

L'infermiere di Triage nel Pronto Soccorso pediatrico

Rosanna Galasso
Ospedale Pediatrico Meyer, Firenze

Abstract

The Triage nurse in paediatric emergency wards

Triage is a tool for the management of non-planned access to a Hospital Unit for acutely ill people. It is a process through which patients are discriminated and classified on the basis of the type of disease and the acuity of their conditions. Its goal is to define the priority by which the patient will be seen by a physician. Triage can be differently implemented depending on the context where it is performed: the emergency service dispatch, the ambulance service, the Hospital Emergency Department, disasters and community emergencies. The word derives from the French "trier", i.e. to choose, to classify, and it describes an assessment method for the immediate evaluation and selection when there are many patients in need of health assistance. This paper discusses the role of paediatric triage at a Hospital level, in particular in Emergency Departments, as provided by the Italian legislation and guidelines for Emergency Departments accreditation. According to these, a triage activity must be provided in each Emergency Department and First Aid Unit by specifically trained nurses. The trend towards an increase in the use of Hospitals' Emergency Departments and First Aid Units has made the implementation of triage, particularly in Paediatric wards, necessary.

Quaderni acp 2010; 17(4): 154-158

Key words Triage. First Aid Unit. Nurse. Paediatric nurse

Il sistema di triage è uno strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati a un servizio per acuti. Questo processo, con cui i bambini vengono selezionati e classificati in base al tipo e all'urgenza delle loro condizioni, è da distinguere dalla visita medica poiché ha lo scopo di stabilire le priorità con cui il bimbo sarà visitato dal medico stesso. Può essere svolto con diverse modalità a seconda dei campi in cui viene applicato: in centrale operativa, in Pronto Soccorso, sul territorio o nelle maxiemergenze e catastrofi. Il termine deriva dal verbo francese "trier" e significa scegliere, classificare. Indica quindi il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorità quando si è in presenza di molti pazienti. Questo articolo approfondisce il concetto di triage a livello ospedaliero e in particolare nelle strutture complesse di Pronto Soccorso, come previsto dalle linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza-urgenza (DPR 27/3/92). La tendenza, comune a tutte le realtà sanitarie, a un aumento del ricorso al Pronto Soccorso da parte dei cittadini, ha reso indispensabile l'attivazione di tale metodologia in tutti i Pronto Soccorso e in particolare in quelli pediatrici.

Parole chiave Triage. Pronto Soccorso. Infermiere. Infermiere pediatrico

Il triage è un percorso decisionale dinamico, basato sull'attuazione di un processo metodologico, capace di stabilire il grado di presunta gravità clinica presente in una persona, identificabile con l'utilizzo di un sistema di codifica indicante la priorità assistenziale [1].

Il termine deriva dal verbo francese "trier" e significa scegliere, selezionare, mettere in fila [2]. Oggi viene utilizzato in ambito sanitario per definire l'organiz-

zazione di un primo filtro infermieristico che dovrebbe selezionare gli accessi al Pronto Soccorso (PS), utilizzando come priorità un codice di gravità per garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai bimbi che giungono in ospedale in modo non programmato per problematiche d'urgenza e di emergenza. Rappresenta uno strumento essenziale regolamentato dalle normative del nostro Paese. Il processo coinvolge il personale

medico e infermieristico e comporta una stretta collaborazione tra queste figure e tra queste e le risorse esterne: personale di soccorso stradale e le centrali operative 118. Essa è finalizzata:

- alla valutazione clinica della gravità;
- all'assegnazione delle priorità assistenziali;
- al primo soccorso e alla stabilizzazione dei parametri vitali;
- a garantire a ogni bambino un appropriato orientamento diagnostico-terapeutico e, nei casi di emergenza, il recupero e la stabilizzazione delle funzioni vitali.

Attualmente però il PS pediatrico garantisce anche prestazioni sanitarie gratuite e senza prenotazione, che dovrebbero essere effettuate da altre strutture o figure. Si stima che tali siano il 70% delle prestazioni dei PS pediatrici.

Il problema del sovraffollamento e dell'uso improprio dei PS pediatrici è comune a tutti i Paesi industrializzati, più accentuato nei maggiori centri urbani, e causa di disorganizzazione e disagio per gli utenti e per i professionisti che operano nelle strutture [3]. Questo fenomeno può comportare col tempo il rischio di una risposta assistenziale inappropriata, con aumento dei tempi di attesa e con il conseguente ritardo di intervento sui bimbi con problemi urgenti a causa della difficile selezione di tutti i casi [3]. È dunque necessario da parte dei sanitari disporre di un sistema che riesca a filtrare le richieste di intervento per rivolgere la necessaria attenzione ai casi veramente bisognosi di cure rispetto a quelli meno urgenti. La consapevolezza che questi problemi di sovraffollamento possono essere affrontati e in qualche modo anche risolti attraverso un razionale cambiamento operativo, capace di determinare miglie anche sull'organizzazione del lavoro in équipe, è stato un ulteriore motivo per l'introduzione del sistema di triage. L'adozione di tale metodologia

Per corrispondenza:
Rosanna Galasso
e-mail: r.galasso@meyer.it

salute pubblica

soddisfa anche la necessità di discriminare e, se così si può dire, mettere in fila i bambini giunti in PS, dando la priorità a chi ha problemi seri rispetto a chi non è in condizioni di pericolo, anche se è in attesa da tempo. Oggi in tutti i PS pediatrici i bambini vengono selezionati e classificati in base all'urgenza delle loro condizioni cliniche e non in base all'ordine di arrivo. In Italia le prime esperienze sono cominciate all'inizio degli anni Novanta. Una svolta importante si è avuta con le "Linee guida per il sistema emergenza-urgenza" del 1996 in applicazione del DPR 27/3/92. In esse viene esplicitamente prevista la funzione del triage, indicando chi e come debba svolgere questa attività. In particolare viene sottolineato che: *"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"* [4].

Obiettivi del triage

La funzione del triage è garantire l'attività di accoglienza in tempi molto brevi e fornire una prima assistenza sanitaria, evitando eventi critici e lunghe attese a utenti in situazione di potenziale rischio per la vita. L'assegnazione del codice di priorità nasce da un vero e proprio "processo decisionale" sotto la responsabilità (anche normativa) del personale infermieristico preparato a questo delicato compito. Gli obiettivi vengono definiti anche in base alle esigenze del singolo PS, al tipo di patologia più frequente, alla disposizione della struttura e al genere di servizi sanitari erogati. In sintesi gli scopi prioritari sono:

1. mantenere l'efficienza organizzativa e complessiva del PS, facendo percepire all'utenza una buona organizzazione;
2. evitare il sovraffollamento;
3. valutare rapidamente tutta l'utenza che arriva in PS con mezzi propri, accompagnata, o con mezzi di soccorso;
4. individuare e attribuire a tutti i pazienti un codice di gravità per

regolare l'accesso alle cure medico-infermieristiche in relazione alla gravità della loro condizione;

5. operare una "ridistribuzione del tempo e delle risorse a favore di chi è più grave" e a svantaggio di chi non avrà comunque danno da un tempo maggiore di attesa;
6. ridurre l'ansia e migliorare la soddisfazione dei genitori dei bambini grazie a una informazione comprensibile e precisa;
7. umanizzare l'accettazione attraverso l'individuazione dei bisogni del malato;
8. ridurre le frustrazioni del personale;
9. ridurre il rischio di peggioramento dello stato clinico, attraverso la sorveglianza continua e l'assistenza rapida;
10. disincentivare l'accesso al PS dei pazienti "codice bianco" che richiedono prestazioni che possono essere erogate in sedi diverse (medico di base, ambulatori specialistici, servizi territoriali);
11. valutare la qualità dell'assistenza attraverso la compilazione della scheda di triage [5].

Requisiti dell'infermiere triagista

Durante il triage l'infermiere non fa diagnosi né terapia, né ricovera o dimette pazienti, ma formula "un giudizio di gravità clinica" basato sul sintomo principale riferito dal genitore del bimbo, sulla raccolta anamnestica di base e sulle principali caratteristiche delle condizioni; effettua una valutazione obiettiva in base alla rilevazione dei parametri vitali, del colorito cutaneo, della temperatura, della sudorazione, del livello di coscienza.

Gli infermieri che effettuano il triage lavorano con linee guida e protocolli sintetici, chiari e definiti in équipe insieme al personale medico che è responsabile del contenuto del protocollo; spetta invece all'infermiere triagista rispondere della corretta applicazione degli step operativi e della qualità degli interventi attuati [6].

Il livello di performance richiesto all'infermiere di triage dal punto di vista tecnico-assistenziale e relazionale è dunque certamente superiore a quello generalmente atteso dall'infermiere medio.

In generale, per l'infermiere di triage pediatrico sono necessarie le seguenti competenze:

- capacità nell'osservazione dello stato psicofisico dei bambini nelle diverse fasi evolutive e del controllo dei loro segni vitali;
- capacità di individuare a prima vista segni e sintomi di sofferenza nel bambino e le condizioni potenzialmente pericolose per la vita [7];
- capacità di affrontare problemi di diversa natura, come la gestione di numerosi pazienti con situazioni cliniche anche molto diverse tra loro;
- capacità di utilizzare specifiche tecniche relazionali, comunicative e di counselling nel regolare i rapporti con i bambini e con i loro familiari in situazioni critiche;
- capacità di utilizzo di apparecchiature elettromedicali particolari e complesse;
- elevata conoscenza e adeguato grado di responsabilità riguardo all'impiego e agli effetti dei farmaci di emergenza;
- capacità di agire in un contesto di nursing interventistico per rispondere a situazioni di emergenza e urgenza con azioni immediate e decisive.

Egli, quindi, deve possedere adeguati livelli di preparazione, professionalità ed esperienza.

Oltre al percorso formativo di base (laurea in Infermieristica pediatrica o in Infermieristica) l'infermiere di triage pediatrico deve avere una solida conoscenza delle specificità anatomico-fisiologiche e fisio-patologiche delle diverse fasi evolutive del bambino e delle principali patologie neonatali e pediatriche, eventualmente consolidata e approfondita in corsi post-base specifici, quali il Master in Infermieristica in area pediatrica o corsi di perfezionamento post-laurea. Inoltre deve avere:

- l'attestato PBLIS-D e possibilmente ATLS;
- frequentato uno specifico corso di formazione per infermieri di triage in PS;
- frequentato corsi specifici sulle tecniche relazionali, comunicative e di counselling;
- acquisito un'esperienza di almeno sei mesi in PS pediatrico;

– un'approfondita conoscenza delle procedure e delle tecniche di triage e del sistema organizzativo del servizio.

Accanto ai requisiti formativi ed esperienziali sono di fondamentale importanza anche le competenze relazionali, comunicative, cognitive e umane dell'infermiere.

Un recente studio ha suggerito, per la specifica professionalità di un infermiere di triage, la capacità di riflessione critica, l'intuizione, le caratteristiche cognitive soggettive e l'esperienza [8]. È stata anche sottolineata l'importanza di incorporare nelle competenze la capacità di erogare un'assistenza centrata sulla persona oltre che sulla prestazione tecnica [9].

Alcune di queste competenze vengono acquisite durante il percorso formativo di base e post-base: particolare importanza ha la padronanza delle più importanti tecniche comunicative e di counselling; altre competenze si sviluppano con il tempo e con la pratica clinica; altre, infine, fanno parte delle caratteristiche innate e individuali. Tra queste ultime di fondamentale importanza sono la motivazione e l'interesse per il proprio lavoro: occorre una forte convinzione e consapevolezza che la funzionalità del servizio e la sua efficienza sono legate in modo determinante alla qualità della prestazione erogata dagli operatori. Caratteristiche altrettanto importanti riguardano l'emotività e l'attitudine al dialogo, che possono essere migliorate sia attraverso l'esperienza sia partecipando a corsi specifici. L'infermiere di triage pediatrico deve infatti avere un ottimo controllo della propria emotività in situazioni quali gli eventi luttuosi, gli abusi sui bambini, l'agitazione dei pazienti e dei genitori. Deve saper compiere la sua opera professionale con scienza e coscienza e con cuore [10].

Il processo di triage

Le attività del triage avvengono in pochi minuti e si articolano in quattro fasi principali:

1. la valutazione "sulla porta";
2. la raccolta dati (valutazione soggettiva e oggettiva);
3. la decisione di triage;
4. la rivalutazione.

Si farà poi una eventuale modifica del codice di gravità (se durante la rivalutazione le condizioni sono mutate).

Durante il processo di triage viene adottato un sistema di documentazione, cartaceo o informatizzato, per registrare le informazioni emerse nella raccolta dati e le azioni intraprese. Ogni professionista sanitario ha l'obbligo di documentare tutte le azioni compiute durante il proprio lavoro, poiché serviranno sia a rafforzare le proprie scelte, sia a rendere più agevoli le possibili consegne e le successive rivalutazioni effettuate dagli altri operatori sanitari, sia per essere tutelato dal punto di vista medico-legale [11].

1. La valutazione "sulla porta"

Di fatto il triage inizia quando il bambino entra nel PS: rappresenta un momento fondamentale perché, oltre a identificare situazioni a rischio, l'infermiere "accoglie, prende in carico" il piccolo da assistere e stabilisce con i genitori, e in alcuni casi con il bambino, una comunicazione idonea e continua che è fondamentale per il buon esito del processo valutativo-assistenziale.

Poiché il bambino che accede al PS non deve essere considerato un "piccolo adulto", ne devono essere conosciute le specificità anatomico-fisiologiche e fisiopatologiche. La valutazione sulla porta è la fase in cui la sola rilevazione di pochi parametri consente di acquisire informazioni utili per la "decisione di triage". Occorrono perciò occhio clinico, rapidità d'interpretazione, esperienza e sensibilità.

L'infermiere deve osservare e valutare velocemente l'aspetto generale del bambino, cercando di rilevare problemi che richiedono interventi immediati.

La valutazione rapida segue la successione ABCDE del soccorso vitale:

- vie aeree (pervietà, rumori respiratori, sibili);
- respiro (presenza, qualità e frequenza respiratoria);
- circolo (presenza, frequenza cardiaca, valutazione della cute, tamponamento di ferite emorragiche massive);
- stato neurologico (con scala AVPU: *Alert, Verbal, Pain, Unresponsive*);
- esposizione [12].

Il codice gravità può essere attribuito immediatamente (se l'infermiere rileva già in fase iniziale condizioni di rischio per la vita), oppure assegnato dopo una

più accurata valutazione durante tutta l'intervista e l'interazione tra infermiere, bambino e familiare.

L'obiettivo del triage sulla porta è quello di individuare i pazienti in pericolo di vita, facendosi un'idea generale sulle condizioni di chi accede al PS. In questa fase di prima accoglienza è di grande importanza far percepire ai genitori che il bambino è stato "preso in carico" da parte della struttura sanitaria e dall'équipe del PS stesso; perciò l'infermiere deve avere la capacità di mantenere sempre e comunque un atteggiamento calmo, rassicurante e deciso per ottenere la fiducia della famiglia.

2. La raccolta dati

La raccolta dati è la fase più importante e impegnativa. Consente di rilevare notizie molto utili ai fini dell'anamnesi. Qui entra in gioco l'abilità dell'infermiere di triage nel formulare l'intervista e nell'osservazione. L'obiettivo è quello di poter raccogliere un numero sufficiente di notizie utili, riconducibili al problema manifestato dal bambino all'arrivo in PS. L'infermiere procede alla raccolta dati che si articola nella valutazione soggettiva e oggettiva.

La valutazione soggettiva viene effettuata mediante intervista: l'infermiere interroga il bambino (laddove lo sviluppo raggiunto lo consenta), i genitori o gli accompagnatori e/o il personale del soccorso extraospedaliero al fine di determinare gli elementi utili all'inquadramento rapido del paziente stesso.

Il sintomo principale: è il problema dominante (spesso risulta essere l'unico) che ha spinto i genitori a rivolgersi al PS. Si tratta di una breve dichiarazione che descrive il motivo per cui è richiesta una visita d'urgenza.

L'evento principale: circostanza dell'evento, tempi di insorgenza dei sintomi, localizzazione del problema dominante, meccanica del trauma, dinamica dell'evento, progressione dei sintomi dall'insorgenza all'arrivo in ospedale, trattamento effettuato prima di arrivare in PS.

La valutazione del dolore: la ragione più comune di entrata in PS è l'insorgenza/persistenza di un sintomo doloroso e l'infermiere ha la responsabilità di indagare sul sintomo dolore in ogni sua forma e localizzazione. Per raggiungere questo obiettivo viene utilizzato l'acronio-

mo PQRST che suggerisce un metodo sistematico per una valutazione veloce del dolore [13]:

- **P** (*Provokes*) provocato/alleviato: *cosa ha scatenato il dolore? Cosa lo fa migliorare o peggiorare?*
- **Q** (*Quality*) tipo: *che tipo di dolore è? Cosa si prova?*
- **R** (*Radiates*) irradiazione/regione interessata: *indicami la zona in cui hai dolore? Lo senti in qualche altra parte?*
- **S** (*Severity*) gravità: *quanto è intenso il dolore? In un scala da 0 = assenza di dolore a 10 = peggiore dolore possibile, il tuo dolore quanto è?*
- **T** (*Time*) tempo: *quando è cominciato il dolore? è costante o intermittente?.*

Gli elementi rilevati con la valutazione del dolore tramite l'uso delle scale del dolore presenti in PS contribuiscono enormemente alla decisione di triage. È necessario ricordare che il dolore è un'esperienza soggettiva soprattutto per i bambini, che hanno una percezione del dolore differente dagli adulti e utilizzano terminologie ed espressioni proprie (si veda anche *Quaderni acp* 2010;17:116). Bambini affetti da alterazioni dello stato di coscienza possono presentare una maggiore tolleranza o una diminuita percezione del dolore. Il suo precoce riconoscimento è perciò uno dei primi mattoni per la costruzione di una relazione di fiducia fra il bambino e lo staff del PS [14]. *I sintomi associati*: il passaggio successivo alla rilevazione del sintomo principale e della valutazione del dolore è quello di indagare sulla presenza di altri segni che possono essere correlati alle condizioni del paziente, e che quest'ultimo non ha spontaneamente descritto. È indispensabile che l'infermiere individui anche quei sintomi che il paziente considera minori, ma che possono risultare fondamentali per l'assegnazione del codice colore.

Il vissuto del bambino: precedenti malattie, farmaci assunti, allergie, vaccinazioni. La valutazione oggettiva è costituita dall'esame fisico e dalla documentazione portata dai genitori.

Si rileveranno i dati osservabili (come appare il paziente), i dati misurati (parametri vitali) e i dati ricercati (esame mirato). Per compiere l'esame fisico mirato, si utilizza una successione mnemonica alfabetica simile a quella della fase sulla porta:

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

Mentre la valutazione "sulla porta" è principalmente visiva, l'esame fisico è più accurato e richiede la ricerca di segni specifici. È da ricordare che a tutti i bambini che accedono al PS, indipendentemente dal codice colore, deve essere sempre misurata la temperatura corporea. Al termine del processo di valutazione si procede alla decisione di triage.

3. La decisione di triage

Il triagista, in base alla valutazione fatta nelle precedenti fasi, decide quale priorità ha il bambino esaminato nei confronti di coloro che sono in attesa per essere inviati in seguito alla visita. L'assegnazione del codice colore è lo strumento che il triagista ha per comunicare la decisione assunta a terzi, utenti, familiari ed équipe di trattamento. Si tratta di un mezzo di rapida interpretazione che riassume in maniera chiara, rapida e inequivocabile quanto è presumibilmente "grave", ovvero prioritario rispetto ad altri, un bimbo da lui valutato. Il codice può essere variato dall'infermiere in qualunque momento, cioè sia durante l'attesa, se vi sono variazioni significative nelle condizioni del paziente, sia al momento della rivalutazione. Il genitore deve essere informato sul codice assegnato e sui corrispondenti tempi di attesa e devono anche essere presenti opuscoli informativi nella sala di attesa.

Il bambino sottoposto al triage deve essere allocato nel giusto posto, per il giusto motivo, nel giusto tempo e con la giusta assistenza. A tal proposito, nella maggior parte delle realtà italiane, tra le metodiche di assegnazione del codice di gravità e secondo i criteri definiti dal decreto del Ministero della Salute 15/5/92, è stato adottato un sistema di classificazione a 4 categorie, sotto forma di codici colore [2].

Tale metodologia risulta essere semplice, pratica, immediata, visivamente efficace e meglio comprensibile agli utenti, anche stranieri.

CODICE ROSSO - immediato pericolo di vita - Destinato a pazienti più gravi con compromissione di almeno una funzione vitale (respiratoria, cardio-circolatoria, nervosa) e/o alterazione di uno o più parametri vitali (FC, FR, PA, TC, scala del coma di Glasgow).

Il PS blocca la propria attività e riceve il paziente approntando l'ambulatorio a maggior tecnologia disponibile. L'accesso alle aree di trattamento è immediato e non vi è tempo di attesa. La rivalutazione è continua.

CODICE GIALLO - potenziale pericolo di vita - Attribuito ai bambini in cui vi è la minaccia di cedimento di una funzione vitale. L'accesso alle aree di trattamento è immediato compatibilmente ad altre emergenze in atto (tempo di attesa minore di 10 minuti). La rivalutazione avviene ogni 5-15 minuti.

CODICE VERDE - urgenza differibile - Assegnato ai pazienti che non presentano compromissione dei parametri vitali, con coscienza integra e per i quali è estremamente improbabile un peggioramento clinico. L'accesso alle aree di trattamento avviene dopo i codici rossi e gialli (tempi di attesa minore di 60 minuti). Il bimbo va rivalutato ogni 30-60 minuti.

CODICE BIANCO - non urgenza - Attribuito ai bambini che richiedono prestazioni sanitarie che non rivestono alcuna urgenza o emergenza e per le quali sono normalmente previsti percorsi alternativi (medico di base, ambulatori specialistici, consultori ecc.). L'accesso per questi pazienti avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi. Di norma sono presenti protocolli interni che indicano eventuali percorsi alternativi. La rivalutazione avviene almeno ogni 120 minuti o su richiesta del genitore.

4. La rivalutazione

È un momento cruciale del triage, soprattutto per le strutture che, per l'alto numero di accessi, hanno lunghi tempi di attesa. L'infermiere deve monitorare continuamente l'area di triage anche mentre svolge altri compiti: il codice colore non è una etichetta immodificabile, essendoci sempre la possibilità di una evoluzione peggiorativa o migliorativa del quadro clinico. Lo scopo della rivalutazione è quello di evitare aggravamenti durante l'attesa e mantenere un adeguato codice di gravità per ogni bimbo precedentemente visitato. È prevista dalle

linee guida nazionali come garanzia sia per l'utente in fase di attesa sia per lo stesso operatore di triage [15].

Conclusioni

L'attività di triage, dunque, rappresenta per l'infermiere del PS pediatrico un punto tra i più avanzati della sua professionalità in quanto viene svolta in piena autonomia e in assenza del medico. L'adozione di protocolli e linee guida univoche e condivise a livello regionale, ma adattate alle esigenze della realtà in cui si opera e approvate dalla direzione ospedaliera, consente all'infermiere di svolgere la propria attività in piena sicurezza non solo da un punto di vista medico-legale, ma anche perché la ricerca è ormai concorde sul fatto che la loro applicazione riduce i rischi da sovrastima o sottostima, essendo le decisioni prese convalidate dal protocollo stesso [16].

Le doti di "occhio clinico" necessarie al triage non s'imparano soltanto con le tecniche formative tradizionali, ma vanno vissute e interiorizzate sul campo. Accanto a questo sono altrettanto importanti un solido bagaglio di conoscenze nell'area pediatrico-neonatale e nell'area critica, la capacità di trasmettere ai genitori sicurezza e la percezione che l'équipe del PS stia facendo tutto il possibile per affrontare i problemi del bimbo e rispondere ai suoi bisogni. Allo stesso tempo il triagista deve avere la capacità di mantenere sempre un comportamento professionale e controllato perché lo stare continuamente a diretto contatto con l'utente, il rassicurare, il sedare l'ansia dei genitori dei bimbi, il far fronte a situazioni di panico, l'essere coinvolti in discussioni inutili o polemiche determinano una situazione di maggior stress rispetto agli altri colleghi del PS. È utile, perciò, una profonda conoscenza di se stessi e delle proprie emozioni. Per raggiungere questo scopo occorre un'adeguata formazione in ambito pediatrico che va costruita nel tempo, attraverso un iter formativo che parte da una buona preparazione assistenziale di base (pediatria generale e chirurgica) fino ad arrivare a una preparazione specialistica in area critica pediatrica.

In Italia esistono 13 ospedali pediatrici. La maggioranza degli accessi di bambini al Pronto Soccorso avviene quindi nei PS di ospedali generali. Salvo casi sporadici, gli ospedali generali non sono dotati

di un PS pediatrico e i loro DEA/PS sono variamente organizzati per la presa in carico del bambino che accede in urgenza, attraverso reperibilità, consulenze e talora guardie interne attivate con i medici delle rispettive UO di pediatria. La progressiva riduzione di risorse a disposizione dei sistemi sanitari regionali, unita al fenomeno già visibile e crescente della diminuzione dei pediatri in attività, lascia immaginare una crescente difficoltà degli ospedali generali a garantire servizi specifici di presa in carico clinica rivolti ai bambini nei DEA/PS [17]. In questo contesto, l'infermiere pediatrico e l'infermiere specialista in area pediatrica con competenze avanzate di triage potrebbero rappresentare un'utile risorsa a disposizione per garantire un'adeguata presa in carico del bambino acuto che accede al PS. ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] Gruppo Formazione Triage. Triage infermieristico. Milano: McGraw-Hill, 2002.
- [2] Costa M. Il Triage. Milano, McGraw-Hill 1997.
- [3] Hostetler MA, Mace S, Brown K, et al. Emergency department overcrowding and children. *Pediatr Emerg Care* 2007;23:507-15.
- [4] Ministero della Salute. Linee guida "Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992. Roma, 1996.
- [5] Fabbri C. L'Infermiere. Manuale teorico-pratico di infermieristica. Repubblica di San Marino. Maggioli, 1995.
- [6] AAVV. Tecniche infermieristiche. Milano, Masson 2002.
- [7] NA. Matching nurses, skill sets spells ED success. *ED Manag* 2008;20(7):82-3.
- [8] Smith A, Cone KJ. Triage decision-making skills: a necessity for all nurses. *J Nurses Staff Dev* 2010;26:E14-19.
- [9] McBrien B. Translating change: the development of a person-centred Triage training programme for emergency nurses. *Int Emerg Nurs* 2009;17(1):31-7.
- [10] AAVV. Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto. Firenze, Rosini 1994.
- [11] Chioldo E. Emergenza sanitaria: responsabilità e competenze. Pistoia, Nanni 1998.
- [12] IRC. Nuovo Manuale PTC base. Bologna, IRC 2007.
- [13] Dalton A, Limmer D. Advanced Medical Life Support. Centro scientifico Editore, 2006.
- [14] Brunner S. Nursing Medico-Chirurgico. Milano, Casa Editrice Ambrosiana 2001.
- [15] Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano, Masson 2002.
- [16] <http://simeup.com> (accesso 23/10/2009).
- [17] Siani P, Cirillo G. Il ricovero dei bambini in ospedale. *Quaderni acp* 2004;11(3):103-5.

COME ISCRIVERSI ALL'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2010 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per infermieri e per non sanitari. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a:

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru, 6
Narbolia (OR)

indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota.

Per iscriversi la prima volta, dopo avere versato la quota come sopra indicato, occorre inviare una richiesta (fax 079 302 70 41 oppure e-mail: segreteria@acp.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica.

Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista "Quaderni acp"

e, con apposita richiesta all'indirizzo info@csbonlus.org, la Newsletter bimestrale "La sorveglianza della letteratura per il pediatra" e la Newsletter "FIN DA PICCOLI"

del Centro per la Salute del Bambino. Hanno anche diritto a uno sconto sulla quota di abbonamento a "Medico e Bambino" e sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP.

Possono usufruire di numerose iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri.

Per una descrizione più completa si può visitare il sito www.acp.it.