più strettamente cliniche della valutazione soggettiva ed oggettiva e rilevazione dei parametri vitali, ma che è completato da tutta una serie di variabili che possono influenzare la decisione finale<sup>4,9,10</sup>. Tra queste ricordiamo (Figura 1) l'esperienza del triagista, l'organizzazione interna dell'unità operativa, i protocolli dell'unità operativa stessa, i percorsi interni in fun-

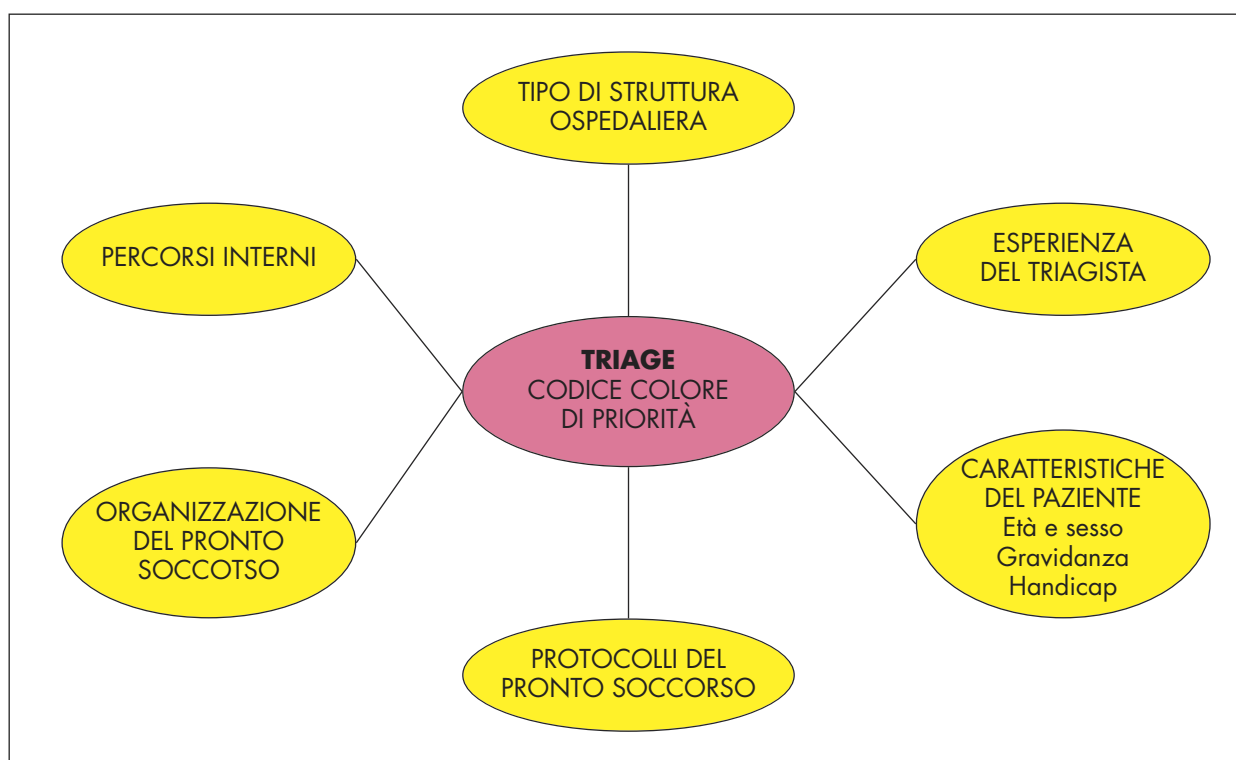


Figura 1.

zione del tipo di struttura ospedaliera, la situazione della sala d'attesa, le caratteristiche "non cliniche" del paziente quali ad esempio l'età, il sesso, la condizione di gravidanza, l'handicap ecc. Sempre nella funzione clinica rientrano, oltre alla attribuzione della priorità di trattamento, la scelta delle aree di trattamento, la rivalutazione periodica e l'applicazione di protocolli di trattamento e smistamento dei pazienti (short tracks, see and treat, approccio al dolore ecc.) che necessariamente devono essere adottati nelle strutture più affollate che sono sempre a rischio di collassare a causa dell'eccessiva domanda<sup>4, 11-14</sup>.

## Le altre funzioni

Negli anni, nelle strutture di pronto soccorso, si è reso necessario ampliare le funzioni attribuite all'infermiere di triage proprio perché sono progressivamente cambiate le caratteristiche del lavoro. Si può senz'altro affermare che la *funzione clinica* del triage è oggi integrata da importanti *funzioni amministrative ed organizzative* (Figura 2) e che, oltre a queste, l'infermiere di triage deve conoscere gli aspetti della *comunicazione* avendo una continua relazione con l'utenza e possedere requisiti di analisi ed autocritica che supportino le *funzioni di verifica*. Infine non vanno trascurate le *funzioni di didattica e ricerca* che anche se non si sono completamente sviluppate all'interno del triage, hanno certamente un notevole potenziale in un settore professionale relativamente recente come questo. Accenniamo brevemente ad alcune delle peculiarità di queste funzioni. Nell'ambito della *comunicazione* basti considerare che l'infermiere di triage è la prima persona che si incontra presentandosi al pronto soccorso sia come paziente che come familiare ma anche nella veste di volontario, milite di pubbliche assistenze, agente delle forze dell'ordine o di altre forze di pubblico servizio. In questo settore l'elemento essenziale è l'accoglienza e la capacità di relazionarsi con il pubblico e mantenere rapporti professionali con tutte le figure che accedono al pronto soccorso. Il triage non è un ufficio informazioni, ma deve avere la capacità di informare sull'organizzazione del servizio e dell'ospedale, sull'iter di un processo sanitario che sta riguardando un paziente, sui tempi di attesa e relazionarsi anche con i colleghi dei reparti. Queste sono responsabilità cruciali in un contesto per lo più caotico e ad alto impatto emotivo come quello del pronto soccorso<sup>4, 15, 16</sup>. Nel contempo l'infermiere di triage è dedicato alle funzioni *amministrative* tra le quali la registrazione anagrafica, l'acquisizione del consenso per il trattamento dei

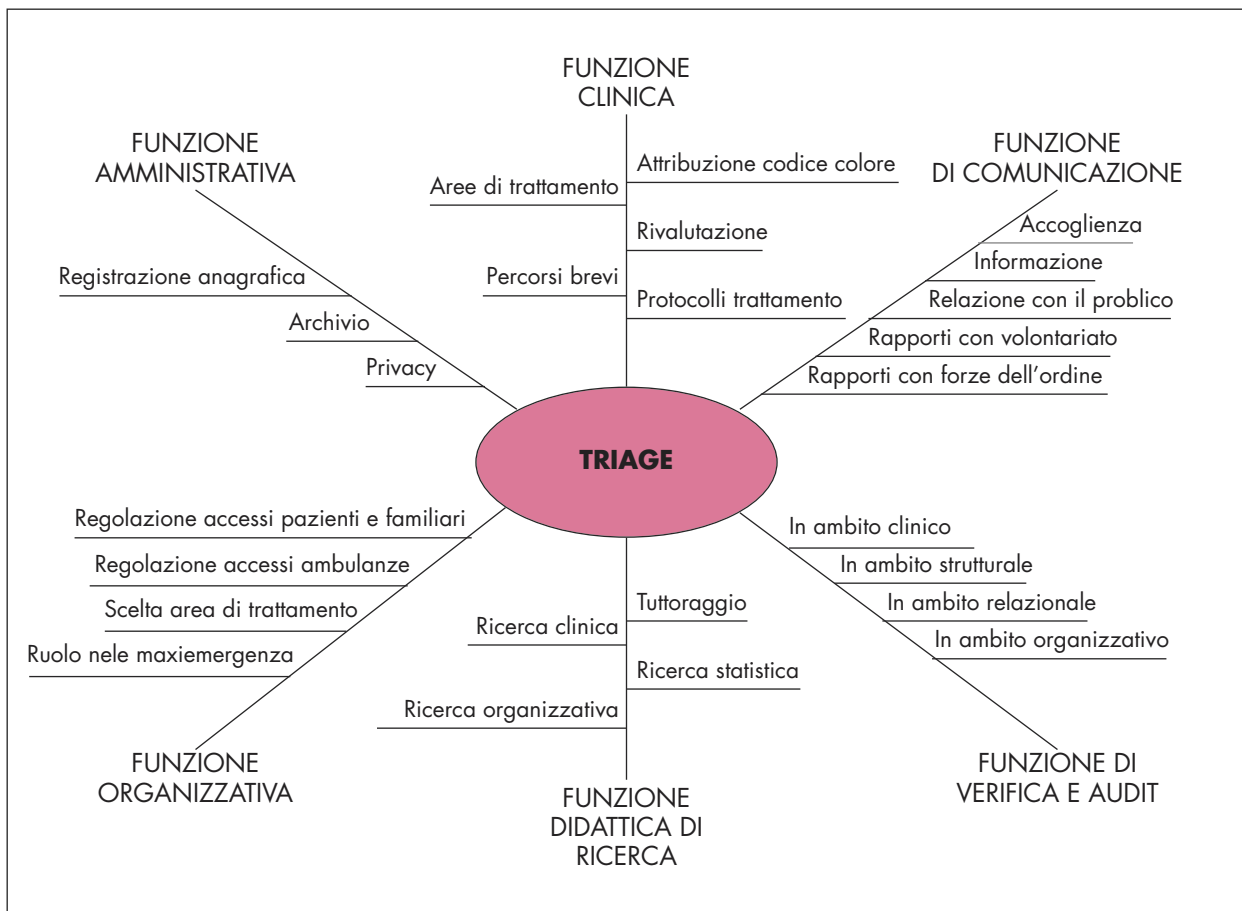


Figura 2.

dati personali, il rispetto della privacy, l'archiviazione di documentazione clinica e non e quindi il trattamento di dati sensibili<sup>15, 17</sup>. A seconda delle situazioni, può essere propria del triage la funzione *organizzativa* che prevede la regolazione dei flussi dei pazienti e dei loro familiari, l'accesso delle ambulanze. L'infermiere può e deve stabilire le aree di trattamento dei pazienti una volta espletata la sua valutazione clinica e non perdere mai d'occhio la situazione della sala d'attesa. Nel caso di maxiemergenza il ruolo dell'infermiere di triage è ancora più cruciale nei passaggi sopra descritti dovendo radicalmente ma tempestivamente modificare molti aspetti del lavoro routinario quotidiano. A seconda delle indicazioni del piano di emergenza occorrerà modificare la sede del triage, modificare il metodo di triage, scegliere nuove aree di trattamento, agire sulla sala d'attesa, mantenere le comunicazioni ecc. Diventa pleonastico ricordare che la formazione continua rappresenta un elemento fondamentale ed imprescindibile, tale da essere un prerequisito di legge prima di poter effettuare una funzione professionale così complessa e qualificante.<sup>4, 6, 7, 8, 18</sup>

Per valutare, poi, se il lavoro del triage venga svolto in maniera adeguata è necessario programmare verifiche e controlli. Questa funzione di *verifica* è anch'essa propria di un compito di grande responsabilità e deve essere estesa in ambito clinico (valutazione dell'under e over triage), in ambito relazionale, in ambito organizzativo (verifica di percorsi e protocolli, verifica dei turni, verifica del materiale) e strutturale (valutazione di idoneità degli ambienti di triage anche sulla base della loro collocazione rispetto a sale visita e d'attesa). In campo sanitario oggi non si può prescindere anche dalla valutazione della soddisfazione del paziente e, per quanto riguarda il pronto soccorso, il triage è punto idoneo ove far partire e gestire informative su sondaggi di rilevazione della qualità percepita. Infine crediamo che nei prossimi anni si possa sviluppare sempre di più un ruolo di *didattica e ricerca* all'interno del triage. Basti pensare alla funzione di tutoraggio che l'infermiere di triage può svolgere sui

colleghi più giovani proprio grazie al fatto che l'esperienza del triagista è requisito fondamentale per compiere questo lavoro e grazie anche al fatto che la poliedricità del ruolo dovrebbe renderla una ambita opportunità lavorativa. Infine è sufficiente pensare ai numeri di pazienti che quotidianamente si presentano al pronto soccorso per capire come questo enorme "bacino d'utenza" possa essere fonte inesauribile di dati da sfruttare sul versante della ricerca non soltanto clinica<sup>4, 15, 16, 18</sup>.

## Conclusioni

Abbiamo fin qui descritto una figura professionale infermieristica che ha già oggi una grande responsabilità lavorativa ma è facile immaginare che nei prossimi anni possa diventare sempre più cruciale per l'attività delle strutture di pronto soccorso. Ci auguriamo pertanto che questi professionisti possano, nel tempo, essere valorizzati come meritano anche perché, a fronte di una responsabilità ed indipendenza professionale che hanno pochi equivalenti in ambito infermieristico, i riconoscimenti sono ancora del tutto latitanti. Anzi, dobbiamo ancora riscontrare spesso la critica e l'ostracismo della categoria medica all'operato dell'infermiere di triage. Quante volte si sente ancora dire che al triage dovrebbe esserci un medico? Quante volte alcuni medici di pronto soccorso criticano "a posteriori" la singola valutazione di triage? Purtroppo siamo tutti troppo corporativi e a nulla serve spiegare che il triage è nato proprio a seguito del sovraffollamento e quindi dell'impossibilità per tutti di accedere immediatamente alla visita medica. A nulla serve spiegare che l'infermiere non fa una diagnosi medica ma attribuisce solo una scala di priorità di visita ed in questo è molto più bravo del medico proprio perché ha un approccio mentale diverso. L'infermiere si basa su parametri e protocolli senza farsi influenzare dall'ipotesi di una diagnosi possibile o di una possibile terapia come fa il medico nel suo abituale approccio. Sui grandi numeri la percentuale di errore dell'infermiere di triage è generalmente molto bassa.

Ma nonostante questo assistiamo ancora ad attacchi che la nostra categoria porta a quella infermieristica nel timore che ci venga sottratta qualche competenza ritenuta strettamente "medica" e cioè del laureato in medicina e chirurgia. Esposti agli ordini dei medici hanno, ancora recentemente, contestato il ruolo degli infermieri dell'emergenza che hanno acquisito spazi di autonomia nella gestione di alcuni pazienti specialmente lavorando con il 118 o al triage. Il riferimento è proprio ai sopracitati protocolli di trattamento di alcune situazioni (dolore, medicazioni), protocolli peraltro concordati con i responsabili di struttura e fondamentali per il funzionamento della struttura stessa. Appare quanto mai tardivo questo tentativo, da parte della medicina territoriale, di recuperare il terreno perduto in tanti anni in cui, per vari motivi molti colleghi hanno abdicato alla loro professionalità con l'eccesso di medicina difensiva, l'eccesso di burocratizzazione, la progressiva perdita del rapporto fiduciario con i loro pazienti. Questa stessa presa di posizione denuncia il sostanziale declino della professione medica, declino che almeno in parte è stato determinato dai medici stessi che non escono certo bene da queste vicende prendendo posizione su questi "piccoli problemi" anziché affrontare i veri motivi della crisi della nostra professione. Convinciamoci che se la cultura e l'assunzione di responsabilità saranno sempre alla base della nostra professione, noi non dovremo temere che qualcuno possa sostituirci nel nostro lavoro: e questo vale per il medico, per l'infermiere e probabilmente per tutte le professioni.

Certo è che il DPR del 27 marzo 1992, le cui linee guida sono state pubblicate nel 1996 ha ben sedici anni. Le linee guida sul triage sono del 2001 e in questi undici anni ne è passata di acqua sotto i ponti in un settore, la medicina ove 6 mesi possono rappresentare tempi di notevole cambiamento scientifico. Prevedere, quindi, e realizzare normativamente modelli organizzativi "nuovi", adatti all'evoluzione pragmatica avvenuta in questi anni frutto dell'arte dell'arrangiarsi dell'operatore sanitario dell'emergenza, rappresentano un'urgente esigenza politica e parlamentare. Il triage, ci sembra sinceramente, essere il settore più innovativo, alla luce di quanto abbiamo esPLICITATO in questo scritto, e la sua revisione normativa rappresenta sicuramente una emergenza nell'emergenza<sup>19</sup>.

## Bibliografia

1. DPR 14 marzo 1994, n. 225, GU n. 157 del 18 giugno 1974.
2. DM del 14 settembre 1994, n. 739: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, GU n° 6 del 9 gennaio 1995.
3. Legge 26 febbraio 1999, n. 42: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie, GU 2 marzo 1999, n. 50.
4. G.F.T. Gruppo Formazione Triage: "Triage infermieristico", McGraw-Hill, 2010.
5. DPR 27 MARZO 1992: "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", G.U. n. 76 del 31 marzo 1992 - serie generale.
6. Ministero della Sanità: "Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992", GU n. 114 del 17 maggio 1996 - serie generale.
7. Ministero della Salute d'intesa con i Presidenti delle Regioni: "Linee Guida sul "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria", GU n. 285 del 7/12/2001 - serie generale.

8. Indirizzi in materia di Emergenza-urgenza sanitaria, DGR 1360, BURL 21 novembre 2001.
9. Machway-Jones K *et al.* Emergency Triage, second edition, Manchester Triage Group, Blackwell Publishing Limited, BMJ books, 2006.
10. Bullard M.J, Unger B, Spence J, Grafstein E. Le groupe de travail national sur l'ÉTG, Révision des lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) pour les adultes 2008, ED Administration, CJEM 2008; 10(2): 143-50.
11. "See&reat, diritto d'infermiere", Sole 24 ore Sanità, 20, 21 Lavoro e Professione, 3 ag. - 6 sett. 2010.
12. Melandri R. "Strategie per la gestione dell'overcrowding: il modello see and treat, 28, Atti del VI Congresso nazionale SIMEU, Rimini 12-16 novembre 2008.
13. Legge 15 marzo 2010, n. 38: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, GU n. 65 del 19 marzo 2010 - serie generale.
14. Accordo tra il ministero della sanità e le regioni e le provincie autonome sul documento di linee guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore", GU n. 149 del 29 giugno 2001 - serie generale.
15. Susi B. "Il triage modello Lazio", Atti del VI Congresso nazionale SIMEU, 14-15, Rimini 12-16 novembre 2008.
16. Deiana C. Strategie per la gestione dell'overcrowding, il triage: nodo organizzativo", Atti del VI Congresso nazionale SIMEU 26 -27, Rimini 12-16 novembre 2008.
17. DM Dicembre 2008: "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza e urgenza", GU N°9 del 13 gennaio 2009.
18. Corso elearning su: "Triage intraospedaliero" [www.liguriainformasalute.it](http://www.liguriainformasalute.it), 2011, Regione Liguria.
19. Linee guida d'indirizzo per il triage in pronto soccorso. Proposta del Coordinamento Nazionale di Triage, Monitor Anno XI numero 29 2012, Agenas.