

Aspetti medico legali

del triage infermieristico in pronto soccorso

Gian Aristide Norelli*, Bruno Magliona*

1. PER TRIAGE INFERMIERISTICO IN PRONTO SOCCORSO (DAL FRANCESE TRIER,

selezionare, scegliere) si intende un processo di selezione, operato da personale specificamente addestrato, avente lo scopo di modulare l'accesso in sala visita, quando le richieste siano più di una contemporaneamente, attraverso l'utilizzazione di una scala di priorità (cosiddetto codice colore di gravità: rosso: assegnato ai soggetti in pericolo imminente di vita, per i quali l'accesso alle prestazioni di Pronto Soccorso deve essere immediato; giallo: assegnato a quelli in potenziale pericolo di vita, per i quali l'immediatezza dell'accesso alle prestazioni di Pronto Soccorso è subordinata alla eventuale presenza di altre situazioni di emergenza; verde: assegnato a coloro che necessitano di prestazioni mediche differibili; bianco: assegnato a chi non necessita di prestazioni sanitarie d'urgenza e che dovrebbe pertanto essere indirizzato a forme di assistenza di tipo extraospedaliero).

Si tratta, è bene chiarire fin dall'inizio,

di un processo formale di valutazione e classificazione dei soggetti che accedono ad un dipartimento di emergenza che non si propone in alcun modo la riduzione dell'ammontare totale del carico di lavoro dei medici che operano nelle strutture di Pronto Soccorso (riduzione che richiederebbe l'attribuzione al personale di triage di compiti e responsabilità - prescrizione di diagnostica strumentale, smistamento dei pazienti ai diversi specialisti, iniziale trattamento del quadro clinico - che chiaramente eccedono i limiti delle competenze infermieristiche) né di diminuire i tempi medi di attesa (che anzi, come risulta da alcuni studi empirici¹, risultano, almeno per i pazienti in condizioni di minor gravità, aumentati), ma che tende piuttosto a modificare l'ordine in cui tale carico di lavoro viene assolto, affinché ogni utente riceva adeguata attenzione secondo il richiesto grado di urgenza². L'importanza di un efficace processo di

* Dipartimento di Anatomia, Istologia e Medicina Legale dell'Università di Firenze - Sezione di Medicina Legale

1. George S. Evaluation of nurse triage in a British accident and emergency department. *British Medical Journal* 1992;304:876-8.

2. Porter J. Nurse Triage [letter]. *British Medical Journal* 1993;306:208-9.

trriage, in cui l'infermiere svolge un ruolo di vero e proprio *gatekeeper*, deriva oggi, oltre che dalla necessità di razionalizzare ed ottimizzare l'intervento medico, anche e soprattutto dalla necessità di disporre - di fronte alla duplice tendenza, propria di tutti i Paesi industrializzati, all'aumento del numero annuo di accessi ospedalieri ed alla contrazione della disponibilità dei posti letto³ - di un sistema, sufficientemente flessibile e non troppo facilmente vulnerabile in rapporto alle fluttuazioni dell'entità della domanda, in grado di rendere operativo il *rationale* (prettamente utilitaristico⁴) dei servizi di Pronto Soccorso, quello cioè del maggior bene possibile per il maggior numero di persone.

Perché il processo di triage possa soddisfare tali necessità, assolvendo ai compiti di differenziare le singole patologie, disciplinare il flusso in arrivo, stabilire criteri di priorità e garantire interventi quanto più possibile immediati ai soggetti in condizioni cliniche critiche⁵, occorre la contemporanea soddisfazione di diversi requisiti, in mancanza dei quali lo stesso processo di triage vede stemperarsi l'importanza della sua funzione di "filtro" e finisce con l'assumere, venendo di fatto meno ogni formalizzazione nell'assegnazione dei livelli di priorità, il significato più di un esercizio di pubbliche relazioni che quello di un sistema in grado di assicurare una adeguata selezione dei pazienti in attesa in relazione all'urgenza dell'assistenza necessaria.

In primo luogo dovranno essere rispettati determinati requisiti logistico-strutturali, che vanno dalla collocazione strategica della zona di triage alla accessibilità della medesima, dalla disponibilità di attrezzature alla presenza di sistemi di comunicazione e registrazione di tipo informatico.

Occorrerà, in secondo luogo, il rispetto di non meno importanti requisiti non strutturali, costituiti dalla adeguatezza della dotazione di personale (in modo che il processo di triage non funzioni ad intermittenza, per cui, se il dipartimento di emergenza è particolarmente affollato, l'infermiere addetto al triage è contingentemente adibito ad altre funzioni), dalla specifica competenza professionale del personale infermieristico adibito a funzioni di triage, dal suo costante aggiornamento e - punto sul quale si ritornerà in seguito - dalla adozione di adeguati linee-guida e protocolli.

Dal punto di vista metodologico, in particolare, il processo di triage svolto dal personale infermieristico deve consentire la raccolta dei dati anamnestici fondamentali, un rapido accertamento delle condizioni del richiedente la prestazione e la pronta formulazione di un giudizio di gravità clinica⁶ - o, se si preferisce, di una diagnosi infermieristica - che permetta di classificare il problema presentato dall'assistito come critico o non critico, urgente o non urgente, e di definire, quando le richieste siano più di una contemporaneamente, le priorità di intervento⁷.

In questo senso possono distinguersi -

3. Hensher M, Edwards N, Stokes R. International trends in the provision and utilisation of hospital care. *British Medical Journal* 1999;319:845-8.

4. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1989.

5. Spadini G. Centrale operativa. Triage extraospedaliero. Trasporto. Triage intraospedaliero. In: Garetto G, a cura di. *La nuova medicina d'urgenza*. Torino: Edizioni Medico Scientifiche, 1994:7-13.

6. Gai V. *Triage: procedimento decisionale al servizio del paziente*. Torino: Edizioni Medico Scientifiche, 1999.

7. Vitolo P, Polizzi A. Importanza e compiti degli infermieri nella Medicina d'Urgenza. In: Garetto G, a cura di. *La nuova medicina d'urgenza*. Torino: Edizioni Medico Scientifiche, 1994:61-6.

secondo una classificazione di recente proposta⁸ - cinque fasi del processo di triage:

- 1) la c.d. valutazione "sulla porta", relativa all'aspetto generale, alla pervietà delle vie aeree, al respiro, al circolo ed allo stato di coscienza;
- 2) la valutazione soggettiva, volta ad individuare il sintomo principale ed i sintomi associati;
- 3) la valutazione oggettiva, derivante dall'integrazione dei dati osservati, dei parametri vitali e dei dati ottenuti all'esame fisico mirato;
- 4) la decisione di triage, consistente nell'assegnazione - in relazione alle condizioni del paziente ed alla disponibilità delle risorse - del codice di gravità;
- 5) il processo di rivalutazione, in relazione al miglioramento o al peggioramento delle condizioni del paziente (il triage va infatti visto come un processo dinamico e non statico).

2. In una visione più strettamente medico-legale del tema, il primo aspetto di rilievo è rappresentato dalla individuazione delle fonti normative cui il triage deve necessariamente ispirarsi, soprattutto per ciò che attiene quei momenti del processo in cui l'operato del personale infermieristico può talora connotarsi di compiti e funzioni tradizionalmente, se non proprio manifestamente, riservati alla competenza medica.

Dopo l'abolizione ad opera della legge n. 42/1999 del cosiddetto mansionario infermieristico (DPR n. 225/1974), che prevedeva tra le competenze dell'infermiere professionale anche la "richiesta ordinaria e urgente di interventi medici

e di altro personale a seconda delle esigenze sanitarie [...] degli assistiti", la prima ed essenziale fonte normativa può individuarsi, non senza qualche forzatura sotto il profilo ermeneutico, nell'art. 1, comma 3, del Decreto del Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739, concernente la definizione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

Secondo tale decreto, infatti, l'infermiere:

- "a) **partecipa** all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) **identifica** i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) **pianifica, gestisce e valuta** l'intervento assistenziale infermieristico".

Ora, il termine "partecipa" di cui al punto a) fa riferimento - pur in un'interpretazione forzatamente estensiva - ad un'azione che l'infermiere attua insieme ad altre figure professionali, ma che può verificarsi, rispetto all'intervento di queste ultime, anche in momenti cronologicamente diversi, così come avviene nel caso del triage in Pronto Soccorso, in cui il paziente viene dapprima selezionato dall'infermiere in base al codice di gravità e quindi accede alla sala visita, in cui il medico avvia il processo diagnostico-terapeutico di propria competenza⁹.

Non solo, ma appare indubbio come la scansione quasi "puntigliosa" dei termini e la loro differenziazione nelle varie fasi operative, selezioni, anche e soprattutto nello spirito e nelle finalità normative, una professionalità autonoma ed individuale dell'infermiere che

8. Grandi F, Bocchino G, Ottone G. Il triage infermieristico in Pronto Soccorso: indirizzi operativi. Torino Medica 1999;(6):15-6.

9. Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica. Milano: McGraw-Hill, 1999.

ne connota anche la potestà gestionale dell'assistito, quanto meno in una ben definita fase dell'azione e del trattamento. In questo senso, la "decodificazione" dei sintomi presentati secondo un codice di gravità consente un intervento medico scandito da un preciso gradiente cronologico e di tempestività assistenziali, in un contesto - quale quello dell'accettazione del paziente - tra i più problematici per la frequenza e la varietà delle ipotesi di responsabilità professionale¹⁰.

Un secondo e più specifico riferimento (non trattandosi di una vera e propria fonte normativa) va individuato nelle indicazioni contemplate dalle "Linee di guida n. 1/1996" di cui allo "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" (in G.U. n. 114 del 17/5/1996).

Alla voce "Funzioni di triage", le linee guida in questione stabiliscono, infatti, 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".

È opportuno sottolineare, dunque, a questo proposito, che il processo di triage è visto come momento fondamentale ed imprescindibile nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari ospedalieri deputati all'emergenza-urgenza; che la funzione di tale pro-

cesso è quella di modulare tempi e modi dell'intervento medico secondo criteri di priorità; che le funzioni di triage sono svolte da personale infermieristico adeguatamente formato; e che tale personale opera secondo criteri predefiniti da protocolli prestabiliti dal dirigente di servizio.

Non può pertanto negarsi la specifica (ancorché magari troppo implicita) previsione di un'autonomia operativa del personale infermieristico nell'ambito del processo di triage, che presuppone per di più ed indubbiamente un modello organizzativo dell'assistenza sanitaria dai contenuti fortemente innovativi. Alla realizzazione di questo modello ha del tutto recentemente fornito un contributo determinante l'approvazione della legge n. 42/1999, abrogativa del mansionario e, relativamente alle professioni sanitarie, della tradizionale distinzione tra principali ed ausiliarie, senza peraltro sgombrare il campo dalle incertezze interpretative che il convergere di professionalità diverse e fino a pochi anni or sono rigidamente separate tra loro e subordinate gerarchicamente ha inevitabilmente indotto.

La novella del 1999 individua nella definizione delle attribuzioni di competenza infermieristica tre criteri-guida ed un criterio-limite¹¹.

In particolare, i tre criteri-guida sono costituiti dai:

- 1) contenuti del già citato Decreto del Ministero della Sanità istitutivo del profilo professionale dell'infermiere e del relativo ordinamento didattico;
- 2) contenuti dei cosiddetti corsi di formazione post-base;
- 3) contenuti del codice deontologico

10. Fiori A. Medicina legale della responsabilità medica. Milano: Giuffrè, 1999.

11. Benci L. Professioni sanitarie... non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato. Riv. Diritto Professioni Sanitarie 1999;2(1):3-10.

(ed a proposito delle funzioni di triage potrebbe essere pertinente il riferimento al punto 2.7 della normativa deontologica di recente approvazione, secondo cui: "L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità professionale").

Si tratta nel complesso di criteri che non consentono una definizione esauritiva del campo proprio di attività e responsabilità della professione infermieristica, tanto che già si profila la necessità di un ulteriore intervento normativo, volto a definire una sorta di "regolamento di esercizio" in materia, che, sia pure senza comprimere l'autonomia operativa dell'infermiere nei limiti angusti di una nuova codificazione di tipo mansionariale, consenta una più precisa attribuzione di compiti e responsabilità.

Il criterio-limite, esplicitato dalla legge con l'inciso "fatte salve le competenze previste per le professioni mediche", rimanda alla nozione di atto medico ed ai suoi contenuti definitori.

Da tale nozione, dunque, anche nella nuova realtà sanitaria che si va delineando, in cui viene meno il monopolio del medico sull'atto sanitario e si concretizzano nuove professioni, non più ausiliarie, che operano ad un duplice livello, di autonomia e di collaborazione (termine quest'ultimo che ora si preferisce a quello di dipendenza, ma che presuppone necessariamente un certo grado di subordinazione gerarchica), è ancora impossibile prescindere.

Se è vero infatti che si è passati, nel-

l'individuazione delle attribuzioni delle professioni sanitarie non mediche, da una situazione connotata da particolare rigidità, derivante dall'esistenza stessa dei vari mansionari, ad una situazione caratterizzata da maggiore flessibilità, in cui i ruoli e le funzioni di ciascuna figura non sono predefiniti, ma sono in un certo senso suscettibili di una lettura di carattere storico e formativo, particolarmente in relazione all'evolvere delle conoscenze necessarie per compiere determinati atti, è altrettanto vero che nell'ambito dell'atto sanitario latamente inteso un ruolo centrale, insostituibile e non delegabile spetta all'intervento medico, il cui presupposto fondamentale e qualificante resta la diagnosi - e segnatamente la diagnosi differenziale - e la connessa prescrizione terapeutica¹².

Nella pratica di triage, quindi, all'infermiere è sostanzialmente richiesto un parere sul grado di urgenza con cui approntare l'intervento medico e non una vera e propria diagnosi o - più specificamente - una diagnosi differenziale, potendosi, in questo senso, ritenere ammissibile la funzione assegnata all'infermiere, in quanto non precisamente connotata dei requisiti diagnostici che caratterizzano, invece, la tipicità dell'atto medico. Non v'è da temere, in altri termini, che l'attività infermieristica abusivamente superi i limiti che le sono propri, invadendo l'area medico-chirurgica, posto che a quest'ultima compete pur sempre di eseguire la diagnosi e prescrivere il trattamento (atto medico propriamente detto), mentre è a carico della prima la caratterizzazione in termini di gravità della sintomatologia, affinché l'intervento medico, ineludibile e certo, sia

12. Norelli G.A. *Toscana Medica* 1999 (in corso di stampa).

eseguito in differenti condizioni di rapidità. Il che, giova sottolinearlo, non deve suonare come intento di deresponsabilizzare l'attività infermieristica, posto che ove si dimostri che il giudizio di gravità sia stato erroneamente reso per difetto di interpretazione dell'elemento sintomatologico obiettivo e soggettivo, procrastinandosi l'intervento medico in tempi e modi causalmente rilevanti nel determinismo del danno, l'infermiere di triage è chiamato a risponderne, in termini di responsabilità penale e civile.

In questo senso, particolarmente urgente si fa la necessità di una definizione in positivo dell'atto medico¹³, che ancora manca nella previsione normativa e che ha visto l'intervento non sempre chiarificatore della giurisprudenza, allo scopo di caratterizzare in modo esclusivo la figura del medico, soprattutto ora che l'attività sanitaria vede il convergere di più professionalità.

È dunque opportuno, a proposito del tema in questione, che il giudizio di priorità in cui culmina il processo di triage si configuri, lungo la direzione tracciata da chiari protocolli, come atto di chiara matrice e professionalità "infermieristica", che si basi cioè su quegli elementi - raccolta dei dati ed individuazione dei bisogni - che pacificamente rientrano nell'ambito delle competenze del personale infermieristico, senza sconfinare - attraverso la formulazione di un'impropria diagnosi differenziale - verso l'ambito di competenza della professione medica.

3. Manca, allo stato attuale, una casistica giurisprudenziale relativa ad ipotesi di colpa professionale infermieristica, essendo il processo di triage un

fenomeno ancora "nuovo" nella nostra realtà sanitaria e le figure professionali ancora insufficientemente sperimentate; ciò non impedisce, tuttavia, di indirizzare la riflessione medico-legale verso alcuni aspetti peculiari di tale processo, particolarmente suscettibili, almeno sul piano teorico, di dare origine ad ipotesi di responsabilità professionale.

Fermo restando che la definizione dei protocolli per il triage è funzione che le linee-guida del 1996 pongono inequivocabilmente a carico del dirigente del servizio, è evidente che il personale infermieristico addetto a funzioni di triage risponde della corretta applicazione dei medesimi secondo gli usuali canoni della responsabilità per colpa.

Il rischio più concreto è a tale proposito quello di un'errata assegnazione dei codici di gravità e conseguentemente di priorità, soprattutto in quelle situazioni in cui non è agevole la distinzione tra urgenza, in cui esiste un margine, ancorché esiguo, di differibilità dell'intervento medico, ed emergenza, in cui tale margine non è dato (ed in cui anzi il ricorrere degli estremi dello stato di necessità può facultizzare un intervento del personale infermieristico anche oltre i limiti di competenza precedentemente delineati).

Le eventuali conseguenze dannose subite dall'assistito derivanti dalla sottostima della gravità delle condizioni cliniche nell'assegnazione dei codici di gravità possono infatti configurarsi come fattispecie penalmente rilevanti (lesioni personali od omicidio a titolo di colpa), soprattutto ove si consideri l'atteggiamento adottato dalla più recente giurisprudenza in tema di causalità omissiva, volto ad enfatizzare - specie

13. Norelli G.A., loc. cit.

allorché, come nel caso in questione, è in gioco la sopravvivenza stessa della persona assistita - anche la minima *Chancenverminderung*.

Fondamentale risulta a questo proposito l'adeguatezza e la chiarezza dei protocolli di triage, così come fondamentali sono l'esperienza e lo specifico training dell'infermiere addetto a tali funzioni (e non a caso le linee-guida istitutive del processo di triage fanno riferimento ad una figura professionale di infermiere "adeguatamente formato"), mentre non assumono rilievo discriminante - almeno in ambito penalistico - eventuali deficienze organizzative o strutturali di tipo istituzionale¹⁴. Infatti, pur essendo ormai frequente il coinvolgimento - sotto il profilo della responsabilità giuridica - della pubblica amministrazione, che viene sempre più spesso chiamata in causa sul versante risarcitorio di fronte ad inefficienze o disfunzioni produttive di un danno per la persona assistita, il principio per cui la responsabilità penale è personale resta uno dei cardini essenziali del nostro ordinamento.

È opportuno, poi, per i rilevanti riflessi di ordine medico legale che la registrazione dell'attività sanitaria comporta¹⁵, che i dati relativi alla diagnosi infermieristica nell'ambito del processo di triage trovino un'adeguata registrazione in un'apposita cartella (o scheda), da allegare, nel caso che alla prestazione di Pronto Soccorso faccia seguito il ricovero del soggetto, alla cartella clinica, da cui tale documento mutuerebbe natura giuridica e criteri di regolare compilazione e che dovrebbe comun-

que essere debitamente archiviato, stante la sua natura di atto pubblico.

Quello della scrupolosa registrazione della propria attività è del resto un compito che si affianca ineludibilmente alla nuova sfera di autonomia operativa dell'infermiere, anche, ovviamente, al di fuori del processo di triage, e sul quale, sia detto per inciso, il codice deontologico di recente approvazione, orientato più verso la formulazione di enunciazioni di principio che verso la codificazione di pragmatiche indicazioni comportamentali, colpevolmente tace.

Un'ultima notazione merita, infine, l'acquisizione del consenso da parte dell'avente diritto e soprattutto l'erogazione di un'informazione precisa e puntuale sull'attività che si intende porre in essere, anche se, come è ovvio, dinnanzi a condizioni di urgenza o di emergenza il tema del consenso e della informazione tende a stemperarsi nella presentazione di uno stato di necessità. Nei limiti del possibile, tuttavia, l'informazione deve essere erogata ed il consenso assunto, potendosi agevolmente presumere che di tale compito sia gravato l'infermiere¹⁶, trattandosi di atto che professionalmente ed in modo specifico a lui compete e sulle cui caratteristiche, dunque, egli può fornire la più esaustiva e propria descrizione.

In conclusione si ritiene di poter dire che se è vero, come lo è indubbiamente, che il "triage infermieristico" rappresenta l'espressione più propria e responsabilizzante della acquisita autonomia professionale dell'infermiere,

14. Portigliatti Barbos M. Aspetti medico-legali dell'urgenza. In: Garetto G, a cura di. La nuova medicina d'urgenza. Torino: Edizioni Medico Scientifiche, 1994:41-60.

15. Palmieri L. L'urgenza medico-legale. La competenza specialistica nell'attività del medico di base. Milano: Giuffrè, 1999.

16. Rodriguez D. Compete solo al medico l'informazione nei confronti del paziente? Riv. Diritto Professioni Sanitarie 1998;1(2):67-77.

è necessario che con rigore e tempestività se ne affrontino anche le prospettive che ancora non emergono con adeguata nitidezza da una normativa nebulosa, carente e comunque passibile di interpretazioni non univoche, da una non meglio precisata responsabilità organizzativa del servizio (permanendo carente l'indicazione dei compiti e delle funzioni, per qualità e modi, che all'interno del servizio possono in effetti concretizzarsi), da "specializza-

zioni" infermieristiche erogabili tramite appositi - ma non sempre esistenti - corsi di formazione, che dovrebbero garantire l'esperienza e la professionalità dell'infermiere nel settore. Affinché, come non infrequentemente è occorso, non sia di necessità delegata la giurisprudenza a definire ruoli, compiti e modalità di organizzazione che una legislazione tardiva da un lato, ma frettolosa dall'altro, non ancora esaurivamente tratteggiato.