

- Compromissione di anche solo una delle funzioni vitali e/o alterazione di uno o più parametri vitali
- Presenza di uno o più indicatori di trauma maggiore
- Severo distress respiratorio
- Pallore o cianosi
- Polsi periferici assenti
- GCS < 12, PTS \leq 8
- Emorragia franca
- Emiparesi/paralisi
- Pupille anisocoriche o non reagenti
- Reazioni motorie torpide o assenti
- Disturbi della vigilanza e dell'equilibrio, difficoltà a svegliarsi
- Amputazione distale di un arto
- Frattura unica esposta di osso lungo
- Compromissione neuro-vascolare dell'arto colpito
- Ferita penetrante capo, collo, torace, addome, inguine
- Traumi che interessano la funzione visiva
- Ustione > 15%
- Età < 2 anni con trauma cranico, rachideo, toracico, addominale anche sospetto

Si → **Codice rosso**

No

- Lieve o moderato distress respiratorio
- Polsi periferici deboli
- Significativo trauma testa, collo, torace, addome o pelvi \leq 12 h
- Convulsioni \leq 12 h
- Parestesie, deficit motori o sensitivi localizzati
- Deformità ossee e/o articolari
- Ampie ferite sanguinanti
- Ustioni \leq 15%

Si → **Codice giallo**

No

- Trauma minore di testa, collo, torace, addome, pelvi \leq 12 ore
- Distorsioni, fratture di piccoli segmenti
- Ferite con modesto sanguinamento
- Ustioni localizzate

Si → **Codice verde**

Capitolo

J11

TRIAGE NEL PAZIENTE ANZIANO

B. PALLOTTA

BREVI NOTE CLINICHE

Questo aspetto del triage viene affrontato separatamente, in quanto presenta aspetti peculiari; ne parleremo quindi come di una particolarità. È ovvio che per tutte le patologie e i casi non trattati in questo capitolo, si farà riferimento a quelli trattati negli altri capitoli, tenendo conto delle avvertenze sotto riportate.

Per capire le particolarità del triage nell'anziano, bisogna prima affrontare, anche se succintamente, alcuni argomenti di **fisiopatologia geriatrica**.

In questo tipo di paziente non si ha solo perdita di forza muscolare, di spessore della pelle, di massa ossea e aumento di usura delle articolazioni, ma anche cambiamenti a vari altri organi e apparati: diminuita peristalsi al tratto gastroenterico, diminuita capacità di filtrazione renale, diminuzione dei neuroni funzionanti, della velocità di conduzione nervosa, delle funzioni sensoriali, della memoria, del flusso ematico cerebrale, della funzionalità respiratoria, dell'elasticità dei vari tessuti e, infine, diminuita capacità elastica dei vasi sanguigni, oltre a un aumento della pressione arteriosa sistolica, delle resistenze periferiche, minore gittata cardiaca e rallentata risposta allo stress.

Come se non bastasse, nell'anziano tutta la fisiopatologia si modifica di conseguenza: assorbe i farmaci con più lentezza (qualunque sia la via usata per somministrarli): nel suo organismo il farmaco assorbito è trasportato con più lentezza e vi è diminuita escrezione per una minore capacità funzionale renale ed epatica. Vi è anche una maggior concentrazione del farmaco, se si considera che la massa corporea dell'anziano subisce variazioni per riduzione della massa magra e aumento della massa grassa: così i farmaci idrosolubili, quali la digossina, hanno scarsa distribuzione tissutale, mentre quelli liposolubili, come il diazepam, possono dare fenomeni di accumulo.

Il farmaco si lega meno alle proteine plasmatiche (anch'esse ridotte nell'età avanzata, in particolare l'albumina) e così la quantità di farmaco attivo aumenta: diminuisce quindi la metabolizzazione del farmaco e aumenta la sua azione temporale. Diminuisce poi la percentuale d'acqua corporea totale, cosa che porta facilmente alla disidratazione in periodi di eccessiva calura.

Nel valutare l'anziano si deve sempre pensare che non tutto quel che si vede di patologico è dovuto all'evento che lo ha portato al Pronto Soccorso; ancora, con l'avanzare dell'età i meccanismi di compenso diventano meno efficienti; spesso malattie e traumi sono gli uni conseguenti alle altre.

Infine, vi può essere una certa fragilità psichica, facile tendenza alla depressione, agli sbalzi di umore, alla confusione mentale, all'amnesia o ai disturbi del sonno.

In tal caso si deve superare un certo fatalismo ("I vecchi sono fatti così!") o la tendenza alla classica sentenza ("Tipica demenza senile!"): sono due cose che ci mettono il cuore in pace, ma non aiutano il paziente, e sono in netto contrasto con la nostra professionalità; bisogna considerare anche i cambiamenti psico-caratteriali come psico-patologia e non come inevitabile retaggio dell'età avanzata: anche in tal caso, si possono tentare cure (valutazioni, indirizzi, strategie assistenziali corrette che possono raggiungere gli obiettivi) e magari con successo: tutto quello che oggi va sotto il nome di **valutazione multidimensionale**, che esplora non solo il mondo biologico-sanitario, ma anche quello sociale e psicologico. Solo così con una visione globale, olistica, riusciamo a interpretare in modo moderno una *medicina della complessità*, a correggere gli scompensi a cascata ed evitare errori e false interpretazioni.

Spesso il paziente rientra in Ospedale solo perché non è stato valutato attentamente e/o indicato un adeguato percorso assistenziale.

COME INTERVISTARE CORRETTAMENTE L'ANZIANO

1. Occorre più tempo per parlare con lui: sente, vede, parla bene? Ci capisce correttamente? Ci sono familiari o accompagnatori non in contrasto con lui e in grado di aiutarci o di sostituire l'anziano non collaborante nell'intervista?
2. Assume farmaci? Quali e in che dosi? Spesso sono molti e interagiscono negativamente tra loro o hanno determinato un sovradosaggio senza che nessuno se ne sia accorto (per es. un 30% dei pazienti anziani in terapia con digitale ha livelli ematici al di sopra del range terapeutico).
3. Il paziente ha un problema organico preciso o ci sta solo rivolgendo un'accorata richiesta di aiuto, di considerazione, di attenzione del tipo "Ci sono anch'io, esisto: parlatemi, consideratemi uno di voi!"
4. Non è raro (anche se raramente ci si pensa) l'abuso sugli anziani: vi è stato un inspiegabile ritardo nelle cure del paziente? Ci sono diverse versioni sull'in-

sorgenza della malattia o del trauma? Vi sono insolite interazioni tra l'anziano e i familiari? Le sedi delle lesioni sono insolite? Le lesioni hanno aspetto tipico del maltrattamento o aspetti insoliti?

In ogni caso di sospetto di maltrattamento dell'anziano, si deve procedere all'immediata segnalazione.

5. la sintomatologia che accusa farebbe pensare a patologie chiare e classiche, se solo fosse meno sfumata?

Usare sempre molta attenzione: spesso l'anziano ha sintomi meno accentuati, come per esempio minor dolore nell'infarto miocardico o minore febbre nel corso di un processo broncopneumonico.

PRESENTAZIONI CLINICHE

Stati confusionali e amnesie a insorgenza acuta

Al di là del fattore psichico, considerare la possibilità di problemi di ordine infettivo, di un incongruo trattamento farmacologico, o ancora di un episodio ischemico cerebrale, di iper- o ipoglicemia, oppure altre patologie meno frequenti (neoplasia cerebrale, epilessia, mixedema).

Se il paziente non è accompagnato, assegnare un codice rosso; se è accompagnato, codice giallo.

Vertigini, capogiri

È difficile orientarsi su una tale sintomatologia, tanto è diffusa, sfumata e a diversa genesi; cercare di capire se si tratta di anemizzazione (attenzione al colorito della cute e delle mucose) o di iper- o ipotensione importanti, modificazioni del ritmo cardiaco, disturbi oto-labirintici, disturbi ischemici transitori, da farmaci (antipertensivi, dicumarolici, salicilati, ipoglicemizzanti, sulfamidici ecc.); ancora, il paziente sta simulando?

Se la crisi vertiginosa è in atto assegnare un codice giallo; se anamnestica, codice bianco.

Drop attacks - Insufficienza vertebro-basilar

Il soggetto cade a terra per cedimento improvviso delle gambe, che può durare da pochi minuti a ore, e a volte resta sdraiato lungo a terra (pericolo di rhabdomiolisi).

Nell'insufficienza vertebro-basilar si possono manifestare vertigini, disturbi visivi, acustici, disartrie, parestesie, cefalea occipitale. Si assegna un codice giallo.

Incidenti e cadute

Sono eventi purtroppo frequenti nella terza età; la facilità alle fratture è tipica per cadute sia accidentali sia di tipo patologico.

Una delle più temibili è ovviamente la frattura del femore, non infrequente causa di morte, per complicanze, nell'anziano.

Importante è anche il trauma cranico; nell'anziano vi è una diminuzione della massa del tessuto encefalico, con possibilità di maggior movimento della stessa all'interno della scatola cranica, quindi maggior tendenza alle emorragie da rottura, per stiramento, dei vasi al di sotto della dura madre.

Non trascurare infine il trauma del bacino, che può portare a complicazioni della sfera urinaria e/o di quella digestiva, oltre al possibile shock emorragico.

Per l'attribuzione di codice, fare riferimento al capitolo 24 *Trauma: generalità*.

Ipotensione ortostatica

Evenienza frequente nell'anziano e possibile causa di eventi ischemici cerebrali, cardiaci e traumatismi secondari a cadute al suolo.

Far sdraiare lungo a terra in Trendelenburg. Assegnare codice verde se vi è ripresa della pressione e il paziente è asintomatico.

Ipotermia

Con tale termine ci si riferisce a una diminuzione della temperatura corporea (rettale, timpanica o vescicale) al di sotto dei 35 °C.

Circa sette persone su mille, nei mesi invernali, hanno tale problema, e nella maggior parte dei casi si tratta di pazienti sotto l'anno di vita o sopra i 75 anni. È indispensabile avere termometri che rilevino temperature dai 20 ai 41 °C.

Di solito l'anziano ha una temperatura inferiore al giovane (anche di circa 1 °C) e comunque ha una termoregolazione meno efficiente, specie per esposizione accidentale ai rigori stagionali (cadute, insufficiente riscaldamento ecc.).

Altri fattori scatenanti possono essere ipotiroidismo, accidenti cerebrovascolari, parkinsonismo, diversi stati comatosi, artropatie gravi, alterazioni psichiche gravi, affezioni cardiocircolatorie acute.

Il paziente si presenta con vasocostrizione periferica spiccata, obnubilamento della coscienza (fino al coma se la temperatura è inferiore a 27 °C), respiro lento e superficiale, rallentamento della frequenza cardiaca; sono fredde anche parti normalmente calde (ascelle, addome); è frequente l'ileo paralitico (che si risolve con il recupero della normale temperatura).

Il paziente va disteso su materassi antidecubito e riscaldato con 2-3 coperte sollevate con archetto: il riscaldamento deve essere molto graduale.

Se la temperatura corporea è < 32 °C, assegnare codice rosso (lo stesso per ipertermia con temperatura > 40 °C, sintomatica).

Ritenzione acuta di urina

Sul piano clinico può presentarsi in modo acuto o progressivo (nel qual caso spesso è preceduta da disuria); particolare è la forma con *incuria paradossa*, e cioè con emissione passiva di urina, da rigurgito. Vi è sempre (raramente di dubbia interpretazione) un globo vescicale; si assegna un codice giallo.

Emergenze sociali

Spesso vi è una situazione nell'anziano, per esempio la perdita improvvisa di persone di familiari affettivamente o assistenzialmente legate, che può determinare la mancanza di un punto di riferimento indispensabile per l'autosufficienza dell'anziano. Le possibili conseguenti espressioni cliniche sono le più varie, dal panico alla simulazione di quadri clinici apparentemente organici. L'anamnesi è fondamentale per un chiarimento della vera causa. Solo nel caso che il paziente non sia accompagnato, assegnare codice giallo.

Dolore toracico

Occorre soffermarsi brevemente su questo argomento per chiarire come nell'anziano l'infarto del miocardio può decorrere con minore o assente sintomatologia dolorosa. Inoltre, vi può essere movimento degli enzimi cardiaci anche senza infarto, ma per semplice episodio ischemico o fibrillazione atriale.

Se vi è concomitante dispnea e/o alterazioni del ritmo cardiaco o ipotensione assegnare codice rosso.

Embolia polmonare

In quest'ambito si ritiene opportuno sottolineare l'importanza di sospettare embolia polmonare più frequentemente di quanto non si faccia di solito, dal momento che nell'anziano tale patologia compare frequentemente. Secondo alcune casistiche, sarebbe la causa di morte improvvisa più frequente in tale età. Si può manifestare con dispnea e/o dolore toracico e/o lipotimia o sincope.

Squilibri idro-elettrolitici

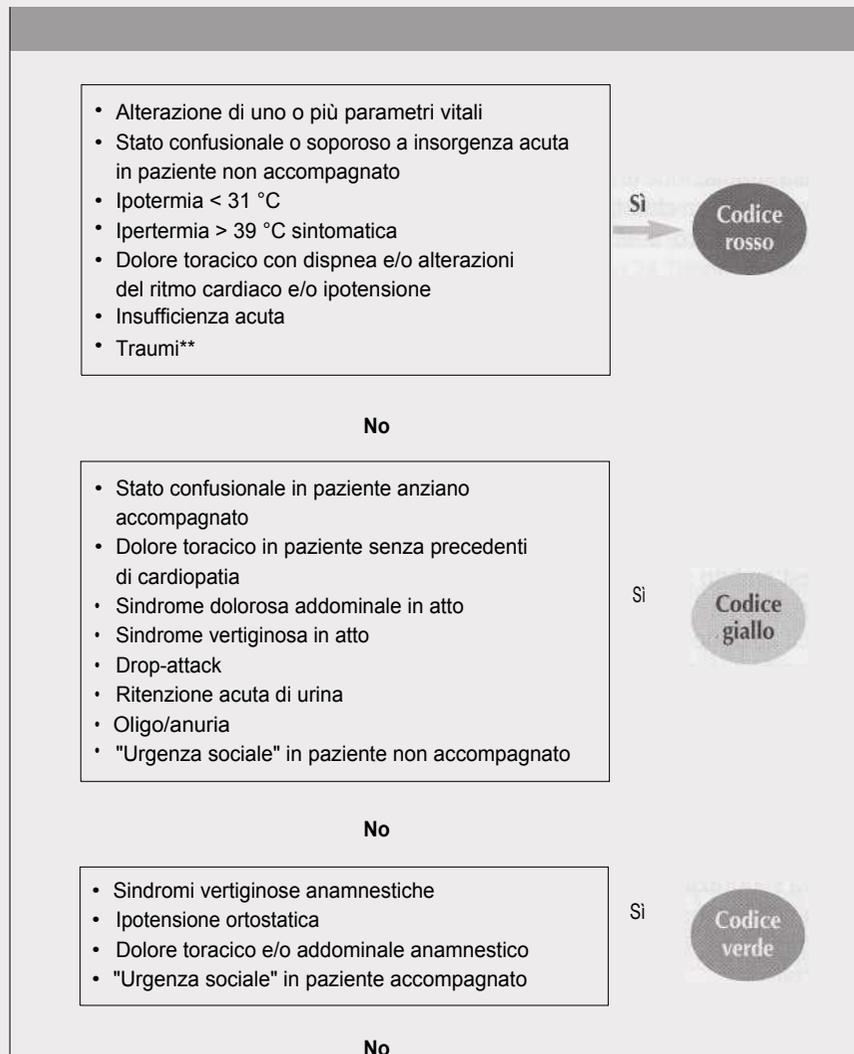
L'anziano va più frequentemente incontro a disidratazione per la minore capacità renale di concentrazione e per minore reattività del centro ipotalamico della sete. Informarsi sull'uso (talvolta esagerato) di eventuali diuretici, sull'eventuale eccessiva sudorazione o poliuria (insufficienza renale cronica).

La correzione dell'eventuale disidratazione può altresì portare facilmente a iperidratazione, se assunta dal paziente senza introduzione di elettroliti in modo bilanciato.

Risultano frequenti anche l'iposodiemia (causato anche da uso eccessivo di diuretici) e l'ipopotassiemia (diarree prolungate, diuretici potassiurici), oltre a turbe della calcemia.

Per l'equilibrio acido-base, ricordare come l'anziano abbia normalmente uno stato di lieve acidosi metabolica (per verosimile insufficienza renale propria dell'età).

Tali squilibri sono valutabili solo dopo visita medica e l'effettuazione di esami di laboratorio.



* Per specifiche patologie non citate, vedi i relativi capitoli.

**Vedi il capitolo 24 *Il trauma: generalità*.

Capitolo 32

PECULIARITÀ DEL TRIAGE PER **PROBLEMI** OSTETRICO-GINECOLOGICI

P. DOMINICI, S. MAIDA

Il Pronto Soccorso è l'ambiente meno favorevole per affrontare problemi ostetrico-ginecologici; ancora più problematico è quindi il triage nei momenti di sovraffollamento, considerata la necessità di prendere decisioni sulla base di dati sufficientemente precisi ed esaustivi. La patologia femminile investe una sfera essenzialmente privata della donna, notevolmente complicata da aspetti affettivi ed emozionali: il più delle volte si coinvolgono aspetti intimi, dei quali la donna desidera sì parlare, ma in maniera confidenziale, privata e non nel contesto coattivo di una sala d'aspetto di Pronto Soccorso.

Il colloquio deve avvenire, per quanto possibile, in maniera discreta, rassicurante e nel rispetto della privacy. Esistono infatti pudori particolari nelle donne nubili, in donne anziane che da anni non presentano problemi della sfera genitale o in giovani che vogliono nascondere il più possibile la loro vita sessuale. Non andranno dimenticati anche eventuali condizionamenti culturali e differenti mentalità, dovute all'etnia o ad atteggiamenti prevenuti, per esempio nei confronti di figure maschili. In numerose realtà, per le pazienti affette da questo genere di problemi sono previsti percorsi preferenziali che prevedono, una volta eseguita la valutazione di triage, l'invio della paziente direttamente presso l'unità di cura di ostetricia e ginecologia. Se sono presenti tali modalità operative dovrebbero essere formalizzate in uno specifico protocollo condiviso da tutti gli operatori coinvolti (Pronto Soccorso e reparto accattente).

In questa sede riportiamo alcuni cenni sulle principali patologie per le quali la donna si rivolge più frequentemente al Pronto Soccorso

Emorragie genitali

Le emorragie genitali costituiscono una causa frequente di consultazione ginecologica.