

Il vissuto degli infermieri durante le chiamate di emergenza effettuate da bambini: uno studio fenomenologico nelle centrali operative 118 del Veneto (Italia)

Nurses' experience during emergency calls by children: a phenomenology study in emergency medical dispatch centers in Veneto, Italy

■ MICHELA FANTI¹, ANTONELLO CARTA²

¹ Infermiere. Unità Operativa di Medicina 1, Ospedale Ca' Foncello di Treviso. AULSS 2 Marca Trevigiana

² Infermiere. Dirigente delle Professioni Sanitarie, Sedi Ospedaliere di Mirano – Dolo – Noale. AULSS 3 Serenissima



RIASSUNTO

Introduzione: L'infermiere della Centrale Operativa 118 (COP 118) del Sistema Urgenza Emergenza Medica (S.U.E.M.) durante la chiamata di emergenza deve identificare la condizione critica mediante l'utilizzo di un metodo di triage telefonico che permetta di effettuare il dispatch, inviando di conseguenza sul posto il mezzo e lo staff più appropriati. Gli outcomes risultano essere migliori se l'infermiere riesce a riconoscere precocemente i sintomi del paziente: risulta essere fondamentale la comunicazione telefonica con l'interlocutore, soprattutto quando è un bambino. L'obiettivo dello studio è conoscere i meccanismi messi in atto dai professionisti nel momento in cui sono entrati in contatto telefonico con bambini che assistevano a situazioni di emergenza.

Metodo: È stata condotta un'indagine qualitativa fenomenologica multicentrica, attraverso la somministrazione di questionari e interviste semi-strutturate agli infermieri delle COP 118 delle province di Belluno, Treviso, Mestre, Vicenza e Padova. Sono stati raccolti 93 questionari, di cui 22 rientravano nei criteri di inclusione dell'indagine; sono state condotte 18 interviste.

Risultati: Dalle interviste sono emersi 5 temi: contesto; l'importanza del triage telefonico e del dialogo; reazione del bambino; emozioni degli infermieri; autovalutazione. 13 infermieri hanno definito la reazione del bambino "differente rispetto all'adulto" e 15 hanno dichiarato che il bambino era collaborante; 7 hanno riferito di provare agitazione nella gestione della chiamata, ma di essere riusciti a tranquillizzarsi nel corso della stessa; 13 hanno dovuto modificare l'approccio con l'interlocutore per adattare il linguaggio e lo stile di comunicazione. In 17 casi non è stato svolto un debriefing dopo l'accaduto; 11 hanno dichiarato che sarebbe stato indispensabile.

Discussione e conclusioni: I risultati dell'indagine condotta sono in accordo con la letteratura: si evidenzia la capacità dei bambini di collaborare telefonicamente con l'infermiere e la facilità nel lasciarsi guidare dall'operatore esperto. I bambini hanno le conoscenze per rispondere in maniera adeguata alle domande e le competenze per attuare possibili istruzioni prearrivo. Il triage telefonico ha trasmesso agli infermieri un senso di sicurezza perché è stato percepito un minor rischio di dimenticare qualche passaggio, tuttavia è risultato essenziale personalizzare la chiamata per conquistare la fiducia dell'interlocutore.

Parole chiave: infermiere, gestione, chiamata emergenza, vissuto, bambini.



ABSTRACT

Introduction: In SUEM 118 Operating Centre the nurses identify the critical condition by the use of dispatch during the emergency call. An early detection of the patient's symptoms may improve outcomes: telephonic communication with the patient is essential, especially when the patient is an infant. The main purpose of this study is to evaluate communication issues during emergency calls between nurses and children.

Method: a qualitative phenomenological multi center study was conducted and questionnaires and semi-structured interviews were administered to nurses working in COP 118 in hospitals of Belluno, Treviso, Mestre, Vicenza and Padova. 93 surveys were collected, of which 22 fitted inclusion criteria; 18 interviews were conducted.

Results: 5 issues revealed: context, importance of dispatch and dialogue, child's reaction, nurses' feelings and self-evaluation. 13 nurses describe child's reaction as "different from adult's one" and 15 nurses reported collaboration by the child; 7 nurses reported to feel agitation during the emergency call; 13 nurses had to modify dispatch to adapt the language to the children. A debriefing was not carried out just afterwards in 17 cases; 11 nurses affirmed that it would have been necessary.

Discussion and conclusion: this study agreed with literature: in this study children's ability to talk to the nurse and their ease to let them guide

by professionals are underlined. Children know how to answer properly to nurse's questions and they have primary skills to help nurses before their arrive. Dispatch gave nurses a sense of security because they feel a lower risk to forget a few steps, but it is essential to customize the emergency call to earn the interlocutor's trust.

Keywords: nurse, management, emergency call, experience, child.

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 15/10/2020
 ACCETTATO IL 11/06/2021

Corrispondenza per richieste:

Dott.ssa Michela Fantì,
 michela.fanti97@gmail.com

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi per il presente studio.

INTRODUZIONE

Il sistema di emergenza sanitaria nazionale nasce con il Decreto del Presidente della Repubblica (DPR) 27 marzo 1992 ed è costituito dal sistema di allarme ed emergenza territoriale, e dal sistema di risposta della rete ospedaliera. Il sistema di emergenza-urgenza è rappresentato da strutture deputate a fornire assistenza al paziente critico e acuto con l'obiettivo di ridurre le morti evitabili e le conseguenti gravi disabilità, attraverso un intervento diretto e qualificato^[1,2].

Il Servizio Urgenza Emergenza Medica (S.U.E.M.) è una struttura che garantisce il soccorso sanitario urgente alla popolazione. In Veneto il servizio è organizzato in centrali operative a carattere provinciale, dove personale infermieristico adeguatamente formato gestisce le chiamate di soccorso, applicando il Sistema Regionale di Dispatch per l'Emergenza (DiRE), descritto all'interno della Delibera giunta regionale (Dgr) n. 1298 del 16 agosto 2017^[3]. Attraverso un'intervista telefonica vengono raccolte tutte le informazioni necessarie per valutare il grado di complessità dell'intervento da attivare, al fine di attribuire un codice di priorità ad ogni chiamata e coordinare le ambulanze presenti sul territorio di competenza.

Le finalità del DiRE sono garantire uniformità, adeguatezza, affidabilità e sostenibilità nell'applicazione del metodo di triage telefonico, identificando immediatamente le condizioni di pericolo in atto, dedicando un approfondimento delle condizioni cliniche quando non si ravvisano condizioni di immediato pericolo. Come viene riportato nell'Allegato A del Dgr n. 1298 è importante ricordare che "La competenza professionale di questi infermieri è supportata, non sostituita dal DiRE"^[3].

L'ultima indagine condotta dal Ministero della Salute, nel 2005, "Sistema di emergenza sanitaria territoriale 118", evidenzia come presso le Centrali Operative in Italia siano state registrate 8.474.040 chiamate di soccorso sanitario (dati raccolti da 96 Centrali Operative su 103 italiane). In Veneto le chiamate di soccorso pervenute al 118 sono state 462286 di cui 316970 hanno originato un intervento; il 9% è risultato codice bianco, 29% verde, il 43% giallo e il 18% codice rosso^[4]. Con il DPR del 27 marzo del 1992 viene regolamentato

il sistema dell'emergenza sanitaria, con l'introduzione del numero unico telefonico nazionale 118. Gli infermieri che lavorano nelle strutture di Emergenza - Urgenza devono possedere tra le altre competenze riguardanti le tecniche di rianimazione e di stabilizzazione, le procedure previste e necessarie per i pazienti acuti, l'utilizzo di linee guida, percorsi assistenziali, protocolli e procedure terapeutiche, le abilità di comunicazione e di conduzione dell'intervista telefonica, la gestione di mezzi, attrezzature, dispositivi e farmaci, la conoscenza di aspetti etici e legali e la capacità di lavoro in équipe^[1].

Nell'articolo 4 del DPR 27/03/1992 viene stabilito che "La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa": tali protocolli, comprendono il sistema di dispatch, un sistema integrato che comprende una serie di azioni sistematiche possibilmente informatizzate (protocolli di intervista), standardizzate e omogenee, che consentono all'operatore della Centrale Operativa di indirizzare e gestire in maniera ottimale chiamate telefoniche di soccorso, attraverso una corretta interpretazione del grado di complessità dall'evento, e di inviare la risorsa più idonea per l'evento presentato. Deve includere, inoltre, istruzioni prearrivo immediatamente disponibili, definite e predisposte preventivamente, al fine di fornire agli assistenti tutte le informazioni necessarie per effettuare manovre di primo soccorso^[1,2,5]. Secondo le linee guida sul sistema emergenza sanitaria il protocollo di dispatch, deve essere periodicamente aggiornato, tenendo conto di eventuali linee guida elaborate da Società Scientifiche.

L'importanza del tempo è stata descritta e studiata in vari contesti di emergenza: ne è un esempio la golden hour, concetto introdotto per la prima volta nel 1975 da Adams Cowley, il quale affermava come, le probabilità di sopravvivenza di una persona gravemente ferita erano determinate, in gran parte, dalla gestione della prima ora dopo il trauma. Nell'articolo di Rogers, Rittenhouse e Gross (2015), il concetto viene identificato maggiormente come una modalità di pensiero del professionista sanitario, per evidenziare che il trattamento al paziente in emergenza

deve avvenire agendo nella maniera più rapida possibile, dal momento in cui ogni paziente e ogni trauma sono diversi e, di conseguenza, necessitano di cure differenti^[6]. Nelle linee guida del 2017 dell'American Heart Association (AHA), viene dichiarato che in ogni minuto in cui si ritarda l'inizio della rianimazione cardiopolmonare (RCP) le probabilità di sopravvivenza si riducono del 10%; l'esecuzione immediata della RCP da una persona vicina alla vittima duplica le probabilità di sopravvivenza^[7].

Lindström, et al. (2014) enfatizzano l'importanza della comunicazione telefonica tra l'infermiere delle Centrali Operative e l'interlocutore in una chiamata di emergenza. Gli autori sottolineano come le Centrali Operative del 118 siano il primo contatto della persona con il servizio sanitario del paziente malato. Da questo ne deriva che l'infermiere che risponde alla chiamata ha un ruolo cruciale nell'identificazione della condizione critica e prima riesce a riconoscere i sintomi del paziente, migliori risultano essere gli outcomes e le probabilità di sopravvivenza del paziente^[8,9].

Pettinari e Jessopp (2001) sottolineano come l'impossibilità di vedere il paziente renda maggiormente difficile determinare le condizioni di salute, l'attendibilità del chiamante e di costruire una relazione di fiducia tra i due interlocutori. In questa analisi qualitativa vengono esposti e affrontati i tre aspetti fondamentali di una chiamata:

- La raccolta di informazioni, che deve essere condotta attraverso delle strategie, come far effettuare alla persona vicina dei test fisici oppure utilizzare degli esempi.
- il controllo del linguaggio e del tono di voce da parte dell'operatore, indispensabile nel fornire consigli e informazioni. È importante adattare il proprio linguaggio a quello dell'interlocutore, per trasmettere calma e per permettere alla persona di comprendere le istruzioni.
- Il rapporto di fiducia risulta l'aspetto più difficile da costruire, sia per l'infermiere che per la persona all'altro capo del telefono che, a causa della mancanza del contatto visivo, trova difficoltà nel fidarsi totalmente del professionista. Per questo motivo è indispensabile personalizzare la chiamata^[10].

L'intervento telefonico si può prolungare per tutto il tempo che l'infermiere ritiene utile. Dal modo in cui vengono gestiti questi primi minuti può dipendere l'efficacia del sistema dell'emergenza in quanto il paziente, se ritiene che l'operatore non abbia avuto nei suoi confronti un approccio empatico e comprensivo, può chiudere la chiamata prima di avere fornito tutte le informazioni richieste^[11].

La popolazione pediatrica deve essere considerata una grande risorsa nell'ambito dell'emergenza e diversi studi hanno indagato le capacità dei bambini in queste situazioni. Lo studio di Bohn et al. (2015) ha riportato che un bambino all'età di 4 anni è in grado di riconoscere una vittima di un arresto cardiaco e di effettuare una chiamata di emergenza^[12]. In Danimarca è stato dimostrato che in seguito a una campagna nazionale dedicata all'insegnamento ai bambini della rianimazione cardiopolmonare (RCP) è aumentata la percentuale di astanti che svolgono la RCP e, di conseguenza, il tasso di sopravvivenza dopo un arresto cardiaco^[13].

Plotner, Over, Carpenter e Tomasello (2015) sottolineano come i bambini inizino ad aiutare gli altri già all'età di un anno; dal loro studio è emerso come anche i bambini percepiscono la responsabilità di intervenire nelle situazioni in cui c'è la necessità di un aiuto, mettendosi in gioco^[14].

L'obiettivo dello studio è di descrivere i meccanismi messi in atto da parte degli infermieri delle Centrali Operative della Regione Veneto durante le chiamate di aiuto effettuate da bambini che stanno assistendo a una situazione di emergenza, indagando le difficoltà presentatesi nella relazione, le emozioni provate e le possibilità di crescita professionale che ne derivano.

MATERIALI E METODI

È stata condotta un'indagine qualitativa retrospettiva multicentrica, rivolta agli infermieri di cinque Centrali Operative della Regione Veneto, che coinvolge un campione di convenienza di professionisti. È stato ottenuto il consenso alla somministrazione dello strumento da parte delle Aziende Sanitarie e da parte dei Direttori delle strutture.

L'indagine è stata condotta somministrando un questionario disponibile sia in forma cartacea che in forma digitale a tutti gli infermieri delle Centrali Operative provinciali di Treviso (Ulss n°2), Mestre (Ulss n°3), Vicenza (Ulss n°8), Belluno (Ulss n°1), e Azienda Ospedaliera di Padova, per individuare i professionisti che erano stati coinvolti, almeno una volta, in una chiamata effettuata da un bambino presente a una situazione di emergenza.

I criteri di inclusione sono stati:

- Infermieri che hanno avuto esperienza di gestione di una chiamata effettuata da un bambino (0 - 12 anni), il quale assiste-

va a una situazione di emergenza - urgenza.

- Adesione alla raccolta e al trattamento dei dati.

L'età pediatrica presa in considerazione è stata compresa tra 0 e 12 anni, in accordo con quanto presente nella letteratura scientifica.

I partecipanti che rientravano nei criteri di inclusione sono stati successivamente contattati con lo scopo di condurre una intervista semi-strutturata telefonica o di persona, a seconda dalla disponibilità degli intervistati. (**Allegato n°1**). La raccolta dati e le interviste sono state effettuate dal 12/08/2019 al 04/10/2019.

L'intervista è costituita da due parti:

- La prima, sviluppata attraverso 11 quesiti, al fine di comprendere le dinamiche dell'evento. Le domande dell'intervista sono state elaborate, in modo coerente con il quesito di ricerca e con la letteratura, al fine di comprendere il vissuto degli infermieri nei confronti dell'evento in questione. Durante le interviste sono state aggiunte o riformulate delle domande al fine di ottenere una migliore interpretazione delle risposte e del vissuto degli infermieri^[15,16,17].

- La seconda parte è una scheda anagrafico-sociale organizzata in modo tale da recuperare informazioni personali riguardo l'età, sesso, anni di lavoro totali, in area critica e in U.O. SUEM, il tipo di formazione ricevuta e la sede della COP 118 di riferimento. Questa seconda parte veniva eseguita solo al termine della prima parte dell'intervista, per non condizionare l'esecuzione dell'intervista stessa.

Durante tutte le fasi di raccolta dati è stata garantita la privacy di tutti i partecipanti. Tutte le interviste sono state registrate, previo consenso informato orale registrato, e sono state successivamente trascritte parola per parola dal conduttore.

Il testo delle interviste semi-strutturate è stato analizzato tramite il metodo di analisi dei dati qualitativi Van Kaam (2005), utilizzato nella ricerca fenomenologica con lo scopo di comprendere l'esperienza umana attraverso l'identificazione di concetti ed elementi comuni^[18].

RISULTATI

Descrizione del campione

I questionari sono stati inviati a tutti i Coordinatori delle Unità Operative coinvolte nell'indagine e ne sono stati raccolti 93, di cui

Tabella 1. Caratteristiche principali del campione

Genere		%
M	10	58,8%
F	7	41,2%
Età		
min - max	35 - 59	
Media	47	
Mediana	46	
Massimo titolo conseguito in Infermieristica		
Diploma scuola regionale	4	23,6%
Laurea triennale	10	58,8%
Master 1° livello	3	17,6%
Anzianità di servizio come infermiere (in anni)		
min - max	10 - 33	
Media	23	
Mediana	23	
Anni totali di lavoro in area critica		
min - max	3 - 33	
Media	21	
Mediana	20	
Anni totali di lavoro al SUEM		
min - max	3 - 32	
Media	16	
Mediana	17	

ALLEGATO N°1 - INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

Data: _____

Ora inizio intervista: _____

Ora termine intervista: _____

1. Mi racconti brevemente l'episodio, in particolare facendo riferimento a:
 - a. Età del bambino
 - b. Spiegazione della situazione di emergenza – urgenza a cui il bambino stava assistendo.
 - c. Qual è stato l'esito dell'intervento?
2. Ha seguito un percorso specifico per gestire la telefonata con il bambino? Ha effettuato delle modifiche al dispatch in utilizzo, in relazione alla comprensione dell'interlocutore, se sì, quali?
3. Secondo lei, è stato efficace il dialogo, e il dispatch utilizzato?
4. Qual è stata la reazione del bambino? (collaborazione, distacco, paura)
5. Il bambino è riuscito a coinvolgere degli adulti?
6. Quali difficoltà ha trovato nell'ottenere i dati dal bambino?
7. E, invece, quali difficoltà nel dare informazioni o consigli?
8. Quando le è capitato come si è sentito? Mi racconti il suo vissuto
9. Dopo l'accaduto è stato svolto un debriefing all'interno della Centrale Operativa per la condivisione dell'evento tra i vari operatori?
10. Come valuta la sua performance? Quali sono stati i punti di forza? Cosa cambierebbe?
11. Se ora si trovasse nella medesima situazione, come si comporterebbe?

Dati anagrafici dell'intervistato (da compilare dopo aver effettuato l'intervista)

Età _____ M _____ F _____ Sede _____

Anni di lavoro al SUEM _____ Anni in area critica _____ Anni di servizio totali _____

Formazione _____

22 con risposta ad entrambi i criteri di inclusione. 17 infermieri hanno accettato di essere sottoposti alla successiva intervista, di cui a 1 è stata somministrata una seconda volta, con un totale di 18 interviste. La seconda parte dell'intervista ha permesso di raccogliere dati di tipo anagrafico (**tab.1**).

Risultati della raccolta: il vissuto degli infermieri

I risultati emersi dalle interviste sono stati organizzati per temi comuni estrapolati dalle domande guida.

I 17 infermieri reclutati hanno avuto contatti solo con bambini di età superiore a 5

anni. Nella fattispecie, il 44,4% dei bambini (8) avevano 11-12 anni, il 33,3% (6) dai 7 agli 8 anni; i restanti si sono collocati il 5,6% (1) nella fascia 5-6, il 5,6% (1) nella fascia 9-10; in 2 casi (11,1%) non è stata specificata l'età. L'esito dell'intervento è stato nel 72,2% dei casi (13) positivo, mentre nel 22,2% (4 casi) è stato negativo, di cui 1 decesso (5,6%) è avvenuto in ospedale.

L'importanza del triage telefonico e del dialogo

Nel 55,6% dei casi (10 interviste) gli infermieri intervistati hanno dichiarato di non aver seguito un percorso specifico per la gestione

della chiamata del bambino, al contrario del 27,8% (5 infermieri) che ha affermato di averlo fatto; nel restante 16,7% (3 interviste) non è stato specificato. Nel 27,8% delle interviste (5 interviste) gli infermieri hanno riferito di non aver avuto la necessità di apportare modifiche al modello di triage telefonico in uso. Nelle rimanenti 13 interviste gli infermieri sono stati costretti ad eseguire delle modifiche, in particolare, il 33,3% (6 infermieri) hanno riferito di avere dovuto correggere il linguaggio per adattarlo al bambino: "ho cercato di usare dei termini un po' più chiari e un po' più semplici" (Intervista n°3). Il 22,2% (4 infermieri) ha cercato di entrare in confidenza con il bambi-

no attraverso azioni semplici come chiedere il nome e l'età oppure dare del tu, al fine di creare un rapporto più diretto e meno formale. Le restanti modifiche effettuate sono state, nel 16,7% dei casi (3 soggetti), l'utilizzo di un tono di voce più calmo mentre un altro 16,7% ha utilizzato un controllo emotivo del bambino; altri 3 soggetti hanno dato importanza alla collaborazione, attraverso lo svolgimento delle varie fasi insieme al bambino. Altre modifiche sono state la ripetizione di frasi e parole chiave, cercare aiuto da parte di adulti fisicamente vicini al bambino e la capacità di scendere al livello dell'interlocutore. Tutti gli intervistati (100%) hanno definito il dialogo e il triage telefonico utilizzati efficaci: *"quindi averlo sott'occhio, mi ha aiutato a rimanere più calma, sapere che avevo un aiuto e che non mi sarei dimenticata niente"* (Intervista n°5), *"il dialogo è stato efficace, perché loro hanno eseguito correttamente"* (Intervista n°1). Nel 66,7% dei casi (12 interviste) il triage telefonico è stato efficace anche senza l'apporto di modifiche, mentre il restante ha dichiarato che l'efficacia è dipesa anche dalle modifiche effettuate: *"Alcune domande erano troppo complesse"* (Intervista n°2).

La reazione del bambino

Alla domanda "Qual è stata la reazione del bambino?" il 72,2% degli intervistati (13 infermieri) ha posto l'accento sulla diversità di risposta rispetto a quella di un adulto. *"Loro sono più lucidi, sostanzialmente, sono meno alla mercé dello stato emotivo"* (Intervista n°8). Una grande percentuale di soggetti intervistati (83,3%, 15 intervistati) inoltre ha definito il bambino collaborante e lucido. Nel 55,6% dei casi (10 soggetti) il bambino è stato definito come preoccupato, spaventato, impaurito. 8 bambini (44,4%) sono stati definiti tranquilli. Altri aggettivi utilizzati per descrivere i bambini emersi dall'analisi sono stati: fiduciosi, disponibili, coraggiosi o *"si sentiva un po' importante per l'incarico che gli avevo dato"* (Intervista n°3). 6 bambini (33,3%) sono riusciti a coinvolgere degli adulti mentre il restante non è riuscito perché era a casa da solo con il malato. 14 soggetti (77,8%) hanno riportato di non aver riscontrato difficoltà nell'ottenere i dati dal bambino, mentre 4 intervistati (22,2%) hanno trovato delle difficoltà a causa di *"non sapeva dove abitava, l'indirizzo, paese, via"* (Intervista n°4), *"essendo un po' concitato ho dovuto chiedergli più volte"* (Intervista n°8), e *"piccola età"* (Intervista n°13). Analogamente 15 infermieri (83,3%) hanno asserito di non aver avuto problemi nel dare informazioni o consigli all'interlocutore: *"no, (...) i consigli che ti ho detto erano molto semplici e lui li ha recepiti ed eseguiti"* (Intervista n°9). Il restante ha dichiarato di aver riscontrato alcuni problemi a riguardo: *"dovuto lasciar perdere, perché alcune cose (...) erano un po' difficili"*

(Intervista n°2). Solo un intervistato ha dichiarato di non aver dato consigli.

Le emozioni degli infermieri coinvolti

Il 38,9% (7 infermieri) ha riferito di essersi sentito in primo luogo agitato ma poi successivamente tranquillo. Il 27,8% (5 infermieri) ha riportato di aver provato calma, tranquillità, o non aver provato emozioni diverse rispetto al normale. Altre parole utilizzate dagli intervistati sono state paura, terrore, *"maggiormente responsabile della telefonata"* (Intervista n°14), *"sorpresa"* (Intervista n°15), *"certe situazioni, mi caricano a livello emotivo"* (Intervista n°8).

Solo in un caso (5,6%) è stato svolto un debriefing nella COP 118 di appartenenza per la condivisione dell'evento tra gli operatori, mentre non è avvenuto nel restante 94,4% dei casi (17): di questi 3 (16,7%) hanno dichiarato che non era indispensabile data la situazione, ma la maggior parte (11 intervistati, 61,1%) ha riferito che sarebbe stato utile.

L'autovalutazione degli infermieri.

Alla domanda "Quali sono stati i punti di forza?" le risposte sono state varie: il 27,8% (5 intervistati) ha identificato come punto di forza l'uso del linguaggio e della voce; il 27,8% (5 intervistati) ha posto l'accento sulla capacità di definire le priorità; 3 persone (16,7%) hanno premiato la capacità di coinvolgere il bambino attraverso l'empatia e la fiducia; il 16,7% (3 soggetti) è stato capace di accorciare le distanze presentandosi, dando del tu o mantenendo un tono di voce sereno. Altri 3 intervistati (16,7%) hanno dichiarato di essere riusciti a mantenere la calma e il distacco. Un altro punto di forza è stata la capacità di tranquillizzare il bambino (1 soggetto, 5,6%).

Riguardo alla domanda "Cosa cambierebbe?" il 38,9% (7 partecipanti) ha risposto che non cambierebbe nulla e il 22,2% (4 partecipanti) hanno dichiarato di non saperlo. Infine l'11,1% (2 partecipanti) ha riferito di desiderare un percorso organizzato per la gestione della chiamata. I restanti hanno posto l'accento su modifiche nell'organizzazione della COP 118, nel linguaggio utilizzato, nelle istruzioni prearrivo più specifiche, nel cercare di mantenere la calma e far descrivere la situazione anche da un adulto, se presente.

L'83,3% dei partecipanti (15 infermieri) ha riportato che se ora si trovassero nella stessa situazione si comporterebbero allo stesso modo: di questi, uno (5,6%) ha dichiarato che avrebbe utilizzato l'esperienza e 3 (16,7%) hanno riferito che sarebbero più tranquilli nella gestione della chiamata. Altre risposte hanno compreso *"una buona respirazione aiuta a gestire meglio l'ansia del momento"* (Intervista n°4), l'utilizzo del dispatch regionale, e la somministrazione di istruzioni prearrivo più specifiche: *"Un qualcosa di più organizzato per non dovere, nell'emergenza, ricercare*

le parole adatte per riuscire a parlare con il bambino" (Intervista n°13).

DISCUSSIONE

In accordo con la letteratura, dalle interviste svolte è risultata evidente la capacità dei bambini di collaborare telefonicamente con l'infermiere nonostante la paura iniziale e la facilità nel lasciarsi guidare dall'operatore esperto nelle varie fasi dell'emergenza. Il senso di responsabilità che viene sperimentato dai bambini coinvolti e la loro capacità di affidarsi all'adulto presente porta alla creazione di una maggiore disponibilità nello svolgere qualsiasi tipo di azioni, senza mettere in discussione gli ordini che vengono dati loro¹⁴. *"C'è una preoccupazione iniziale per cercare di mettere a proprio agio il ragazzino, perché è verosimile che possa trattarsi di una condizione psicologica difficile per lui; anche, se, ripeto, ogni volta che rispondo al telefono di un bambino mi sorprende, invece, che dall'altra parte ci sia un'assoluta tranquillità nello spiegare le cose."* (Intervista n°18).

Molti intervistati hanno definito la reazione del bambino come "diversa rispetto a quella dell'adulto", specificando come gli adulti siano più sensibili al panico e all'agitazione a causa del loro retroscena culturale e psicologico, che permette loro di comprendere appieno la gravità della situazione e, di conseguenza, le loro reazioni non sono facilmente controllabili. Al contrario, i bambini dimostrano maggiore lucidità risultando più facilmente guidabili. *"Con gli adulti ci sono grosse difficoltà, a volte, nel farsi dire quello che si vuole, le informazioni che a noi servono, perché c'è un retroscena culturale della persona e, soprattutto, l'emotività della persona che fa da blocco. (...) Nei bambini tutto questo non succede: gli chiedi una cosa e lui ti dà la risposta, quindi paradossalmente è più facile"* (Intervista n°10).

In 4 interviste è stata enfatizzata l'importanza di creare un rapporto di fiducia con il bambino, al fine di ricevere la maggior collaborazione possibile: è risultato che per gli infermieri delle COP 118 è più facile ottenere la fiducia del bambino rispetto all'adulto, dal momento in cui i bambini, per natura, necessitano di affidarsi a qualcuno che dica loro cosa fare e come farlo. *"i tempi (...) sono molto più brevi rispetto a quelle con l'adulto (...). I bambini sono tabula rasa e quindi, si aspettano solo di fare quello che tu gli dici di fare"* (Intervista n°10).

Dalle interviste è emerso che questa maggior facilità di relazionarsi dipenda dal fatto che i bambini sono definiti come *"materia grezza (...)* e sono una spugna perché assorbono" (Intervista n°18) o *"un foglio bianco: per cui, se si riesce a raggiungere un piccolo rapporto di fiducia, hai la potenzialità di avere questo foglio bianco in cui tu puoi scrivere*

e lui può colorare senza nessun problema e darti le indicazioni su quello che tu chiedi.” (Intervista n°10). Per questi motivi le telefonate con i bambini sono state definite come delle telefonate da manuale e la relazione con i bambini è risultata essere più semplice rispetto a quella con l’adulto.

Baldi, Bertalia e Contri (2014) hanno dimostrato che dopo aver insegnato ai bambini la rianimazione cardio-polmonare è aumentata la percentuale di assistenti che svolgono la RCP^[13]. Le interviste svolte hanno sottolineato la facilità nel parlare ai bambini: la maggior parte degli intervistati ha dichiarato di non aver avuto difficoltà nell’ottenere i dati dal bambino e di non averne avute nel dare consigli o informazioni.

Dall’analisi delle interviste è risultato che dopo la telefonata effettuata dal bambino solo in un caso è stato svolto un debriefing all’interno della Centrale Operativa. Gli intervistati hanno dichiarato che sarebbe stato utile per diminuire la sensazione di paura riguardo quell’avvenimento e per avere un confronto con i colleghi sulle possibili risposte o stili diversi di gestione del fatto accaduto e del servizio, attraverso un’analisi più oggettiva, obiettiva e lucida, al fine di individuare potenziali ambiti di miglioramento della performance. Gli intervistati hanno sottolineato il bisogno di poter condividere emozioni che causano tensione. Ad esempio l’intervista n°1 riporta: *“Purtroppo no; non lo tollero, non lo condivido e non sta nella mia testa. Perché queste cose devono essere analizzate insieme perché possono essere utili per tutti e per me, perché se in qualche caso io avessi sbagliato qualcosa o (...) non avessi portato a casa quello che ho portato a casa, era utile per cercare di migliorare anche la mia performance”*. Uno degli infermieri (intervista n. 9) ha sottolineato come la mancanza di tempo sia il motivo principale per il quale non vengono attuati sistematicamente debriefing, oltre alla mole di lavoro e alla difficoltà a riunire tutti gli operatori, in accordo con Kessler, Cheng e Mullan (2015)^[19]. L’unica persona che ha risposto positivamente alla domanda *“Dopo l’accaduto è stato svolto un debriefing all’interno della Centrale Operativa per la condisione dell’evento tra i vari operatori?”* lo ha definito *“indispensabile”*. (Intervista n°13).

Nelle interviste svolte, il 70,59% degli intervistati ha dichiarato l’efficacia del triage telefonico e del conseguente dispatch, evidenziando di non aver dovuto effettuare delle modifiche relative alla conduzione della conversazione. È risultato che avere il protocollo di triage a portata di mano, ha trasmesso agli infermieri un senso di sicurezza perché il rischio di dimenticare qualche passaggio era minore: è stato considerato uno strumento di aiuto che ha permesso agli operatori di mantenere la calma. In particolare il DiRE è stato defini-

to dagli infermieri come un ottimo strumento perché permette di non dover pensare al lato tecnico della gestione della situazione d’emergenza, lasciando la possibilità all’infermiere di concentrarsi sulla sfera relazionale della chiamata. Un infermiere ha dichiarato di non aver sentito la necessità di modificare il dispatch per merito della reazione del bambino che è risultato essere collaborante e preciso nell’ascoltare e rispondere in modo pertinente^[20].

In accordo con la letteratura, gli infermieri intervistati hanno sentito la necessità di effettuare delle modifiche al modello di triage telefonico suggerito dal DiRE, cambiando l’atteggiamento e il modo di relazionarsi con il bambino: è stato utilizzato un linguaggio più semplice con meno termini tecnici e meno formale raggiungendo il livello di comprensione dell’interlocutore. È risultato importante anche il servirsi di un tono di voce più calmo per cercare di infondere un senso di sicurezza e tranquillità al fine di ottenere la collaborazione massima: anche Pettinari e Jessopp (2001) definiscono indispensabile il controllo del linguaggio, il tono di voce e l’avvicinarsi al livello dell’interlocutore per trasmettere calma^[10].

Da alcune interviste è trapelata la complessità delle domande che devono essere fatte seguendo il DiRE considerando la piccola età dell’interlocutore. Un infermiere ha definito il modello di triage telefonico come un *“vestito di serie”* che deve essere adattato alla persona che si ha di fronte: *“ti dà un metodo, ma non può essere il sistema, (...) devi veramente adattarti alla persona...cioè devi avere le idee chiare su quello che vuoi e sul modo in cui lo puoi ottenere. Ma poi diventa fare un vestito sulla persona, non è un vestito di serie. Quindi, se il triage è un vestito di serie, (...) devi essere tu il sarto, adattarlo alla persona. Il problema è che hai poco tempo”* (Intervista n°15). Le modifiche attuate sono state eseguite facendo riferimento all’esperienza dei singoli operatori e non fornite da conoscenze derivanti corsi di formazione specifici per la gestione della chiamata. Secondo le linee guida sul sistema emergenza sanitaria (Atto d’Intesa Stato-Regioni, 1996) il protocollo di dispatch deve essere periodicamente aggiornato; nella raccolta dati è emersa la necessità di creare un percorso specifico o un corso di formazione per permettere agli infermieri di non dover ricercare le parole adatte per comunicare con il bambino nel momento dell’emergenza, in modo da avere un sistema codificato ottimale anche per queste situazioni specifiche^[20].

Böttiger e Van Aken hanno dichiarato che uno dei passi più importanti per aumentare il tasso di assistenti che praticano la rianimazione cardio-polmonare e aumentare la sopravvivenza in tutto il mondo, è educare

i bambini in età scolare. A questo proposito, è interessante notare come dalla raccolta dati sia effettivamente emerso questo aspetto: nell’intervista n°7 l’infermiere racconta di un episodio in cui un bambino aveva iniziato la RCP prima ancora di chiamare i soccorsi, proprio perché la mattina stessa aveva partecipato ad un corso di primo soccorso organizzato dalla scuola. L’infermiere ha riferito che il bambino era capace di eseguire ogni manovra alla perfezione. Per questo motivo è fondamentale dare la giusta importanza all’educazione svolta nelle scuole^[21].

LIMITI DELLO STUDIO

L’indagine è stata svolta su un campione di convenienza di infermieri. Il campione è poco numeroso perché l’eventualità che un operatore si confronti con questo tipo di situazione non è frequente. Inoltre, in base alla disponibilità manifestata, è possibile che coloro i quali hanno preso parte all’indagine fossero a proprio agio nel trattare l’argomento di studio. Di conseguenza potrebbero non essere stati inclusi coloro i quali non fossero altrettanto bendisposti nel raccontare la propria esperienza.

Un ulteriore limite dello studio potrebbe essere rappresentato dal periodo temporale intercorso fra l’esperienza della chiamata e il momento dell’intervista, che potrebbe aver causato recall bias.

CONCLUSIONI

Dallo studio condotto emerge la reale capacità dei bambini di collaborare nelle situazioni di emergenza, mantenendo la calma e affidandosi totalmente alle indicazioni dell’infermiere dall’altra parte del telefono, mantenendo la lucidità in tutte le fasi dell’emergenza. Per questo motivo i bambini hanno un ruolo nella catena della sopravvivenza: è necessario considerare la necessità di implementare l’insegnamento delle nozioni di base del BLS a livello scolastico, come suggeriva già nel 2011 American Heart Association (AHA)^[22]. La formazione specifica infatti può innanzitutto migliorare gli outcome per i pazienti: ad esempio, il programma *“Kids Save Lives”* recentemente approvato dall’OMS aiuterà a promuovere nelle scuole di tutto il mondo la Formazione BLS per tutti gli alunni che abbiano almeno 12 anni di età^[13,21,23]. Le possibilità di raggiungere un esito positivo dipendono anche dalla capacità dell’infermiere di gestire la chiamata, trovando la giusta modalità per rapportarsi al bambino. Alcuni studi suggeriscono che l’approccio dei bambini è meno influenzato dalla paura rispetto a quello degli adolescenti^[24]. La presenza di un sistema strutturato di triage telefonico è di grande aiuto, ma potrebbe non essere sufficiente per supportare l’operatore. Per questo motivo, è fondamentale la creazione di corsi

formativi specifici che permettano agli operatori sanitari di avere una formazione di base oppure dei percorsi specifici che possano essere di supporto nel momento della telefonata.

Il debriefing come metodo di approccio strutturato per la condivisione di emozioni, scelte ed esperienze tra i professionisti sanitari coinvolti in questi eventi potrebbe rappresentare un momento di crescita per tutto il gruppo professionale. Sia Robbins (1999) che Healey e Tyrrell (2013) hanno dimostrato la necessità di condurre debriefing dopo eventi critici e stressanti per i professionisti sanitari che operano nell'ambito dell'emergenza^[25,26]. È auspicabile l'inserimento di un percorso di analisi degli eventi al fine di ottenere un miglioramento delle risposte operative, attraverso la condivisione delle esperienze da parte del personale coinvolto^[27].

BIBLIOGRAFIA

- Decreto del Presidente della Repubblica del 27 Marzo 1992, *Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*. Disponibile su: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1701_allegato.pdf; [ultima consultazione 13/03/21];
- Società Italiana Sistema 118. *Criteri e standard del servizio "118"*. Documento presentato presso Meeting Consensus, Roma, Italia. 2012. Disponibile da https://www.sis118.it/wp-content/uploads/2016/06/Standard_118.pdf[ultima consultazione il 17/03/2021];
- Regione Veneto. *Deliberazione della Giunta Regionale n. 1298 del 16 agosto 2017*. Disponibile su <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DetailDgr.aspx?id=352159> [ultima consultazione 19/03/2021];
- Ministero della Salute. *Sistema di emergenza sanitaria territoriale 118*. Rilevazione Nazionale Anno 2005 (2007). Disponibile su http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_845_allegato.pdf [ultima consultazione il 17/03/2021];
- DM 15/05/1992, *Gazzetta Ufficiale n.121 "Serie Generale Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza"*;
- ROGERS FB, RITTENHOUSE KJ, GROSS BW. *The golden hour in trauma: dogma or medical folklore?* *Injury*. 2015 Apr;46(4):525-7. doi: 10.1016/j.injury.2014.08.043.
- KLEINMAN ME, GOLDBERGER ZD, REA T, SWOR RA, BOBROW BJ, BRENNAN EE, TERRY M, HEMPHILL R, GAZMURI RJ, HAZINSKI MF, TRAVERS AH. *2017 American Heart Association Focused Update on Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. *Circulation*. 2018 Jan 2;137(1):e7-e13. doi: 10.1161/CIR.0000000000000539. Epub 2017 Nov 6. Erratum in: *Circulation*. 2018 Jan 2;137(1):e14.
- LINDSTRÖM V, HEIKILÄ K, BOHM K, CASTRÈN M, FALK AC. *Barriers and opportunities in assessing calls to emergency medical communication centre—a qualitative study*. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2014 Nov 11;22:61. doi: 10.1186/s13049-014-0061-3.
- NEELY KW, NORTON RL, SCHMIDT TA. *The strength of specific EMS dispatcher questions for identifying patients with important clinical field findings*. *Prehosp Emerg Care*. 2000 Oct-Dec;4(4):322-6. doi: 10.1080/10903120090941038.
- PETINARI CJ, JESSOPP L. "Your ears become your eyes": *managing the absence of visibility in NHS Direct*. *J Adv Nurs*. 2001 Dec;36(5):668-75. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.02031.x.
- CLAWSON JJ, SINCLAIR R. *The emotional content and cooperation score in emergency medical dispatching*. *Prehosp Emerg Care*. 2001 Jan-Mar;5(1):29-35. doi: 10.1080/10903120190940290.
- BOHN A, LUKAS RP, BRECKWOLDT J, BÖTTIGER BW, VAN AKEN H. *'Kids save lives': why schoolchildren should train in cardiopulmonary resuscitation*. *Curr Opin Crit Care*. 2015 Jun;21(3):220-5. doi: 10.1097/MCC.000000000000204.
- BALDI E, BERTAIA D, CONTRI E. *School children learn BLS better and in less time than adults*. *Resuscitation*. 2015 Mar;88:e15-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.12.034.
- PLÖTNER M, OVER H, CARPENTIER M, TOMASELLO M. *Young children show the bystander effect in helping situations*. *Psychol Sci*. 2015 Apr;26(4):499-506. doi: 10.1177/0956797615569579.
- BOYCE, C, & NEALE, P. *Conducting In-Depth Interview: A Guide for Designing and Conducting In-Depth Interviews for Evaluation Input*. *Pathfinder International Tool Series, Monitoring and Evaluation-2*, 2006;
- DALEY, BJ. *Using concept maps in qualitative research*. *Proc. of the First Int. Conference on Concept Mapping*, Pamplona, Spain, 2004. Disponibile su <http://cmc.ihmc.us/Papers/cmc2004-060.pdf> [ultima consultazione il 18/03/2021];
- GUION, L, DIEHL, D, & McDONALD, D. *Conducting an In-depth Interview*. University of Florida, 2001. Disponibile su <http://greenmedicine.ie/school/images/Library/Conducting%20An%20In%20Depth%20Interview.pdf> [ultima consultazione il 14/03/2021];
- VAN KAAM, AL, RITTENHOUSE, KJ, & GROSS, BW. *Phenomenal Analysis: Exemplified by a Study of the Experience of "Really Feeling Understood"*. *Journal of Individual Psychology*, 1959, 15(1): 66-71;
- KESSLER DO, CHENG A, MULLAN PC. *Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide*. *Ann Emerg Med*. 2015 Jun;65(6):690-8. doi: 10.1016/j.annemergmed.2014.10.019.
- Ministero della Sanità. "Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992". *Gazzetta Ufficiale n. 114 Serie Generale* del 17 maggio 1996. Disponibile su: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1746_allegato.pdf [ultima consultazione 18/03/2021];
- KESSLER DO, CHENG A, MULLAN PC. *Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide*. *Ann Emerg Med*. 2015 Jun;65(6):690-8. doi: 10.1016/j.annemergmed.2014.10.019.
- CAVE DM, AUFDERHEIDE TP, BEESON J, ELLISON A, GREGORY A, HAZINSKI MF, HIRATZKA LF, LURIE KG, MORRISON LJ, MOSSO VN JR, NADKARNI V, POTTS J, SAMSON RA, SAYRE MR, SCHEKNAYDER SM; American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee; Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation; Council on Cardiovascular Diseases in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Clinical Cardiology, and Advocacy Coordinating Committee. *Importance and implementation of training in cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillation in schools: a science advisory from the American Heart Association*. *Circulation*. 2011 Feb 15;123(6):691-706. doi: 10.1161/CIR.0b013e31820b5328.
- BÖTTIGER BW, SEMERARO F, WINGEN S. "Kids Save Lives": *Educating Schoolchildren in Cardiopulmonary Resuscitation Is a Civic Duty That Needs Support for Implementation*. *J Am Heart Assoc*. 2017 Mar 14;6(3):e005738. doi: 10.1161/JAHA.117.005738.
- HAUFF SR, REA TD, CULLEY LL, KERRY F, BECKER L, EISENBERG MS. *Factors impeding dispatcher-assisted telephone cardiopulmonary resuscitation*. *Ann Emerg Med*. 2003 Dec;42(6):731-7. doi: 10.1016/s0196-0644(03)00423-2.
- ROBBINS I. *The psychological impact of working in emergencies and the role of debriefing*. *J Clin Nurs*. 1999 May;8(3):263-8. doi: 10.1046/j.1365-2702.1999.00264.x.
- HEALY S, TYRRELL M. *Importance of debriefing following critical incidents*. *Emerg Nurse*. 2013 Mar;20(10):32-7. doi: 10.7748/en2013.03.20.10.32.s8.
- MULLAN PC, KESSLER DO, CHENG A. *Educational opportunities with postevent debriefing*. *JAMA*. 2014 Dec 10;312(22):2333-4. doi: 10.1001/jama.2014.15741.