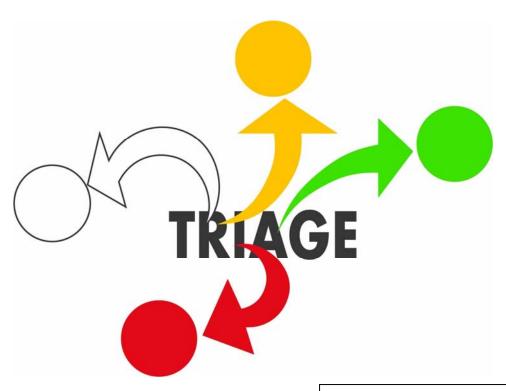




# CORSO DI FORMAZIONE PERMANENTE DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO

### **ATTI**



Edizione 2002

#### RELATORI

Giorgio Amati, Psicologo Consulente IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia.

Simone **Baratto**, Infermiere Triagista Servizio Pronto Soccorso-Accettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia

Maria Antonietta **Bressan**, Primario Servizio Pronto Soccorso-Accettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo. Pavia

Fabio Buzzi, Professore Ordinario di Medicina Legale, Università degli Studi di Pavia

Giuseppina **Discenza**, AFD, Servizio Pronto Soccorso-Accettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia

Francesco **Falaschi**, Dirigente Medico I° livello, Servizio Pronto Soccorso-Accettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia

Fabio **Guzzini**, Responsabile U.O. di Accettazione e Pronto Soccorso – Presidio Ospedale di Saronno (VA), Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo" di Busto Arsizio (VA)

Stefano **Signoretti**, Infermiere Triagista Servizio Pronto Soccorso-Accettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia

#### TUTORS DEI GRUPPI DI LAVORO

Maria Chiara **Beltrametti,** Dirigente Medico I° livello, Servizio Pronto Soccorso-Accettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia

Maria Cristina **Buonanno**, Dirigente Medico I° livello, Servizio Pronto Soccorso-Accettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia

Giovanni **Evangelisti**, Dirigente Medico I° livello, Servizio Pronto Soccorso-Accettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia

Roberta **Guarnone**, Dirigente Medico I° livello, Servizio Pronto Soccorso-Accettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia

Gian Luca **Montagna**, Infermiere Triagista, Servizio Pronto Soccorso-Accettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia

Fabio **Ponti**, Infermiere Triagista, Servizio Pronto Soccorso-Accettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia

Paola **Tatoni**, Specializzanda in Tossicologia Medica, Università degli Studi di Pavia

Caterina **Tordiquinto**, AFD, U.O. di Accettazione e Pronto Soccorso – Presidio Ospedale di Saronno (VA), Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo" di Busto Arsizio (VA)

#### **INDICE RELAZIONI**

# IL PROBLEMA DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO: ANALISI CAUSALE E POSSIBILI SOLUZIONI

Maria Antonietta Bressan, Paola Tatoni

m.bressan@smatteo.pv.it

(da "Organizzazione del Triage in Pronto Soccorso" a cura di Maria Antonietta Bressan, Ed PI-ME, 2001)

#### PRINCIPI GENERALI SUL TRIAGE

Simone Baratto

simone.baratto@libero.it

#### IL PROCESSO DECISIONALE

Stefano Signoretti

signopy@genie.it

#### LA RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN ATTESA

Francesco Falaschi

f.falaschi@smatteo.pv.it

#### REQUISITI DELL'INFERMIERE TRIAGISTA

Giuseppina Discenza

# IL TRIAGE: PROBLEMI MEDICOLEGALI DELL'INTEGRAZIONE OPERATIVA TRA MEDICI E INFERMIERI.

Fabio Buzzi, Paola Borlotti Carraro

# IL TRIAGE INFERMIERISTICO: ASPETTI PSICOLOGICI, PROBLEMATICHE RELAZIONALI E COMUNICATIVE, IPOTESI FORMATIVE.

Giorgio Amati, Maria Giuseppina Robone g.amati@iol.it

#### TRIAGE: MODELLI ORGANIZZATIVI A CONFRONTO

Fabio Guzzini, Claudio Ciaramella, Simona Cattaneo fguzzini@aobusto.it

#### IL PROBLEMA DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO: ANALISI CAUSALE E POSSIBILI SOLUZIONI

Maria Antonietta Bressan, Paola Tatoni

m.bressan@smatteo.pv.it

(da "Organizzazione del Triage in Pronto Soccorso" a cura di Maria Antonietta Bressan, Ed PI-ME, 2001)

#### La Mission del Pronto Soccorso

La missione di un Pronto Soccorso è "garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato per problematiche di urgenza e di emergenza" (Società Italiana Medici Pronto Soccorso, SIMPS, ora Società Italiana Medicina Emergenza e Urgenza, SIMEU). Più specificamente è "garantire a ogni cittadino bisognoso un appropriato orientamento diagnostico-terapeutico e, nei casi di emergenza, il recupero e la stabilizzazione delle funzioni vitali".

Certamente oggi gran parte dei Pronto Soccorso (PS) può assicurare, al di là della propria mission, prestazioni sanitarie di elevato livello professionale e tecnologico; gratuite; senza prenotazione (accesso diretto).

#### Identificazione del problema

Il problema del sovraffollamento nei PS si è generalizzato in tutti i paesi industrializzati, specie nei centri urbani maggiori. Il sovraffollamento è causa di disorganizzazione e di disagio sia per gli utenti che per i professionisti che operano nella struttura sanitaria. Può generare rischi di una risposta inappropriata, con aumento dei tempi di attesa per i pazienti critici, con ritardato intervento sui casi realmente urgenti a causa della difficile selezione sui casi urgenti.

Gran parte delle richieste di prestazione in PS risulta inappropriata (70%), nel senso che potrebbe (o dovrebbe) essere rivolta ad altre strutture o figure professionali e, soprattutto, è dilazionabile nel tempo (dati SIMPS, da censimenti sui Pronto Soccorso in Italia).

#### Cause del sovraffollamento in Pronto Soccorso

- crisi del Medico di Medicina Generale:
- ricorso all'Ospedale per la diagnostica strumentale;
- ricorso allo specialista per patologie di organo o settore;
- liste di attesa presso gli ambulatori;
- quota di popolazione "debole" e "abbandonata";
- quota di extracomunitari non in regola con il SSN;
- gratuità delle prestazioni;
- riduzione e/o riconversione di piccoli Ospedali.

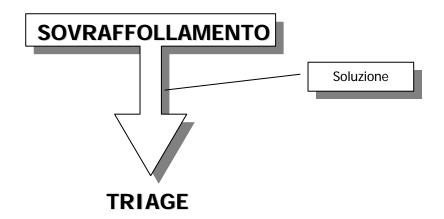
#### Conseguenze del sovraffollamento

- Aumento dei tempi di attesa per l'accesso alla visita;
- Difficile selezione dei pazienti urgenti;
- Rischio di ritardato intervento sui casi urgenti.

#### Soluzioni

La consapevolezza che i problemi di sovraffollamento si potessero affrontare e forse risolvere non tanto con un aumento del personale, ma con un più razionale sistema operativo in grado di determinare un miglioramento organizzativo sostanziale, ha indotto l'introduzione del sistema di Triage, già applicato in molte strutture di PS straniere e in alcune italiane.

#### IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA



Ecco dunque emergere la necessità di discriminare e, se così si può dire, mettere in fila, in francese *trièr*, gli astanti dando la priorità a chi, magari, è appena arrivato ma ha problemi seri, rispetto a chi è in attesa da tempo.

Con il concetto di mettere in fila, *trièr*, introduciamo il termine di *Triage* cui riserviamo, nei capitoli successivi, lo spazio per un approfondimento.

Oggi il termine "Triage" è utilizzato in campo sanitario per definire "l'organizzazione di un primo filtro infermieristico che dovrebbe selezionare gli accessi agli ambulatori utilizzando come priorità un codice di gravità". Il Triage è definito anche come : "l'arte di decidere le priorità di trattamento e d'evacuazione di più feriti dopo una rapida valutazione iniziale"; il suo scopo è di salvare il maggior numero di pazienti in relazione ai mezzi a disposizione e alle circostanze dell'evento" (American College of Surgeon Committee on Trauma).

Nel caso del PS i pazienti vengono quindi selezionati e classificati in base all'urgenza delle loro condizioni cliniche, non in base all'ordine di arrivo.

#### Variabilità del Triage

Il sistema di Triage dovrebbe essere applicato in ogni PS secondo le esigenze specifiche di ogni unità, tenendo conto di:

- numero di pazienti visitati ogni giorno;
- presenza o assenza di strutture di riferimento (guardia medica, 118, medico di base, medici specialisti);
- tipologia dei medici e del personale sanitario;
- aree di cura dedicate (sala di rianimazione, ambulatorio medico, chirurgico, etc.);
- disposizione degli ambienti;
- problematiche amministrative e legali.

#### Legislazione

Ministero Della Sanità Linee Guida per il Sistema di Emergenza Urgenza Sanitaria In Applicazione del Dpr 27/03/92; Atto di Intesa tra Stato e Regioni (G.U. 17/05/1996):

#### **FUNZIONE DI TRIAGE:**

"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 del servizio. (...)".

# RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

"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"

# RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

"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 PRIORITA' DI INTERVENTO. TALE
FUNZIONE E' SVOLTA DA PERSONALE
INFERMIERISTICO ADEGUATAMENTE FORMATO,
CHE OPERA SECONDO PROTOCOLLI PRESTABILITI
DAL DIRIGENTE DEL SERVIZIO".

Acc. 25 ottobre 2001 "Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso)…"

- "TALE FUNZIONE DEVE ESSERE ASSICURATA IN OGNI CASO E CONTINUAMENTE IN QUEI PRESIDI CON OLTRE 25.000 ACCESSI PER ANNO."
- DEVE ESSERE SVOLTO DA UN INFERMIERE
   "SEMPRE PRESENTE NELLA ZONA DI
   ACCOGLIMENTO DEL PRONTO SOCCORSO ... AL
   FINE DI STABILIRE LE PRIORITÀ DI ACCESSO
   ALLA VISITA MEDICA."

#### Chi, come, che cosa

Il Triage si propone sostanzialmente due obiettivi: attribuire un codice di gravità a ogni paziente che si presenta al PS e identificare i pazienti in condizioni potenzialmente pericolose per la vita.

Come ottenere questi obiettivi? Per ottenere tali obiettivi gli ingredienti vincenti sono:

- metodo scientifico.
- ragionamento diagnostico,
- riflessione critica,
- stile personale,
- esperienza pratica.

#### Il Personale di Triage

Il Triage è gestito da Infermieri addestrati, chiamati Infermieri "Triagisti" (IT).

L'infermiere di Triage, pur non essendo tenuto a una diagnosi medica, è sicuramente in grado di valutare le condizioni attuali del paziente e gli elementi per un potenziale scompenso o l'insorgere di complicanze a breve e medio termine.

Questa valutazione infermieristica è basata sulla storia dell'evento e sulle condizioni cliniche del paziente che si rilevano ed è attuata attraverso un processo sistematico che va esaurito in

brevissimo tempo. Va tenuto presente che la valutazione di Triage contiene le specificità professionali del processo di nursing e del processo decisionale, guidando la decisione di Triage che, a sua volta può significativamente influenzare i risultati dell'assistenza al paziente.

#### **Formazione**

E' prevista attraverso appositi CORSI DI TRIAGE, svolti da Gruppi di Formazione certificati alla didattica con metodologie standardizzate e codificate (*GFT e altri*).

Presso il Servizio di Pronto Soccorso-Accettazione (PSA) dell'IRCCS, Policlinico San Matteo di Pavia la formazione del Triage è articolata attraverso:

- 1- Corso base di formazione per IT: parte tecnica
- 2 Corso base di formazione per IT: parte relazionale di comunicazionecomportamento e relazione con il pubblico
- 3 Corso di formazione permanente per IT a cadenza semestrale, con verifica e revisione dell'attività di Triage svolta.

Tutti i Corsi di formazione di Triage effettuati dal Servizio di PSA hanno ottenuto i crediti formativi ECM dal Ministero della Salute.

#### Attuazione dei cambiamenti

Con l'introduzione del Triage si sono verificati importanti cambiamenti organizzativi all'interno dei sistemi operativi. Si sono stabilite delle **Linee Guida e dei Protocolli** per alcune patologie e per i principali percorsi diagnostico-terapeutici concordati con il Primario del Servizio e condivise da tutti gli operatori, dopo revisione della Letteratura e in seguito ad incontri multi-disciplinari (settembre 1999-dicembre 2001).

Finora sono stati affrontati i seguenti percorsi diagnostico-terapeutici:

- cefalea
- intossicazione da funghi
- intossicazione acuta da monossido di carbonio
- dispnea
- dolore toracico
- ictus cerebri
- attacco d'asma
- vaccinazione antitetanica
- profilassi antimeningococcica in Pronto Soccorso

Ulteriori percorsi sono in via di elaborazione e di approvazione per mezzo di audit.

Sono stati elaborati inoltre dei protocolli interni che stabiliscono:

- 1. Entro quanto tempo un pz dovrebbe essere valutato da un medico,
- 2. I tempi e i modi di rivalutazione del pz in attesa,
- 3. Come vengono classificati i pz che presentano un determinato segno o sintomo,
- 4. Tipologia di intervento da intraprendere durante il Triage.

#### Sistema informativo

Per mezzo del sistema informativo, attivo presso il PSA dal giugno del 1995, vengono registrate tutte le prestazioni erogate ai pazienti (visita, radiografie, esami di laboratorio, consulenze, ecc.), ai fini medico-legali, amministrativi, statistici, scientifici e organizzativi.

Il programma informatico permette, in base al codice di priorità, di visionare direttamente dalle sale visita la lista attesa. Dopo il Triage, per mezzo del sistema informatico,

si riesce a seguire il percorso diagnostico-terapeutico del paziente all'interno del Policlinico: richiesta di esami ematochimici e/o radiologici, richiesta di consulenze, prestazioni eseguite, esito del paziente (ricovero con reparto di competenza, rinvio a domicilio, exitus, ecc.). Inoltre il programma PIESSE si interfaccia con altri programmi (Monitor, Governo Ricoveri) per un completo controllo del percorso del paziente in Ospedale.

#### Conclusioni

L'attuazione del sistema di Triage in PSA è stata una prima tappa del Ciclo del Miglioramento Continuo del nostro Servizio.

Dalla raccolta e dall'analisi dei dati inseriti nel sistema informatico si mettono in atto progetti di miglioramento.

Con l'applicazione costante del sistema di verifica e revisione della qualità si manterrà il livello di attività che ci ha consentito di conseguire la certificazione ISO nel marzo 2002.

#### **Bibliografia**

- Anchisi R, Gambotto Dessy M: La situazione emozionale dell'infermiere nell'area d'emergenza e il burnout. In: Atti del IV° Congresso Nazionale della Federazione Italiana di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Assisi, 1997.
- Anchisi R et al: Metodiche interattive di ingegneria comportamentale nel Triage e nelle situazioni difficili del Pronto Soccorso. In: Atti del III° Congresso Nazionale Federazione Italiana Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Torino, 1996.
- Anchisi R, Gambotto Dessy M et al: Ingegneria comportamentale e prevenzione del burnout in Pronto Soccorso e in Medicina d'urgenza. In: Atti del I° Congresso Nazionale Federazione Italiana di Medicina d'Urgenza e di Pronto Soccorso, Alghero, 1994.
- Moiraghi C et al: **Triage.** In: Atti del III° Congresso Nazionale Federazione Italiana Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Torino, 1996.
- Oliva M: Il ruolo degli infermieri nel Triage del Dipartimento di Emergenza. In: Atti del Congresso "Le giornate italo-americane di Medicina d'Urgenza e il Triage". Torino, Centro Congressi Molinette Incontra, 1998.
- Oppes M, Marrosu A: Il Triage in Pronto Soccorso: criteri di selezione dei pazienti. In: Atti del I° Congresso Nazionale Federazione Italiana Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Alghero, 1994.
- Perraro F: **Il Triage: stato dell'arte**. In: Atti del Congresso "Le Giornate italo-americane di Medicina d'urgenza e il Triage", Torino, Centro Congressi Molinette Incontra, 1998.
- Perraro F et al: Il Triage di bancone del personale infermieristico per migliorare le performance dei Servizi di Pronto Soccorso. In: Atti del III° Congresso Nazionale Federazione Italiana Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Torino, 1996.
- Proli A: Verifica della concordanza tra gli operatori sanitari di un Pronto Soccorso nell'assegnazione dei codici di priorità. Rivista dell'Infermiere, 1997, n° 1 vol. 16
- Tartaglino B: **Processo decisionale e metodologia del Triage.** In: Atti del Congresso "Le Giornate italo-americane di Medicina d'Urgenza e il Triage", Torino, Centro Congressi Molinette Incontra,1998.
- Derlet R: Triage. eMedicine Journal, July 20 2001, Volume 2, Number 7
- Maria Antonietta Bressan: Organizzazione del Triage in Pronto Soccorso. Ed. PI-ME, Pavia, 2001.

#### PRINCIPI GENERALI SUL TRIAGE

Simone Baratto simone.baratto@libero.it

#### Cenni storici

Il Triage (dal francese "trièr", scegliere) venne utilizzato per la prima volta durante le guerre napoleoniche, quando il chirurgo capo dell'armata francese, il barone Jean Dominique Larrey, organizzò i soccorsi ai soldati feriti sul campo: scelse di soccorrere per primi quelli che avevano subito lesioni meno gravi ed erano quindi più rapidamente recuperabili per le battaglie successive.

Nella sua versione moderna il Triage ha preso corpo negli anni Sessanta negli Stati Uniti, dove una quota importante della popolazione non aveva una copertura assicurativa sanitaria e il Pronto Soccorso era l'unica struttura tenuta per legge federale (COBRA legislation) a prestare gratuitamente la prima assistenza.

La conseguenza di questa situazione fu un aumento progressivo del numero di pazienti che affluivano in Pronto Soccorso, con un'incidenza sempre più elevata di casi non urgenti. Questa tendenza è andata aggravandosi negli anni successivi, tanto che recentemente sono stati rilevati, in alcuni Dipartimenti di Emergenza urbani degli Stati Uniti, tempi di attesa in media superiori a 6 ore (con picchi di 16-18 ore) e percentuali del 5-15% di pazienti che si allontanano prima di essere visitati.

#### La realtà Italiana

In Italia si stima che 1 cittadino su 2–3 ogni anno si rivolga alle strutture di Pronto Soccorso; questi utenti per lo più non presentano patologie urgenti e un tale uso improprio del servizio determina un sovraffollamento che può comportare ritardi per i pazienti che necessitano realmente di un tempestivo intervento medico.

Alcune cause di questo sovraffollamento possono essere:

- Il vissuto del cittadino, per il quale l'assistenza sanitaria è legata alla diagnostica strumentale e quindi all'ospedale inteso come luogo dove questa tecnologia è presente;
- La crisi della figura del medico di Medicina Generale e il ricorso crescente allo specialista;
- I tempi di attesa eccessivamente lunghi per ottenere prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- L'aumento di quella parte di popolazione debole (per es. extracomunitari) non inserita nel Servizio Sanitario Nazionale o priva di un tessuto sociale di sostegno;
- La rimodulazione della rete ospedaliera, con la soppressione/trasformazione degli ospedali di piccole dimensioni;
- L'evoluzione organizzativa/culturale del Pronto Soccorso, da zona di transito e smistamento verso gli specialisti e i reparti di ricovero al luogo di diagnosi e cura.

Le prime esperienze di Triage in Italia sono cominciate all'inizio degli anni Novanta in Pronto Soccorso con elevato volume di utenza e in carenza di precise disposizioni legislative. Nella realtà disomogenea dei Pronto Soccorso italiani sono presenti diverse modalità di "fare Triage", riconducibili talvolta a forme rudimentali, spesso attuate senza che vi sia la piena consapevolezza di questa funzione.

In alcuni Pronto Soccorso, limitatamente a determinate fasce orarie, la selezione è attuata da personale non infermieristico (amministrativo o ausiliario) che compila una lista d'attesa in ordine di arrivo, registra il sintomo principale riferito e si basa su una sommaria

impressione della gravità del malato per accelerare l'accesso in ambulatorio; la documentazione si limita alla registrazione dei dati anagrafici a fini amministrativi.

In altre situazioni il Triage è gestito in modo non continuativo da personale infermieristico non dedicato; non è quindi basato sulla professionalità e sull'esperienza e, in assenza di procedure formalizzate, è privo di documentazione e applica una priorità di accesso spesso influenzata dalla modalità di arrivo del paziente (deambulate, con mezzi di soccorso o propri) e dal personale che opera sui mezzi di soccorso. Talvolta non è possibile avere a disposizione spazi per una valutazione completa del paziente e per la rilevazione dei parametri vitali; tali operazioni vengono in parte sostituite dai rilievi ispettivi: è il cosiddetto *Triage di bancone*.

Il modello di Triage completo (*globale*) prevede che un infermiere specificatamente formato, con un'anzianità di servizio in Pronto Soccorso predeterminata e abituato a operare secondo i protocolli propri di quella struttura, sia presente costantemente nella zona di arrivo dei pazienti e sia in grado, in base al sintomo/problema che il paziente presenta, di valutare la gravità della situazione e la necessità di assistenza e di stabilire le priorità di acceso.

Questo è il solo sistema in grado di superare la logica della lista d'attesa basata sull'ordine di arrivo e di raggiungere completamente l'obiettivo, modulandosi su principi metodologici standardizzati, arrivando all'assegnazione di un codice di gravità.

#### I codici di gravità

In Italia vengono utilizzati vari sistemi di codifica che prevedono un numero di categorie di gravità variabile da tre a cinque; l'orientamento prevalente è per un sistema con 4 categorie, che risulta non troppo complesso e che si presta bene a stratificare quella maggioranza di utenti che si collocano in una posizione intermedia tra la situazione di non urgenza e quella di vera e propria emergenza. Quanto alla denominazione, sono stati adottati codici numerici, sigle, colori, ecc.

Nella maggior parte dei Pronto Soccorso italiani ci si è orientati per l'utilizzo dei cosiddetti "codici colore", che risultano di immediata comprensione e comunicazione dei confronti dell'utenza.

Come già detto i codici colore identificano quattro livelli di gravità:

#### • Codice Rosso

Questo codice viene assegnato ai pazienti in imminente pericolo di vita, cioè ai pazienti in cui vi è in atto il cedimento di uno dei tre parametri vitali:

- 1. apparato circolatorio
- 2. apparato respiratorio
- 3. stato di coscienza.

Per tali pazienti l'accesso alle sale visita è immediato e non vi è tempo di attesa.

Alcuni esempi di Codice Rosso:

- Arresto respiratorio;
- Arresto cardiaco (assenza di polsi);
- Alterazione di uno o più parametri vitali;
- Perdita improvvisa di coscienza in atto post-traumatica o non conseguente a traumi;
- Cefalea acuta con associati segni neurologici (stato confusionale, segni di lato, disartria);
- Crisi psicotica acuta;
- Insufficienza respiratoria acuta (dispnea marcata) con rumori respiratori udibili (rantoli, sibili), cianosi e frequenza respiratoria < 10 o > 34 atti/minuto;
- Ustioni estese oltre il 15% della superficie corporea;
- Sanguinamenti in atto con alterazione dei parametri vitali;
- Una o più fratture esposte con alterazione dei parametri vitali;
- Ferite penetranti del torace, collo, testa, addome, pelvi;
- Politrauma;

- Amputazione di arto, dita escluse.

#### • Codice Giallo

Viene assegnato ai pazienti con problemi gravi, per i quali può essere presente l'alterazione di una delle tre grandi funzioni vitali (respiratoria, cardiocircolatoria, nervosa). Il personale del Pronto Soccorso si presta per ridurre al minimo i tempi di attesa.

Per tali pazienti l'accesso alle sale visita è immediato, compatibilmente con altre emergenze in atto

Il tempo medio di attesa non dovrebbe superare i 10 minuti. E' necessaria una rivalutazione del paziente dopo 5-15 minuti.

Alcuni esempi di Codice Giallo:

- Insufficienza respiratoria in assenza di alterazione dei parametri vitali;
- Dolore toracico tipico insorto da poche ore o ancora in atto, (dolore retrosternale od epigastrico irradiato al giugulo-mandibola od alle braccia con o senza dispnea, presenza di pallore e/o sudorazione), in assenza di alterazione dei parametri vitali;
- Dolore toracico atipico ma associato a dispnea e/o pallore e/o sudorazione, spontaneo o post-traumatico od in paziente cardiopatico o diabetico;
- Importante dolore addominale spontaneo o post-traumatico in assenza di alterazioni dei parametri vitali;
- Recente sincope o astenia persistente associata a presenza di bradiaritmia o tachiaritmia minacciosa rilevabile al polso radiale (frequenza cardiaca compresa tra 50 e 160 battiti/minuto);
- Paziente neoplastico in fase terminale (diagnosi espressa sulla richiesta del curante) o molto sofferente per dolore o neoplastico anziano genericamente cachettico;
- Ematemesi e melena in atto in assenza di alterazioni dei parametri vitali;
- Emoftoe in atto in assenza di alterazioni dei parametri vitali;
- Alterazioni dello stato di coscienza con deficit di lato, disartria, deviazione della rima orale, in assenza di cefalea acuta e G.C.S.> 12;
- Cefalea acuta non accompagnata da segni neurologici in paziente non cefalalgico;
- Crisi ipertensiva (con PA minima > 110 mmHg)
- Epistassi massiva in atto;
- Febbre associata a segni meningei e/o a stato confusionale insorto dopo o contemporaneamente alla febbre;
- Fratture esposte di un arto in assenza di sanguinamenti copiosi o alterazioni dei parametri vitali;
- Frattura non esposta di due o più segmenti ossei (mani e piedi esclusi);
- Estese fratture lacero-contuse con sanguinamento copioso in atto;
- Traumi del torace e/o addome causati da dinamica complessa senza alterazioni dei parametri vitali.

#### • Codice Verde

Sono interventi differibili. Il paziente non è in pericolo di vita e viene assistito dopo i casi più urgenti.

Per tali pazienti l'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi e gialli.

Il paziente va rivalutato ogni 30-60 minuti.

Alcuni esempi di Codice Verde:

- Coliche addominali in assenza di vomito ripetuto, sudorazione profusa, pallore;

- Febbre oltre i 38°C;
- Vomito e/o diarrea persistenti;
- Calo ponderale recente senza altra sintomatologia;
- Toracoalgie atipiche non associate a sudorazione, pallore, dispnea;
- Epistassi modeste;
- Corpi estranei corneali non penetranti;
- Cefalea, non associata a segni neurologici, in paziente cefalalgico noto;
- Emoftoe anamnestica;
- Melena pregressa (non in atto) in paziente asintomatico (assenza di pallore, sudorazione, dispnea, astenia);
- Vertigini (in assenza di cefalea acuta, disturbi della coscienza, segni neurologici).
- Traumatismi di uno o più arti, in assenza di fratture esposte e/o di estese ferite sanguinanti (assenza dei criteri per codice superiore di gravità);
- Traumatismi del cranio in assenza di segni neurologici associati e di ferite penetranti;
- Traumatismi di torace /addome non associati a pallore, dispnea, sudorazione.

#### • Codice Bianco

Sono i casi meno gravi. Generalmente si tratta di situazioni che dovrebbero essere risolte dal Medico di Medicina Generale. I pazienti vengono comunque assistiti, ma solo dopo che il personale ha risolto i casi più urgenti.

Per tali pazienti l'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi.

Queste prestazioni sono soggette al pagamento del ticket.

Alcuni esempi di Codice Bianco:

- Febbricola persistente da diversi giorni;
- Tonsilliti e faringiti presenti da più giorni dolori articolari, non traumatici, presenti da diverso tempo;
- Dolori articolari post-traumatici ove il trauma risale a diversi giorni prima;
- Congiuntiviti presenti da più giorni;
- Otalgie;
- Odontalgie,
- Dispepsia;
- Dermatiti croniche,
- Abrasioni cutanee:
- Punture d'insetto non recenti (oltre le 3 ore)e non associate ad alcun corteo sintomatologico se non il pomfo in sede di inoculo;
- Palpitazioni soggettive,
- Calo ponderale;
- Ferita superficiale unica di minima entità.

#### Altri tipi di Codici di priorità.

In alcune realtà vengono ancora usati, al posto dei codici colore, i codici a sigle: EU (Estrema Urgenza), UP (Urgenza Primaria), US (Urgenza Secondaria) e NU (Nessuna Urgenza); oppure i codici numerici: codice 3 (rosso), codice 2 (giallo) e codice 1 (verde).

Questi ultimi codici trovano oggi applicazione soprattutto da parte di centrali operative e delle associazioni volontarie del soccorso.

Non è importante quale tipo di codice viene scelto, è indispensabile che tutti gli enti del soccorso parlino un linguaggio comune ben comprensibile.

#### **Bibliografia**

G.F.T. Gruppo Formazione Triage: *Triage infermieristico*. Ed. McGraw-Hill, Milano, 2000.

Valerio Gai: Triage: procedimento decisionale al servizio del paziente. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2002.

Maria Antonietta Bressan: Organizzazione del Triage in Pronto Soccorso. Ed. PI-ME, Pavia, 2001.

#### IL PROCESSO DECISIONALE

Stefano Signoretti signopy@genie.it

Alla valutazione di Triage si arriva con l'attuazione del processo decisionale, cioè un processo scientifico e sistematico che prevede una sequenza logica di fasi pianificate volte a risolvere i problemi della persona che si presenta in Pronto Soccorso.

In quanto metodo di lavoro, il processo decisionale:

- è sempre applicabile qualunque sia il luogo di intervento,
- è adattabile all'assistenza di uno o più individui,
- richiede conoscenze tecniche, capacità di ragionamento ed esperienza professionale,
- riconosce la piena autonomia professionale,
- richiede la collaborazione fra le varie figure professionali,
- ha come obbiettivo la tutela della salute dell'assistito
- richiede pertanto la collaborazione del paziente stimolando risposte appropriate.

Il processo decisionale di Triage viene applicato in piena autonomia dal professionista con l'obiettivo di:

- identificare le condizioni potenzialmente pericolose per la vita dell'assistito,
- determinare un Codice di Priorità per ogni utente che afferisce al Pronto Soccorso.

L'abilità dell'Infermiere Triagista (IT) sta nell'identificare immediatamente quelle situazioni o quei pazienti critici ai quali occorre prestare immediatamente la propria assistenza.

I criteri fondamentali necessari per la determinazione e l'attribuzione dei codici di priorità sono:

- il sintomo principale;
- il dolore:
- i parametri vitali;
- l'età;
- i fattori psico-sociali (handicap, disagio sociale);
- l'esperienza clinica dell'IT;
- i protocolli e Linee Guida dell'Unità Operativa.

L'IT deve perciò utilizzare un procedimento logico e sistematico che consta di quattro fasi principali:

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

Ognuna di queste fasi dovrebbe essere svolta separatamente, ma in realtà spesso l'IT si trova nella condizione di doverle attuare simultaneamente per più pazienti.

#### 1. La valutazione "sulla porta".

L'obiettivo del Triage "sulla porta" è quello di identificare immediatamente i pazienti in pericolo di vita, facendosi un'idea generale sugli utenti che accedono in Pronto Soccorso, ottenendo brevemente delle informazioni minime indispensabili per l'attribuzione del codice di priorità.

L'IT deve prestare immediatamente attenzione ai pazienti con:

- compromissione delle funzioni vitali;
- disturbi cardiaci;
- compromissioni neurologiche;
- psicosi acute potenzialmente pericolose per sé e/o per gli altri;

- traumatismi di organi o apparati vitali;
- traumi da violenze fisiche o psicologiche.

In ogni caso l'IT deve valutare nel paziente alcuni elementi fondamentali:

- aspetto generale,
- pervietà delle vie aeree (airways),
- respiro (breathing),
- circolo (circulation),
- eventuali deficit neurologici o alterazioni dello stato di coscienza (defibrillation, disability)-

#### 2. La raccolta dei dati.

La raccolta dei dati viene definita come un'intervista tesa ad ottenere un insieme di fatti e di informazioni riguardanti le condizioni di salute, le condizioni ambientali, familiari e sociali della persona-paziente al fine di avere gli elementi necessari per identificare i problemi di salute.

Sulla base di tutte queste informazioni è possibile assegnare un Codice di priorità e quindi attuare un piano assistenziale.

L'IT deve eseguire una valutazione soggettiva ed oggettiva del paziente.

Gli obbiettivi della raccolta dati sono:

- <u>Identificazione del sintomo principale</u> (Segno Sintomo Guida = SSG): è il problema di salute dominante (e spesso l'unico) che ha indotto il paziente a rivolgersi alla struttura sanitaria. Le domande iniziali dovrebbero essere "aperte" in modo da permettere al paziente di descrivere i propri sintomi. Se il paziente non è in grado di comunicare, le informazioni possono essere riferite dagli eventuali parenti e/o accompagnatori o dal personale del soccorso extraospedaliero.
- <u>Identificazione dell'evento presente</u>: circostanze dell'evento, ora di insorgenza dei sintomi, definizione e descrizione del problema (es.: natura e caratteristiche del problema, gravità ed effetti sul paziente; meccanismo del trauma; progressione dei sintomi dall'insorgenza all'arrivo in Pronto Soccorso; trattamento terapeutico effettuato prima dell'arrivo in Pronto Soccorso e suo effetto);
- Qualificazione e quantificazione del dolore: il dolore è la ragione più comune per cui ci si rivolge al Pronto Soccorso ed è compito dell'IT indagare il sintomo dolore in ogni sua forma e localizzazione:
- <u>Identificazione di eventuali sintomi associati</u>: occorre che l'IT indaghi sulla presenza di altri segni e sintomi che possono essere correlati alle condizioni attuali del paziente, ma che quest'ultimo non ha spontaneamente descritto;
- Raccolta della storia medica passata: la raccolta di informazioni sulla storia medica passata del paziente è molto importante perché può aiutare nella migliore definizione del sintomo principale e può influenzare significativamente l'assegnazione del Codice di Priorità:
- <u>Esame fisico mirato</u>: l'IT deve cercare sempre di visualizzare direttamente l'area corporea interessata dal sintomo principale e misurare i parametri vitali (Pressione arteriosa; Frequenza cardiaca; Frequenza respiratoria, Saturazione arteriosa; Temperatura corporea; Dolore). Una valutazioni facili ed immediate sono la palpazione del polso radiale e l'osservazione di eventuali segni cutanei (pallore, ittero, reazioni orticarioidi, ecc.).
  - L'IT deve verificare bilateralmente gli elementi rilevati nella valutazione e compararli con i range di normalità o con i valori basali del paziente (è buona norma chiedere sempre al

paziente se il valore riscontrato rientra nella sua normalità). Al termine della raccolta dati viene quindi identificato il problema assistenziale.

L'iniziale definizione del problema, emersa durante la fase di valutazione "sulla porta", può essere confermata o smentita in ogni momento del processo di raccolta dati.

#### 3. La decisione di Triage.

La decisione di Triage è il passo successivo del processo di Triage e ha come obiettivo l'assegnazione di un Codice di Priorità a tutti gli utenti che si presentano in Pronto Soccorso. Nella maggior parte delle realtà del nostro Paese si utilizzano i Codici Colore, che vengono assegnati in base a criteri codificati da Gruppi di Studio e/o Società Scientifiche.

#### 4. La rivalutazione.

L'ultima ma non meno importante è la fase della rivalutazione. Il Codice Colore di priorità assegnato all'ingresso del paziente in Pronto Soccorso non è un "valore fisso". Esso può essere modificato dall'IT in qualsiasi momento, sulla base dei parametri vitali del paziente, che devono essere rivalutati costantemente a intervalli predeterminati di tempo.

A seconda del loro miglioramento o peggioramento il Codice Colore diverrà rispettivamente meno grave o più grave.

La fase di rivalutazione richiede abilità in quanto gli eventuali cambiamenti nelle condizioni di salute del paziente possono essere repentini, molto subdoli o "falsi", motivati solo dal bisogno soggettivo del paziente di richiamare attenzione o di accelerare i tempi di visita.

Questa fase permette all'IT, non solo di mantenere corretti i Codici di priorità assegnati, ma anche di mantenere sotto controllo i pazienti in attesa.

#### Bibliografia:

G.F.T. Gruppo Formazione Triage: Triage infermieristico. Ed. McGraw-Hill, Milano, 2000.

Valerio Gai: *Triage: procedimento decisionale al servizio del paziente*. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2002.

Maria Antonietta Bressan: Organizzazione del Triage in Pronto Soccorso. Ed. PI-ME, Pavia, 2001.

#### LA RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN ATTESA

Francesco FALASCHI f.falaschi@smatteo.pv.it

Abbiamo già visto dalle precedenti esposizioni che sulla base di protocolli standardizzati, basati sui sintomi di presentazione, su una rapida anamnesi e sui parametri vitali è possibile prevedere quanto è pericoloso fare attendere il paziente:

Codice Rosso → non può attendere

Codice Giallo → è pericoloso attendere

Codice Verde → può attendere probabilmente

Codice bianco → può attendere

L'attribuzione di un codice di priorità al paziente è sostanzialmente una valutazione della *evolutivita*' *potenziale* a breve termine di un particolare quadro clinico.

E' importante notare che non è una valutazione della gravità della patologia in atto. Per esempio:

- uomo di 60 anni con epatocarcinoma si presenta per dolore addominale e PA 105/60 mmHg;
  - gli viene assegnato codice verde;
- uomo di 60 anni con anamnesi muta si presenta per dolore addominale, PA 85/60 mmHg; gli viene assegnato un codice giallo.

Come si vede il primo paziente ha una prognosi a medio termine probabilmente più grave, vista la patologia di base, ma al secondo paziente viene data la priorità sulla base di un parametro vitale (in questo caso la PA sistolica bassa) che costituisce una più grave minaccia di evolutività a breve termine: è più pericoloso nel breve termine fare attendere questo secondo paziente.

#### L'attesa

L'attenzione è quindi focalizzata sull'attesa: anzi il punto centrale del Triage è *il* paziente che attende.

Qualsiasi valutazione sulla potenziale evolutività di un quadro clinico può essere sbagliata. Chiunque lavori in un Pronto Soccorso può citare casi di pazienti appena dimessi da una Cardiologia o da una Medicina che rientrano per una grave patologia rapidamente evolutiva in atto: dunque anche dopo una lunga ed approfondita valutazione del paziente, sono inevitabili errori sulla evolutività della sua patologia. Ne consegue che anche la valutazione di Triage sarà a volte sbagliata. Se la valutazione di Triage è sbagliata ma il paziente non attende l'errore non causa problemi, ma se il paziente attende possono insorgere problemi di gravità molto varia (dalla minima irritazione alla morte).

#### La rivalutazione

Lo scopo primario della *rivalutazione* del paziente in attesa è dunque di correggere gli errori fatti al momento della valutazione iniziale di Triage; anzi si potrebbe definire rivalutazione l'insieme di "tutti quegli accorgimenti che vengono messi in atto per evidenziare errori fatti alla valutazione iniziale di Triage".

Per semplicità si punta ad evidenziare gli elementi di aggravamento o peggioramento del quadro, che rendono quindi il caso più urgente, tralasciando quelli di miglioramento dello stesso, poiché non è consigliabile retrocedere i pazienti nella scala delle priorità.

Scopo secondario della Rivalutazione è la rassicurazione del paziente in attesa. Questa funzione del Triagista è tuttavia un elemento qualificante della professionalità infermieristica e un determinante di qualità percepita dall'utente.

Per correggere gli errori fatti durante la valutazione iniziale vanno evidenziati nuovi elementi indicativi della potenziale evolutivita' del paziente: per far ciò ci si baserà sui soliti elementi universali a disposizione della clinica:

- 1) Sintomi,
- 2) Anamnesi,
- 3) Parametri Vitali,
- 4) Altri test.

Analizziamo rapidamente questi strumenti.

I **SINTOMI** sono il cardine della clinica e ci possono aiutare con il peggioramento di un sintomo di presentazione:

- a) Dolore addominale (verde) che DIVENTA PIU' INTENSO E SI IRRADIA AL DORSO (giallo);
- b) Trauma chiuso del torace (verde), CON DOLORE CHE SI ACCENTUA IMPROVVISAMENTE (giallo);
- c) Dispnea moderata (giallo) che DIVENTA GRAVE (rosso);
- d) Odontalgia (bianco) che AUMENTA DI INTENSITÀ (verde);

oppure può esservi la comparsa di nuovi sintomi che molto spesso segnalano un reale peggioramento:

- a) Cefalea acuta (verde) con COMPARSA DI IPOSTENIA AL BRACCIO E GAMBA DESTRA (giallo);
- b) Trauma cranico senza segni neurologici (verde), COMPARSA DI VOMITO (giallo);
- c) Disuria (bianco), COMPARSA DI BRIVIDO SCUOTENTE (verde);
- d) Dolore toracico (giallo), IMPROVVISA PERDITA DI COSCIENZA (rosso).

#### L'ANAMNESI ci aiuta se compaiono nuovi elementi anamnestici:

- a) Paziente demente, agitato, allettato, proveniente da una casa di riposo per dolore addominale (verde); DOPO 15 MINUTI ARRIVA UN PARENTE CHE SEGNALA CHE IL PAZIENTE HA UN ANEURISMA AORTICO ADDOMINALE (giallo).
- b) Paziente di 35 anni, eupnoico, in buone condizioni, con tosse e febbricola da 4 gg (bianco); QUANDO GLI ALTRI PAZIENTI SI ALLONTANANO DALLA POSTAZIONE DI TRIAGE IL PAZIENTE SEGNALA DI ESSERE HIV+ (verde).
- c) Paziente con vomito, stato confusionale e cefalea (giallo) dopo abuso di alcool in etilista (giallo); TOGLIENDO LA CAMICIA SPORCA DI VOMITO AL PAZIENTE SI TROVA UNA SCATOLA DI COUMADIN (rosso).

I **PARAMETRI VITALI** sono l'aspetto centrale della rivalutazione del paziente. Sono l'elemento che più aiuta il Triagista nell'obiettivare l'evoluzione del paziente. Idealmente bisognerebbe misurare tutti i parametri a tutti i pazienti, e ripeterne la misurazione in fase di rivalutazione anche se spesso ciò non è facilmente realizzabile per problemi di tempo.

Il Triagista deve sempre controllare i parametri vitali quando vi è una modificazione dei sintomi del paziente.

Vanno rivalutati sempre i parametri già misurati al Triage iniziale (perché documentano l'evoluzione più di altri), e vanno misurati altri parametri non misurati in precedenza ma che acquistano rilevanza alla luce della nuova sintomatologia.

I parametri tradiscono raramente, e comunque molto meno delle cosiddette "intuizioni cliniche", rispettabili sicuramente, ma con un ruolo limitato nella pratica quotidiana. Inoltre, da un punto di vista strettamente legale, il Triagista non è tenuto a formulare una diagnosi, ma gli può venire imputato di non aver misurato i parametri vitali!

Insomma I PARAMETRI VITALI SONO DAVVERO VITALI: obiettivano il peggioramento del paziente e ci possono rassicurare in presenza di sintomi mal definiti o aspecifici.

Quindi se avete un Monitor non lasciatelo mai inoperoso: fategli misurare pressione arteriosa, frequenza cardiaca e saturazione di  $O_2$  a 1-2 pazienti in continuo. In particolare vanno monitorati quei parametri che sono più critici per la sintomatologia:

Es. Paziente con dispnea → monitorare frequenza respiratoria e saturazione di O<sub>2</sub> Paziente con sincope → monitorare pressione arteriosa e frequenza cardiaca

Può essere difficile per il Triagista valutare quando le modificazioni dei parametri vitali indicano davvero un cambiamento delle condizioni del paziente.

Come aiuto mnemonico propongo la "Regola del 30+30+30=90", ovvero siamo in presenza di una evoluzione del paziente e il codice deve aumentare di un gradino nella scala colore quando si verifica uno dei seguenti fenomeni:

- La pressione arteriosa scende di 30 mm Hg,
- La frequenza cardiaca sale di 30 battiti/minuto,
- La frequenza respiratoria supera i 30 atti/minuto,
- La saturazione di O2 scende sotto il 90 %.

In ogni caso il Triagista non è tenuto a seguire pedissequamente alcuna regola e se trova alterazioni anche minori di alcuni parametri (o anche in assenza di alterazioni dei parametri ma con sintomatologia a suo parere significativa) deve aumentare il codice del paziente.

**ALTRI TEST** che possono aiutare il Triagista nella rivalutazione del paziente sono variabili da struttura a struttura. Ritengo che l'infermiere Triagista debba avere la possibilità di eseguire una glicemia, un esame urine, un ECG ed eventualmente un emogasanalisi, se li ritiene utili ad una migliore stratificazione di priorità. Spesso è però difficile effettuare altri test se non vi sono due Triagisti in sevizio.

#### I tempi di rivalutazione

Ma OGNI QUANTO TEMPO occorre rivalutare il paziente?

Una risposta è già stata data nella relazione sui codici colore, aggiungo alcune considerazioni.

- Il CODICE ROSSO non dovrebbe mai attendere fuori sala, ma in caso di catastrofi può accadere che arrivino più codici rossi contemporaneamente: in questo caso i codici rossi avranno un monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Il CODICE GIALLO deve essere valutato ogni 5-15 minuti, a seconda della sintomatologia; gli intervalli di rivalutazione possono essere ristretti o allargati secondo la preoccupazione o la rassicurazione che ci danno le rilevazioni dei parametri, ma sempre restando nel range di tempo indicato.
- Il CODICE VERDE va rivisto ogni 30-60 minuti. Valgono le considerazioni fatte per il codice giallo. In questo caso l'accento è posto sulla rassicurazione e sulla rivalutazione del grado di sofferenza, che può essere un elemento di aumento del codice di gravità.
- Il CODICE BIANCO secondo alcuni non andrebbe rivalutato se non in caso di richiesta del paziente per nuova o aggravata sintomatologia. Tuttavia è un elemento di forte

professionalità l'essere in grado (ogni 60-120 minuti) di rassicurare periodicamente il paziente sul fatto che non ci si è dimenticati di lui, e sulla sua posizione attuale nella lista d'attesa.

Inoltre, a mio parere (non condiviso da molti), il paziente codice bianco lievemente o moderatamente sofferente che sta aspettando da ore accumula una insofferenza e talvolta una angoscia che meritano l'assegnazione del codice verde. Poiché spesso i problemi di rapporto con pazienti e parenti insorgono proprio con i casi a bassa priorità è un elemento di forte qualificazione professionale del Triagista il saper trasmettere al paziente la sensazione della cura (*care*) nei suoi confronti e di saper prevenire situazioni di conflitto; si tratta di qualità quasi indispensabili per gli infermieri che lavorano in un Pronto Soccorso e che costituiscono elemento di preferenza nella scelta del personale.

#### Il passo successivo

Dopo la rivalutazione il Triagista dovrebbe:

- 1) Rassicurare sempre il paziente;
- 2) Registrare i segni vitali su supporto cartaceo o informatico;
- 3) Se le condizioni non sono modificate o sono migliorate comunicare al paziente la sua posizione all'interno del suo codice colore;
- 4) Se le condizioni sono peggiorate assegnare un nuovo codice colore. Faccio notare che aumentare il codice del paziente significa quasi sempre che il paziente sarà il primo ad entrare nella prima sala libera; prendiamo infatti il caso tipico del codice verde che diventa giallo: poiché il paziente ha già atteso come codice verde (e quindi gli altri codici gialli gli sono passati davanti) è diventato ora il codice giallo che sta aspettando da più tempo. In alcuni casi addirittura (codice giallo che diventa rosso), sarà necessario liberare una sala in occupata per far posto all'aggravato.

#### Conclusioni

La rivalutazione è quindi una fase fondamentale del Triage che ci permette di:

- 1) Individuare in tempo utile una eventuale evoluzione delle condizioni del paziente;
- 2) Rassicurare il paziente sulle sue condizioni dandogli nel contempo la percezione di una presa in carico continuativa;
- 3) Garantire gli operatori sanitari da conseguenze medico-legali seguendo una metodologia sperimentata.

#### **Bibliografia**

- Baldi G, Ghirelli L: **Triage e Linee-Guida in Pronto Soccorso.** In "Pronto Soccorso. Servizi di Emergenza 118", OTTONE G, Torino, Centro Scientifico Editore, 1996.
- Bertazzoni G et al: Il Triage in un Dipartimento di Medicina d'Urgenza. In: Atti II° Congresso Federazione Italiana di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Napoli Castel dell'Ovo, 1995.
- Chiodo E: **Il Triage infermieristico**. In: Atti del Congresso "Le giornate italo-americane di Medicina d'Urgenza e il Triage", Torino, Centro Congressi Molinette Incontra, 1998.
- Costa M: Il Triage. Mc Graw-Hill, 1997.
- Gai V: Il Triage: un procedimento decisionale al servizio del paziente. In: Atti del Congresso "Le giornate italo-americane di Medicina d'Urgenza e il Triage", Torino, Centro Congressi Molinette Incontra, 1998.
- Menon C: Protocolli di Accettazione: Triage in Pronto Soccorso. In: Atti del I° Congresso Nazionale Federazione Italiana Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Alghero, 1994.

- Moiraghi C et al: Triage. In: Atti del III° Congresso Nazionale Federazione Italiana Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Torino, 1996.
- Oliva M: Il ruolo degli infermieri nel Triage del Dipartimento di Emergenza. In: Atti del Congresso "Le giornate italo-americane di Medicina d'Urgenza e il Triage". Torino, Centro Congressi Molinette Incontra, 1998.
- Oppes M, Marrosu A: Il Triage in Pronto Soccorso: criteri di selezione dei pazienti. In: Atti del I° Congresso Nazionale Federazione Italiana Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Alghero, 1994.
- Perraro F: **Il Triage: stato dell'arte**. In: Atti del Congresso "Le Giornate italo-americane di Medicina d'urgenza e il Triage", Torino, Centro Congressi Molinette Incontra, 1998.
- Perraro F et al: Il Triage di bancone del personale infermieristico per migliorare le performance dei Servizi di Pronto Soccorso. In: Atti del III° Congresso Nazionale Federazione Italiana Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Torino, 1996.
- Proli A: Verifica della concordanza tra gli operatori sanitari di un Pronto Soccorso nell'assegnazione dei codici di priorità. Rivista dell'Infermiere, 1997, n° 1 vol. 16
- Tartaglino B: **Processo decisionale e metodologia del Triage.** In: Atti del Congresso "Le Giornate italo-americane di Medicina d'Urgenza e il Triage", Torino, Centro Congressi Molinette Incontra,1998.
- Derlet R: **Triage**. eMedicine Journal, July 20 2001, Volume 2, Number 7.

#### REQUISITI DELL'INFERMIERE TRIAGISTA

Giuseppina Discenza

#### La formazione dell'Infermiere Triagista

Il Triage è una attività gestita da Infermieri Triagisti, infermieri che sono stati specificamente formati attraverso i Corsi di Triage.

L'obbiettivo principale dei corsi di Triage è riuscire a far sviluppare a tutti gli infermieri di Pronto Soccorso le capacità per poter svolgere un'efficace ed uniforme azione di selezione delle priorità di accesso alla visita medica.

#### I requisiti dell'Infermiere Triagista

L'infermiere triagista deve possedere determinati requisiti:

- ✓ alcuni fanno parte della preparazione di base (Diploma di Infermiere, Diploma Universitario, almeno 6 mesi di esperienza di lavoro in Pronto Soccorso, Corsi di Basic Life Support;
- ✓ altri si acquisiscono durante il periodo di addestramento previsto per poter svolgere attività di Triage (Conoscenza delle tecniche di Triage, conoscenza delle procedure e del sistema organizzativo del Servizio, Corsi sulle tecniche relazionali);
- ✓ altri ancora si svilupperanno e si acquisteranno con il tempo grazie all'esperienza maturata nello svolgere attività di Pronto Soccorso.

#### Caratteristiche specifiche dell'Infermiere Triagista

Quotidianamente, in Pronto Soccorso, si vengono a verificare delle situazioni che mettono a dura prova l'equilibrio psichico e la concentrazione dell'operatore di Triage (pazienti agitati e/o maleducati, discussioni con i parenti o con i colleghi, richieste d'intervento da più persone contemporaneamente, ecc.).

L'infermiere triagista deve possedere, oltre a un buon livello di professionalità, la capacità di controllare la propria emotività e di sapersi relazionare con le diverse tipologie di utente (psichiatrico, anziano, bambino, arrogante, ecc.).

Gli utenti che accedono al Pronto Soccorso infatti si differenziano per età, cultura, nazionalità, religione, per cui l'infermiere Triagista deve saper ascoltare e deve adeguare il proprio atteggiamento e il proprio linguaggio in relazione al tipo di persona con cui si trova ad interagire.

Ultima caratteristica, ma non meno importante, è il colpo d'occhio, il saper individuare a prima vista i segni dello stato di sofferenza; tale qualità si acquisisce con l'esperienza.

#### Addestramento al Triage

L'addestramento al Triage inizia dopo 6 mesi di attività di Pronto Soccorso, periodo necessario al nuovo operatore per conoscere le figure professionali con cui si dovrà rapportare, per apprendere le procedure interne (Linee guida, Percorsi diagnostico-terapeutici interni al Servizio, procedure interne, aspetti burocratici) e per "prendere confidenza" con la scheda di Triage.

Durante tale periodo di addestramento è previsto un periodo di affiancamento con un infermiere Triagista più anziano per circa 2/3 settimane.

L'affiancamento si articolerà in tre fasi successive:

- ✓ osservazione attenta dell'attività;
- ✓ esperienza pratica sotto il controllo dell'Infermiere più esperto;
- ✓ pratica diretta,
- ✓ convalida finale da parte del tutor.

#### Conclusioni

La regola d'oro per essere un buon infermiere triagista è possedere, oltre che un'ottima preparazione e una certa predisposizione, molta molta pazienza!!

#### **Bibliografia**

G.F.T. Gruppo Formazione Triage: Triage infermieristico. Ed. McGraw-Hill, Milano, 2000.

Valerio Gai: Triage: procedimento decisionale al servizio del paziente. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2002.

Maria Antonietta Bressan: Organizzazione del Triage in Pronto Soccorso. Ed. PI-ME, Pavia, 2001.

## IL TRIAGE: PROBLEMI MEDICOLEGALI DELL'INTEGRAZIONE OPERATIVA TRA MEDICI E INFERMIERI.

Fabio Buzzi, Paola Borlotti Carraro\*

Ordinario di Medicina Legale Università degli Studi di Pavia, Dirigente Medico Servizio Medicina Legale, IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia

Le Linee Guida per il Sistema di Emergenza Urgenza Sanitaria, in applicazione del DPR 27 marzo 1992 (Atto d'intesa fra Stato e Regioni. G.U.17.5.96), stabiliscono 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 del servizio...".

Il personale infermieristico riveste quindi ex lege il ruolo fondamentale nella gestione del triage ed è in prima persona responsabile del corretto svolgimento di questa essenziale fase propedeutica dell'attività di Pronto Soccorso.

În linea generale con la **Legge n. 42 del 26.2.1999**, la responsabilità individuale degli infermieri ha trovato ampliamento nell'abrogazione del mansioniario, oramai obsoleto e non più aderente all'effettivo ruolo professionale dell'infermiere. La Legge n. 42 ha di fatto delineato un nuovo assetto complessivo delle professioni sanitarie.

L'art.1 della Legge n. 42/99 ha infatti precisato che "il campo di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie...è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario di formazione post-base, nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario, per l'accesso delle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto delle specifiche competenze professionali...".

La Legge n. 251 del 10.8.2000 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica) ha ulteriormente ribadito che "gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute individuale e collettiva espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza".

Ed anche il Decreto del Ministero dell'Università di concerto con il Ministero della Sanità del 2.4.2001, nel determinare le classi delle lauree universitarie delle professioni infermieristiche, ha nuovamente richiamato che "i laureati...svolgono con <u>autonomia professionale</u> attività dirette alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza....Sono dotati di una preparazione nelle discipline di base tale da consentire loro sia la migliore comprensione dei più rilevanti elementi...alla base dei processi fisiologici e patologici ai quali è rivolto il loro intervento preventivo e terapeutico, sia la massima integrazione con le altre professioni.

A sua volta il Codice Deontologico degli infermieri stabilisce che: "l'infermiere assume responsabilità in base al livello si competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento di esperti".

Affermata quindi ex lege l'autonomia operativa del personale infermieristico, nell'ambito delle proprie "competenze", nelle funzioni di triage il compito fondamentale dell'infermiere consiste nell'assegnazione dei noti codice colore ai pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso (P.S.), sulla base del valore e del significato dei sintomi lamentati e/o presentati da ogni singolo soggetto.

L'assegnazione dei codici colore, che si fonda sulla valutazione clinica della gravità dei sintomi del paziente, trova come momento culminante il rapporto tra infermiere e paziente, la gestione del quale non può prescindere da una solerte ed ampia informazione al paziente, che deve essere fornita in modo tecnicamente professionale, quanto umanamente educato.

Questo aspetto psicologico del contatto con il paziente è di primaria importanza e rappresenta il principale deterrente contro eventuali chiamate per responsabilità da parte del paziente.

Del resto, quando un paziente si rivolge al Pronto Soccorso è per riceverne un'assistenza adeguata, in particolare "pronta", per cui le attese non convenientemente giustificate lo indispongono e accentuano lo stato di sofferenza che lo ha indotto a rivolgersi al P.S..

La mancanza di informazioni al paziente, non solo sul suo stato di salute, ma anche sull'organizzazione allestita per la sua assistenza, la mancata esplicitazione dei motivi per cui viene assegnato un determinato codice e del significato del colore creano equivoci e aumentano l'impazienza e l'irritazione degli utenti il servizio e, di conseguenza, le denunce nei confronti degli operatori sanitari.

In questa cornice un ruolo peculiare è giocato dal sovraffollamento, che rappresenta un problema oramai cronicizzato dei Pronto Soccorso, tra le cause del quale sono individuabili anche la de-responsabilizzazione dei medici del territorio e la carenza dei medici "guardisti" e di quelli "aziendali", nelle infermerie degli ambienti delle imprese maggiormente esposte al rischio di infortuni.

Proprio da ciò ha preso le mosse il triage con la sua organizzazione/gestione degli utenti, che si rivolgono al Pronto Soccorsa a seconda della gravità e dell'urgenza dei loro problemi, dando ovviamente la priorità a quelli con problemi urgenti.

Peraltro, soprattutto per quanto riguarda i pazienti con problemi meno gravi e meno urgenti, soltanto attraverso il già menzionato buon rapporto che deve instaurarsi tra infermiere triagista e paziente, in base ad una costante e puntuale informazione dell'utente, si può pensare di gestire il sovraffollamento e tamponare le accuse di ritardo delle cure tanto spesso diffuse dai mass-media.

Il ruolo dell'infermiere triagista comporta non soltanto una grande responsabilità, allorchè egli deve interpretare rapidamente e realisticamente quanto riferitogli, il più delle volte in modo concitato dal paziente o da chi lo accompagna, sui sintomi o sulle alterazioni patologiche al fine dell'assegnazione del codice gravità, per la priorità dell'accesso alle cure, ma è anche un ruolo di grande stress trattandosi di intervento che implica una valutazione ed una conseguente decisione il più possibile completa e rapida.

Di qui nasce il problema più volte dibattuto in molte sedi, dell'invecchiamento del personale e delle ripercussioni sull'omeostasi psicologica.

Il "burnout", consiste in una sindrome di risposta allo stress lavorativo attraverso modalità particolari, quali l'utilizzo di difese psicologiche intrapsichiche, invece che attraverso metodi di soluzione dei problemi posti dall'ambiente di lavoro. Negli operatori sanitari la sindrome può presentare sul piano clinico sintomi psico-somatici generici (insonnia, cefalea, disturbi digestivi, ecc.) e le seguenti manifestazioni comportamentali: 1. resistenza a recarsi al lavoro e notevole stanchezza alla fine del lavoro; 2.sensazione di fallimento e di rabbia; 3.perdita di sentimenti positivi verso i pazienti; 4.difficoltà di concentrarsi sulle proprie mansioni e di ascoltare i pazienti; 5.alto assenteismo.

Lo stress lavorativo è inoltre fonte di errore. Un interessante articolo pubblicato dal BMJ già nel 1995 sulla Patogenesi degli errori in medicina individuava quali cause di errore delle

CAUSE REMOTE: carenza o cattivo uso di risorse, cattiva organizzazione dei servizi; le CONDIZIONI DI LAVORO: sovraccarico di lavoro, deficit di supervisione, di comunicazione, di tecnologia, di conoscenza, di abilità tecnica; delle CAUSE IMMEDIATE: omissioni, errori, difetti cognitivi, violazione di discipline, di linee guida, ecc.; gli AVVENTI AVVERSI e carenze nel RISK MANAGEMENT.

Il risk manager è infatti una figura che sta sorgendo in diverse realtà ospedaliere per ridurre il rischio di errori clinici.

E' a capo delle "unità di gestione del rischio", che cercano di capire dove, come e perché si verificano gli errori. E' responsabile dell'attivazione del sistema di registrazione degli errori, dei "quasi errori" e degli eventi sentinella che segnalano comportamenti sbagliati. Può chiedere ad un operatore sanitario coinvolto in un errore o in un mancato errore di stendere un rapporto sui fatti e poi discuterne con tutta l'unità operativa.

In questo contesto operativo rientrano sicuramente anche gli infermieri, secondo un profilo di responsabilità non più mediata ed attenuata, come un tempo, da quella del medico, ma di autonomo risalto professionale.

Al proposito si riporta una recente sentenza della Corte di Cassazione Penale (SEZ. IV, Sent. N. 9638 del 2.3.2000):...la responsabilità dell'infermiere è pari a quella del medico perché anch'egli è garante della salute del paziente ed è portatore della medesima posizione di garanzia (alias protezione) nei confronti del paziente...

...ne discende che l'infermiere che abbia ricevuto dal medico un ordine, ovvero che abbia avuto conoscenza indiretta di tale ordine concernente la cura di un paziente, non può ometterne l'esecuzione nell'ambito del proprio turno di servizio, specie se la semplicità e la breve durata dell'attività comportata siano tali da indurre il medico a ritenere che la stessa sia stata tempestivamente eseguita.

Ancor più recentemente le **Sezioni Unite della Cassazione Penale, nella sentenza n.27/2002** in tema di colpa omissiva del medico (ed oramai, per analogia, dell'infermiere) si sono espresse non più, come in precedenza, secondo indicazioni percentualistiche e anche di bassa probabilità sul nesso di causa tra condotta omissiva ed evento lesivo, ma in termini di elevato grado di certezza, che la condotta omissiva sia stata la condizione necessaria dell'evento lesivo.

Queste in estrema sintesi le indicazioni essenziali di tale sentenza:

<u>"Il nesso causale può essere ravvisato quando</u>, alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza, o di una legge scientifica – universale o statistica – si accerti che, <u>ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento</u>, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato, ma in epoca significativamente posteriore, o con minore intensità lesiva.

Non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotersi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità, nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile.

...così che, dall'esito del ragionamento probatorio – che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi – risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che <u>la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo, con alto o elevato grado di credibilità razionale, o probabilità logica.</u>

L'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, e quindi il ragionevole dubbio sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio".

In conclusione, accantonate di necessità, le residuali perplessità di coloro che faticavano a riconoscere nel ruolo infermieristico fondamentali compiti di autonomia gestionale nelle attività di pronto soccorso, e in particolare in quelle di triage, si apre per gli infermieri una stagione ricca di opportunità professionali.

Per coglierne proficuamente i frutti la categoria è evidentemente tenuta a condividere responsabilmente e quasi pariteticamente con i medici anche gli oneri penalistici, civilistici e assicurativi dei possibili eventi avversi di matrice colposa. Ciò proprio in ragione dell'ampliamento dell'autonomia operativa, che nell'ambito del primo intervento gestito dal 118 e correlati servizi di pronto soccorso, si è non soltanto consolidata de jure oramai dal 1992 (cfr. DPR 23.7.92 2 D.M. 15.5.92), ma costituisce un'esigenza funzionale oggettiva e irrinunciabile di tali attività.

#### **Bibliografia**

Buzzi F.: Il sistema di emergenza sanitaria di cui al DPR del 27.3.92 e al DM del 15.5.92: osservazioni medicolegali anche in riferimento alla sentenza n.250/9 del TAR Lazio. Arch. Med. Leg. Ass. 14 Suppl.,189-201, 1992.

## IL TRIAGE INFERMIERISTICO: ASPETTI PSICOLOGICI, PROBLEMATICHE RELAZIONALI E COMUNICATIVE, IPOTESI FORMATIVE.

Giorgio Amati, Maria Giuseppina Robone g.amati@iol.it

La parola Triage ha come significato fondamentale quello di scelta e mette quindi in gioco la capacità di discernere. Proprio per questo al triagista vengono richieste più competenze, diverse tra loro, ma indispensabili per la gestione delle problematiche del paziente. Possiamo così individuare:

- competenze "tecniche" e d'esperienza professionale, fondamentali per la valutazione clinica e la decisione;
- competenze comunicative, per favorire la relazione con il paziente;
- competenze relazionali e predisposizione alla relazione d'aiuto.

La dinamica relazionale avviene tra due persone con bisogni diversi: l'una è alla ricerca della risoluzione di un problema imprevisto, inaspettato, di cui probabilmente ha una percezione non ancora rielaborata e/o esaustiva. Nel paziente c'è un bisogno fisico ma anche emotivo, legato ad una situazione di disagio, di sofferenza, di malattia.

Dall'altra parte vi è il "tecnico", colui, cioè, che è predisposto istituzionalmente a rispondere alle richieste del 'cliente'.

L'uso di quest'ultimo termine sembrerebbe più consono alla sensibilità sociale attuale che ritiene importante bandire ogni accenno alla malattia, allo stato di debolezza che deriva dalla cattiva salute, ed è quindi considerato più adatto a difendere i diritti del malato. D'altra parte ci si potrebbe chiedere se uno degli ingredienti basilari della cura che permette di arrivare alla guarigione non sia proprio l'essere 'paziente di un medico', al fine di costruire quel rapporto di fiducia, di alleanza terapeutica o compliance, così benefica per la guarigione.

Una delle prime difficoltà che può insorgere nella pratica del Triage è insita nello "scostamento" spesso esistente tra il bisogno del paziente e la disponibilità dell'operatore: mentre il paziente aspira ad essere "accudito nella sua totalità", l'operatore è a volte più portato a circoscrivere il proprio intervento all'esercizio della competenza tecnica, senza includere necessariamente sentimenti e quindi componenti psicologiche.

Il fatto che la situazione sia oggettivamente grave o meno grave (codice rosso o bianco), non influisce sul personale modo di vivere la stessa da parte del paziente: sarà sempre urgente il bisogno di aiuto; la propria situazione sarà comunque più grave e quindi più urgente di quella di altri malati.

L'uomo che diventa paziente vede nell'infermiere un punto di riferimento al quale chiedere anche uno scambio affettivo per:

- poter riversare le paure, le angosce, le preoccupazioni,
- poter essere compreso e ottenere una risposta competente ai propri bisogni.

Questa condizione che è riconducibile al meccanismo difensivo della regressione e che è individuabile in ogni situazione di malattia, porta al passaggio dal rapporto alla relazione.

Con relazione intendiamo una delle più complesse forme di interazione umana che coinvolge profondamente la sfera affettiva di due persone obbligate a farsi carico di una situazione emotivamente pesante che per motivi diversi non sarebbero propensi a gestire:

- · il malato che si sente minacciato nei suoi beni più preziosi, la salute e la vita,
- · il personale sanitario che, sovraccaricato dalle attese del paziente, sente il peso della grave responsabilità addossatagli.

La descrizione di tale complessità è di difficile realizzazione poichè la relazione si sviluppa in più dimensioni, che si influenzano tra loro e che sono rappresentate:

• dalla persona del malato e dalla persona del medico/personale sanitario,

- dalla malattia in sé,
- dall'ambiente sociale e culturale di appartenenza,
- da quello familiare del paziente,
- dalle strutture sanitarie, con le loro implicazioni burocratiche, ...

Gli utenti e il personale ospedaliero hanno spesso un modo diverso di interpretare il livello di urgenza di una patologia o di un evento traumatico.

Teoricamente l'urgenza é:

- oggettiva: ciò che risulta dai dati rilevati e analizzati mediante il processo di Triage;.
- soggettiva: quanto "si sente grave" un paziente. Quest'ultima è la risultante dell'evento dannoso che lo ha colpito, ciò che ha elaborato attraverso i propri vissuti, il proprio stato emozionale, le proprie conoscenze sanitarie (per lo più influenzate dai mass media), la percezione del proprio corpo, l'interpretazione personale del dolore.

Tutto ciò è alla base di quella relazione che si viene a costruire tra paziente e operatore sanitario: la modalità con la quale il paziente e l'operatore sanitario interagiscono tra di loro è la comunicazione che è un processo di scambio di informazioni e di influenzamento reciproco che si attua in un determinato contesto (Watzlawick).

E' impossibile non comunicare: anche l'intenzionale assenza di comunicazione verbale, di fatto, comunica la nostra volontà di non entrare in relazione con l'altro.

Ogni comunicazione contiene la "notizia", i "dati", un aspetto di relazione che definisce i rapporti tra gli interlocutori; cioè sottolinea il modo in cui i dati vengono trasmessi e permette di capire come deve essere interpretato il messaggio (metacomunicazione). Ad esempio, ci si può complimentare con qualcuno con l'intenzione di lodarlo oppure con lo scopo di metterlo in ridicolo, se si utilizza un tono sarcastico.

La parte preponderante della comunicazione non riguarda tanto il contenuto, quanto aspetti legati alla componente relazionale, quali l'intonazione della voce e la gestualità. Alcune ricerche evidenziano che è possibile che il messaggio che inviamo finisca con l'essere diverso da quello che vorremmo inviare in quanto aggiungiamo elementi senza volerlo, per cui la comunicazione si arricchisce di questa parte che 'sfugge al nostro controllo'. Anche a livello comunicativo, entrano in gioco componenti emotive e razionali che sono influenzate dalle caratteristiche di personalità (stima, percezione del sé,...) che determinano il modo di porsi in relazione con l'esterno.

Nella relazione con l'altro, attraverso la comunicazione, mettiamo costantemente in gioco la nostra identità, ma il pericolo, reale o presunto che essa possa essere messa in discussione dall'esterno, ci porta a condizionare il nostro modo di relazionarci all'altro e contemporaneamente quello con cui l'altro si relaziona a noi.

Non va dimenticato che nel nostro modo di rapportarci agli altri agiamo confermando l'immagine che gli altri danno di sé, anche se da parte nostra la percezione è diversa.

Sostanzialmente ognuno di noi vive le seguenti dimensioni:

- area pubblica (quello che ognuno conosce di sè e quello che gli altri conoscono di lui);
- area cieca (quello che ognuno non conosce di sè ma che gli altri conoscono di lui);
- area privata (quello che ognuno conosce di sè, ma che gli altri non conoscono di lui);
- area inconscia (quello che è sconosciuta a lui ed agli altri).

In questa prospettiva ("finestra di Johary"), la nostra percezione dell'altro e del suo messaggio sarebbe condizionata dal rapporto che abbiamo con noi stessi e quindi dalla capacità di metterci in discussione: più elevata è tale capacità maggiormente saremo in grado di cogliere il reale significato di quanto ci viene trasmesso, meno elevata è tale capacità maggiormente tenderemo a distorcerlo a fini protettivi personali o di attacco verso l'altro.

Anche quando una persona verbalmente non dice niente all'altro, sta, attraverso modalità comunicative non verbali, trasmettendo il rifiuto ad entrare in comunicazione, poiché una delle caratteristiche dell'essere umano è che non può non comunicare. Il corpo manda sempre

segnali, messaggi, avvisi: si tratta della comunicazione 'non verbale' a cui a volte non riusciamo a dare una risposta, perché non ne comprendiamo il linguaggio.

Sul piano della consapevolezza sembriamo prestare maggior attenzione al contenuto rispetto al messaggio, ma, sul piano inconscio, tendiamo a privilegiare la forma, l'aspetto, la modalità secondo la quale viene espresso il contenuto.

L'importanza che inconsciamente rivolgiamo alla comunicazione non verbale è riconducibile alla consapevolezza che 'il corpo non mente', proprio perché i segnali che provengono dal corpo, essendo automatici ed involontari, non possono essere controllati.

In questa prospettiva diventa facile sbagliare nell'attribuire un significato alla comunicazione non verbale sia per difficoltà intrinseche di lettura, sia per possibili prevenzioni o situazioni emotive personali che possono condizionarci nella lettura del segnale. Del resto i segnali corporei non sono sempre univoci (si può infatti piangere di dolore o di gioia, sorridere con presunzione o per imbarazzo, tacere perché si riflette o ci si rifiuta di dire qualcosa o perché si è insicuri,...).

Tutte queste difficoltà portano alla ricerca della 'congruenza' tra le informazioni fornite a livello verbale e quelle non verbali. In sostanza, i gesti dovrebbero supportare, completare, integrare il contenuto del messaggio verbale.

Un esempio significativo può essere ricondotto all'annoso quesito 'dire o non dire la verità al paziente', soprattutto se la prognosi è infausta. Sulla base dell'esigenza emersa di una congruenza tra messaggio verbale e non verbale, individuiamo la risposta: "dire comunque e in ogni caso la verità....". E' inutile affermare verbalmente quello che a livello corporeo negheremmo inconsapevolmente attraverso uno sguardo non 'rivolto all'interlocutore', un tono di voce insicuro, una posizione fisica 'difensiva', la trasmissione di una 'sensazione di disagio o di insicurezza'.

Parimenti avviene quando il triagista, a parole si mette a disposizione del paziente e dei suoi bisogni, ma con il corpo trasmette indifferenza, noia, scarsa disponibilità.

Un pericolo ulteriore è che si voglia 'strafare', proponendosi secondo modalità che nell'intenzione personale vogliono essere di estrema disponibilità, ma che nella lettura del paziente possono risultare 'intrusive' o aggressive.

La comunicazione corporea si esprime attraverso:

- Il PARAVERBALE: segnali della voce (urlare, bisbigliare, ...);
- la MIMICA: segnali del viso (bocca serrata, sopracciglia aggrottate, sorriso, ...);
- la POSTURA: segnali del busto (spalle curve, busto proteso in avanti, ...) e segnali delle gambe e dei piedi (accavallare le gambe, stare a gambe divaricate, camminare, ...);
- la GESTUALITA': segnali delle braccia e delle mani (braccia conserte, mani a pugno, grattarsi,...);
- la PROSSEMICA: segnali di distanza dagli altri (stare appiccicato, stare alla larga, ...);
- segnali sociali (abbigliamento, cosmesi,...);
- segnali della pelle (morbidezza o ruvidezza, calore o freddezza, peluria,...);
- segnali di malattia (somatizzazioni come emicrania, ulcera, psoriasi,...);
- segnali automatici (arrossire, impallidire, sudare, dilatazione della pupilla,...).

Rispetto al bisogno che qualcuno si prenda cura del paziente e del suo disagio/sofferenza fisica, è di grande importanza la fase dell'accoglienza.

Nella prima conversazione con il paziente dovrebbe essere incluso il 'riconoscimento', inteso come:

- riconoscimento del paziente,
- riconoscimento del problema.

Fatte salve le situazioni di codice rosso, la raccolta delle informazioni dovrebbe cominciare solo dopo che si sono instaurate buone relazioni con il paziente.

Potrà sembrare fuori luogo il richiamo ad una serie di aspetti comunicativi che si rifanno a quella che nella quotidianità viene definita "buona educazione" oltre che al "rispetto" del paziente, ma in realtà la distinzione effettuata tra buona educazione e rispetto per il paziente non deve essere intesa come un indulgere alla ridondanza: anche le modalità relazionali subiscono l'influenza delle modifiche sociali e culturali, ma spesso le regole che continuano a gestire le relazioni tra gli umani vengono date per scontate e non ci si preoccupa di verificarne il possesso o l'acquisizione da parte del singolo operatore.

A questo proposito vengono riferiti con fastidio dai pazienti alcuni comportamenti agiti dagli operatori:

- l'uso di termini "tecnici" non comprensibili dall'utente.
- L'utilizzo del "tu" (pericolo di accentuare la dipendenza del paziente dall'operatore in una situazione istituzionale).
- L'uso di appellativi "familiari", vezzeggiativi, che 'potrebbero' mortificare la persona in difficoltà o con problemi.
- Il ricorrere ad una comunicazione di disconferma. La disconferma è da considerarsi l'equivalente del messaggio "tu non esisti" e quindi quella potenzialmente in grado di portare a conseguenze negative.

#### Esempi di situazioni disconfermanti:

- Mentre il paziente attende, l'operatore continua a chiacchierare con il collega, lasciando trasparire la futilità del contenuto della conversazione.
- L'operatore continua la sua telefonata privata senza preoccuparsi del fatto che il paziente stia attendendo per parlare con lui.
- Gli operatori al cospetto del paziente si riferiscono a lui come se questi non fosse presente.
- Usare ironia nei confronti del paziente.
- Esprimere valutazioni nei confronti della malattia del paziente.
- Non rispettare la privacy.

La comunicazione potrebbe essere d'altra parte accettata: spesso può bastare un sorriso, un commento positivo, un incoraggiamento, uno sguardo, un gesto, magari un silenzio di "comprensione" per favorire la relazione.

La parola ed il gesto diventano strumenti del proprio intervento attraverso i quali si costruisce un canale di comunicazione che permette all'operatore di svolgere il proprio lavoro ed all'utente di affrontare la situazione in cui si trova.

La relazione con il paziente si instaura attraverso una serie di passaggi dal saluto, al rivolgersi allo stesso chiamandolo per cognome, in modo educato, con rispetto, dandogli attenzione, cercando di soddisfare i suoi bisogni fin dal momento dell'accoglienza. I pazienti, a distanza di tempo, quando si riferiscono alla loro malattia tendono a ricordare maggiormente l'atteggiamento relazionale del personale infermieristico più che quello puramente tecnico.

Questo significa che il comportamento negativo o positivo che sia, lascia una traccia importante e a volte indelebile nel paziente (un atteggiamento gentile o un sorriso, oppure aggressività e insofferenza, in determinati momenti possono incidere più di qualsiasi intervento tecnico).

Vorremmo richiamare l'attenzione sulle buone maniere e sui comportamenti corretti da tenere: essere educati è una modalità raffinata di espressione, non solo una costrizione formale, norme educative che nel loro insieme formano un sistema non sempre coerente, soggetto talvolta a modifiche e a mode, e da interpretare situazione per situazione. Essere educati significa essere intelligenti in quanto si ha consapevolezza di sé e percezione degli altri. Dobbiamo poi considerare il fatto che in una società multietnica esistono regole diverse da quelle occidentali cui siamo abituati, per cui dobbiamo sottolineare sicuramente come valida per tutti la tolleranza verso il prossimo.

Quando i tempi d'attesa si allungano, occorre 'non dimenticarsi' del paziente o, per lo meno, non dargli l'impressione di essersi dimenticati di lui, anche se le condizioni dello stesso non sono state valutate come particolarmente gravi, ma, di tanto in tanto, rassicurarlo verificando le sue condizioni e informandolo sui tempi d'attesa.

Nella società attuale ci si disabitua all'attesa: il fatto di non essere abituati ad aspettare provoca reazioni di nervosismo e di ansia in generale e nei pazienti in particolare. Non dimentichiamo poi che la situazione emotivamente vissuta porta alla regressione, che si esprime nel volere un soddisfacimento immediato del bisogno.

La situazione del paziente non va sottovalutata dal punto di vista clinico, ma controllare periodicamente le condizioni del paziente significa agire secondo modalità rassicuranti, come tranquillizzante è spiegare quello che il paziente mostra di non aver capito (ad es. i criteri di accesso alla visita....).

Alcuni Autori ritengono importante rispetto all'instaurarsi della relazione con l'altro quello che avviene nei 'primi cinque minuti di comunicazione'. Se l'impressione è favorevole, la relazione si orienterà nel cinquanta per cento dei casi positivamente. E' significativo riflettere su cosa è possibile cogliere o trasmettere in questi primi cinque minuti: si tratta dell'aspetto esteriore, del tipo di abbigliamento (o delle condizioni dell'abbigliamento), della gestualità utilizzata, delle espressioni, del tipo di vicinanza/lontananza fisica, della postura aperta/chiusa, del tono con cui ci si rivolge all'altro.

Ancora una volta diventa centrale la comunicazione non verbale.

L'efficacia della comunicazione si realizza attraverso il feed-back. Infatti perché la comunicazione sia efficace è importante saper cogliere il feed-back (informazione di ritorno) che ci viene restituito dall'interlocutore sia verbalmente che non.

Il feed-back è la risposta che si ottiene dopo aver inviato un messaggio e che produce, a sua volta, un altro feed-back e così via; è il fattore di controllo della comunicazione, perchè permette di verificare l'effetto che i nostri messaggi producono sull'altro.

E' attraverso il feed-back che esprimiamo assenso o dissenso, accettazione o rifiuto, comprensione o incomprensione, chiarezza o confusione, fornendo all'emittente la possibilità di modificare le modalità della comunicazione per renderne più comprensibile il contenuto.

Poiché l'operatore è influenzato da una serie di variabili esterne (condizioni lavorative, turni,...) occorre che abbia una buona conoscenza di sé, sia dal punto di vista psicologico che emotivo e fisico. Queste conoscenze contribuiscono a gestire se stessi attraverso la pratica dell'autocontrollo. Il lavoro può portare a vivere in condizioni di stress. Con stress intendiamo reazioni emozionali intense a stimoli esterni che producono risposte fisiologiche e psicologiche adattive. Solo se lo stress supera le capacità di risposta dell'individuo, si crea la condizione per la quale il soggetto è esposto al rischio di malattie psichiche, somatiche o di entrambe. In questa situazione il passaggio dalla condizione di stress alla sindrome del burn out può avvenire con facilità. In un P.S. arrivano e si concentrano pazienti critici che necessitano di cure immediate con alto investimento dal punto di vista dell'energia fisica e psichica. Altro fattore importante è costituito dall'elevato numero di accessi di pazienti anziani (con picchi elevati in determinati periodi dell'anno) che attendono nel P.S. per tempi prolungati per la mancanza a volte di posti letto nei reparti o per l'attesa dei risultati delle analisi; è tipica di questi pazienti una elevata richiesta di assistenza di base.

Il paziente "codice bianco", poi, per la condizione particolare che vive, può spesso permettersi di polemizzare con il personale addetto al triade, stimolando nel gruppo dei pazienti in attesa e nel personale in generale uno stato di inquietudine, di aggressività e conflittualità di difficile gestione.

Considerando poi il ruolo del familiare, possiamo operare una serie di distinguo. Il familiare viene spesso considerato un elemento da gestire, anche se potrebbe in taluni casi assumere il compito e avere la possibilità di supportare il proprio caro. Si presume infatti che il familiare

possa o essere di intralcio stante l'urgenza dell'intervento o, a sua volta, aver bisogno lui stesso di rassicurazioni. In realtà il parente potrebbe essere un aiuto o in effetti rappresentare un ulteriore problema: questo lo si può vedere caso per caso, superando il pregiudizio.

Essendo costante il confronto diretto e personale degli infermieri con situazioni umane drammatiche e con situazioni conflittuali, si provoca negli stessi un logoramento che, se non correttamente gestito, può portare ad insofferenza, isolamento, indifferenza e aggressività nei confronti del malato. Diminuisce la voglia di relazionarsi col paziente e pur nella consapevolezza del proprio atteggiamento non si riesce ad evitare di agire di conseguenza.

Talvolta le spiegazioni, i chiarimenti, gli input che l'operatore sanitario rivolge al paziente, vengono difficilmente percepiti per l'ansia, paura, dolore che quest'ultimo sta vivendo.

Ascoltare prima di parlare o di intervenire può rivelarsi produttivo sia per favorire una ricezione chiara della comunicazione da parte del paziente, sia per realizzare un processo "catartico" mediante il quale lo stesso si libera delle proprie tensioni e angosce.

Una buona capacità di ascolto può favorire un insieme di processi: permette di apprendere, può ridurre la tensione, può aiutare l'altro a prendere decisioni, a risolvere problemi, a chiarire disaccordi.

Ascoltare permette di prevenire l'insorgere del conflitto.

Il conflitto nasce dalla tendenza, di due o più soggetti in relazione tra loro a soddisfare i propri bisogni partendo da una posizione di totale soggettività, ognuno di loro oppone il proprio punto di vista a quello dell'altro: la conseguenza è che non si può più comunicare in termini positivi. Spesso diventa impossibile anche solo pensare che l'altro possa avere ragione o che possano esistere posizioni diverse dalla propria: ammettere qualcosa di simile vuol dire cedere, essere deboli.

Occorre allora essere empatici per tentare di prevenire e/o risolvere il conflitto. Il concetto di empatia è stato ripreso da K. Jaspers che distingue la comprensione empatica da quella razionale: "Quando nella nostra comprensione i contenuti dei pensieri appaiono derivare con evidenza gli uni dagli altri secondo le regole della logica, allora comprendiamo queste relazioni razionalmente (comprensione di ciò che è stato detto); quando invece comprendiamo i contenuti delle idee come scaturiti da stati d'animo, desideri e timori di chi pensa, allora comprendiamo veramente in modo psicologico o empatico (comprensione dell'individuo che parla)".

Carl Rogers ha dato importanza all'empatia nella terapia, considerando l'empatia una delle condizioni necessarie e sufficienti a produrre cambiamenti nelle persone. Secondo Rogers essa può essere tra l'altro la capacità di riconoscere le emozioni dell'altro, di assumere la prospettiva dell' altro, di 'mettersi nei suoi panni'.

La consapevolezza di sé dell'operatore, intesa come autostima, può permettergli di vivere l'apparente attacco rivolto nei suoi confronti non come qualcosa di personale e come tale distruttivo, ma come riferito all'aspetto istituzionale da lui rappresentato.

La stessa condizione dalla quale viene mosso un attacco, se vissuta in termini empatici, finisce con il farci capire cosa spinga l'altro a muoversi secondo quelle modalità, riconducibili probabilmente ad una situazione emotiva particolare.

A volte entrambi i protagonisti del conflitto perseguono lo stesso obbiettivo pur convinti di poterlo raggiungere secondo percorsi opposti ed autoescludentisi reciprocamente, mentre solo il confronto con l'obiettivo finale può chiarire come la soluzione possa non essere di tipo conflittuale.

La capacità quindi di far capire all'altro che siamo in grado di capirlo e di capire in particolare i suoi sentimenti insieme alla capacità di trasmettergli la convinzione che siamo noi le persone in grado di fornirgli quell'aiuto particolare di cui ha bisogno, costituiscono gli elementi di base per il superamento del conflitto.

Il ruolo dell'infermiere è quello di costruire con il paziente una relazione di aiuto.

La relazione d'aiuto presuppone l'esistenza di due soggetti, dei quali, uno è in difficoltà, cioè ha un problema che gli provoca una situazione di sofferenza e di disagio, l'altro si propone come aiuto per la soluzione del problema.

La relazione d'aiuto potrebbe essere vista come l'atto di promuovere in una persona, che si è affidata alla nostra professionalità, un migliore adattamento alla situazione che sta vivendo, per metterla in grado di superare le difficoltà e recuperare la salute o almeno quel grado di benessere psicofisico che è possibile; è un modo di essere, caratterizzato da atteggiamenti positivi stabili: accoglienza, comprensione, ascolto attivo ed autenticità.

Anche la capacità personale di saper ascoltare, domandare, negoziare con singole persone ed in equipe contribuisce a favorire l'instaurarsi di un buon ambiente esterno.

Le abilità indicate, denominate da più autori "saper essere", da un punto di vista didattico sono affrontate con evidenti difficoltà non potendo essere trasmesse come apprendimento, ma come comportamenti, modi di atteggiarsi, espressioni verbali e non che chiamano in causa le modalità individuali di agire e interagire con gli stimoli che provengono dall'altro e la storia e le caratteristiche del singolo.

Al di là della possibilità che alcuni di noi siano naturalmente predisposti alla relazione ed in particolare a quella d'aiuto (si tratterebbe di lavorare solo sulle competenze tecniche), il problema della formazione chiama in causa la variabile tempo, in quanto gli auspicabili cambiamenti sono il risultato di un processo individuale che non può avvenire in tempi prestabiliti, poiché si riferisce alle capacità di riflessione e ristrutturazione psicologica di ognuno di noi, all'aspetto motivazionale e alla volontà di un cambiamento.

Il percorso che riteniamo funzionale dal punto di vista formativo si caratterizza per la sua componente operativa basata sulle simulazioni 'relazionali'. Attraverso il role playing si possono costruire:

- esperienze reali in situazione protetta
- esperienze simulate analogiche con attori
- drammatizzazione, simulazione relazionale drammatizzata (role playing in senso stretto).

Una delle caratteristiche del percorso formativo indicato è legata alla situazione di gruppo.

#### Il gruppo come strumento di lavoro

OBIETTIVI: promuovere l'abitudine al confronto, lo sviluppo di abilità "comunicative" e di consapevolezza sul piano dei rapporti interpersonali.

METODOLOGIA: Lo strumento operativo ritenuto più idoneo è quello del gruppo in quanto esso può offrire:

#### -Sul piano cognitivo:

- a) la possibilità di osservare la realtà sotto diversi punti di vista;
- b) la comprensione che non si è soli di fronte ad un problema o a un compito e la consapevolezza che la propria ricerca può trovare validi alleati;
- c) la possibilità di utilizzare l'errore come fonte di apprendimento;
- d) l'opportunità di chiarire a se stessi le proprie posizioni nel momento in cui le si spiega ad altri.

#### -Sul piano affettivo:

- 1. la percezione di non essere soli con il proprio problema;
- 2. la scoperta di provare almeno in parte stati d'animo e sentimenti comuni e, quindi già solo per questo non immodificabili;
- 3. la sensazione di essere compresi e accettati nei propri pensieri, sentimenti, dubbi;
- 4. la possibilità di identificarsi nell'esperienza altrui;
- 5. la prevenzione del burn out.

- -Sul piano relazionale:
- a) la ricerca di nuovi modelli di comportamento;
- b) l'elaborazione di nuove norme di riferimento, nuove scelte le quali acquistano un significato più coinvolgente, in quanto condivise;
- c) l'aiutare, ricevendo dall'atto del dare, un consapevolezza delle proprie potenzialità.

#### Per approfondimento

- A.A.V.V.: L'operatore cortocircuitato. Strumenti per la rilevazione del burn out tra gli operatori sociali italiani. Clup, Milano.
- R. Anchisi Mia Gambotto Dessy: Non solo comunicare, teoria e pratica del comportamento assertivo, Edizioni Libreria Cortina, Torino, 1995
- M. Castagna: Role playing, autocasi ed esercitazioni psicosociali. Come insegnare comportamenti interpersonali. Franco Angeli, Milano, 2002.
- S. Della Gherardesca: Non si dice per piacere. Le buone maniere in azienda come fattore di successo. Sperling & Kupfer Editori, 2000.
- C. Rogers: La terapia centrata sul cliente, G. Martinelli Editore, Firenze
- P. De Sario: Non solo parole. Gli strumenti della comunicazione ecologica. Franco Angeli, Milano, 2002.
- V. Lingiardi, F. Maddeddu : I meccanismi di difesa, teoria clinica e ricerca empirica, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.
- E. Strologo (a cura di): Burn out e operatori: prendersi cura di chi cura, atti del convegno, Ferrari Editrice, Bergamo, 1992.
- S. Vallega: Comunicazione per la salute, forme, modi, tecniche per operatori sanitari e per aziende, Masson, Milano 1998.
- P. Watzlawick: La pragmatica della comunicazione umana, Astrolabio.

#### TRIAGE: MODELLI ORGANIZZATIVI A CONFRONTO

Fabio Guzzini, Claudio Ciaramella, Simona Cattaneo fguzzini@aobusto.it

La **"mission"** del triage (T) è ormai univocamente definita, pur nella sua notevole complessità, dalla ricca letteratura e dalla diffusa esperienza pratica:

- Accoglienza degli utenti, loro identificazione e registrazione
- Individuazione degli infermi più gravi, che necessitano di cure immediate e/o di pratiche di primo soccorso (BLS, immobilizzazione di arti, tamponamento di ferite sanguinanti...), svolte dallo stesso infermiere di triage
- Selezione di tutti i pazienti in base alla gravità clinica e destinazione alle aree di competenza (medica, chirurgica, ortopedica, pediatrica...)
- Prima informazione ai pazienti e parenti/accompagnatori sullo stato clinico, le caratteristiche del Pronto Soccorso (P.S.), i percorsi diagnostico-terapeutici che li attendono, impostazione della comunicazione, contenimento e mitigazione dell'ansia
- Controllo periodico e rivalutazione dei pazienti in attesa (c.d. post-"Triage").

I modelli organizzativi applicati al T sono molto diversi e dipendono da numerose variabili. In primo luogo le dimensioni degli Ospedali ed il loro bacino d'utenza: si ritiene generalmente che una funzione stabile di T, 24 ore su 24, sia indispensabile se gli accessi al P.S. superano i 30.000/anno, mentre sotto questa soglia l'attività possa essere svolta su chiamata, almeno nelle ore notturne. Analogamente incidono la complessità strutturale e funzionale (P.S. o Dipartimento d'Emergenza/Accettazione (DEA) di I-II livello, l'eventuale suddivisione in P.S. medico/chirurgico/traumatologico, l'articolazione specia-listica e/o la presenza di P.S. specialistici autonomi, quali il pediatrico, ostetrico-ginecologico, oculistico), l'esistenza o meno di un organico medico dedicato, chiamato a svolgere una prima valutazione clinica di tutti i pazienti, le particolarità logistiche e organizzative, ad esempio la collocazione degli Ambulatori specialistici dentro o fuori il P.S..

Non meno importante è il peso delle risorse umane disponibili: si pensi, in particolare, al numero di Infermieri Professionali (IP) che possono essere addetti al T nell'arco delle 24 ore, alla possibilità di utilizzare personale amministrativo per il disbrigo delle attività di registrazione dei pazienti o di un IP di Sala per garantire il post-triage.

Conta, infine, la sensibilità culturale degli operatori e delle direzioni ospedaliere a questo tema e alle sue implicazioni organizzative e gestionali: la scelta di investire nella formazione vuol dire, infatti, fare non solo miglior T, ma anche più T.

Schematizzando, si possono individuare 4 principali espressioni organizzative di T:

- Il Triage di Centrale Operativa (CO) 118
- Il Triage c.d. "di bancone"
- Il Triage clinico
- Il Triage informatizzato o "a dispatch" (intervista guidata).

La prima modalità ha ovviamente caratteristiche sue proprie, legate alla peculiarità del teatro operativo e della funzione (raccolta delle prime informazioni, valutazione indiretta del paziente, invio del mezzo di soccorso), che implica un sistema di codifica molto diverso. Gli altri tre modelli, pur con sensibili differenze, hanno tuttavia in comune alcuni punti nodali: la necessità di rispondere ai diversi aspetti della "mission" del T, il ruolo centrale dell'IP, il sistema dei codici-colore, l'impiego sempre più diffuso del supporto informatico.

Ciascun modello presenta poi al suo interno ulteriori articolazioni organizzative, specifiche (adozione di elenchi di quadri clinici per facilitare l'attribuzione del codice di gravità, tipica

del T di bancone o di diverse "maschere" informatiche che guidano alla codifica nel T informatizzato) o comuni (eventuali criteri aggiuntivi per definire la precedenza nella visita a parità di codice, come l'età infantile o avanzata, la disabilità, il disagio psichico; eventuale ricorso al "fast track"). In alcune situazioni, come vedremo, esistono forme di T in due tempi, in cui una fase "di bancone" precede il definitivo T clinico. La distanza tra T di bancone e clinico è comunque labile, potendo essere ridotta o colmata da opportuni adeguamenti logistici e operativi che permettano di estendere la valutazione clinico-strumentale del paziente alla porta.

# Il Triage del Sistema 118

Descriviamo brevemente il sistema di T comunemente utilizzato nell'emergenza territoriale extra-ospedaliera, che sempre più tende ad interfacciarsi e integrarsi con quella ospedaliera. Esistono due modalità, quella della CO, che coordina tutti gli interventi sanitari attivati mediante l'allertamento del 118 e agisce attraverso il "Punto Valutazione", cioè il centralino telefonico, gestito da IP e contattato dai diversi "Punti Risposta", che ricevono inizialmente la richiesta di soccorso, o direttamente da istituzioni competenti (Polizia, Carabinieri, Vigili Urbani, Vigili del Fuoco). L'addetto, da solo o avvalendosi per casi particolarmente complessi o inusuali della consulenza del medico di CO, filtra ed elabora le richieste di intervento, assegnando un codice di luogo (strada, casa, lavoro...), uno di criticità (vedi Tabella) ed uno di patologia (trauma, cardiocircolatoria, psichiatrica, intossicazione, non identificata...).

**Tabella 1**:Triage di Centrale Operativa, Codici di Criticità (da "Triage: Procedimento decisionale al servizio del paziente". V. Gai, 1999, C.G. Ed. Medico Scientifiche)

<b>Non emergenza</b> . Situazione di intervento differibile e/o programmabile	
<b>Non emergenza</b> . Situazione differibile ma prioritaria rispetto al Codice 0	1
<b>Emergenza sanitaria</b> . Situazione a rischio, intervento non differibile	2
Emergenza assoluta	3
Paziente deceduto	4

Il T di CO si basa sul metodo del "dispatch", in particolare sull'intervista telefonica di chi chiede l'intervento del Sistema di Emergenza Territoriale (paziente, parente, astante, soccorritore). Proprio il carattere mediato della raccolta dati, l'impossibilità di verificare visualmente lo stato dell'infermo, l'inevitabile incompletezza delle informazione cliniche fa sì che acquisiscano una particolare importanza alcuni **criteri indiretti o "di teatro"**, che consentano di valutare orientativamente la potenziale gravità della situazione e scegliere priorità e modalità d'intervento (invio di ambulanza "semplice" o medicalizzata o Centro Mobile di Rianimazione). Un esempio molto calzante è fornito dalla Tabelle seguente, riferita al T delle patologie traumatiche.

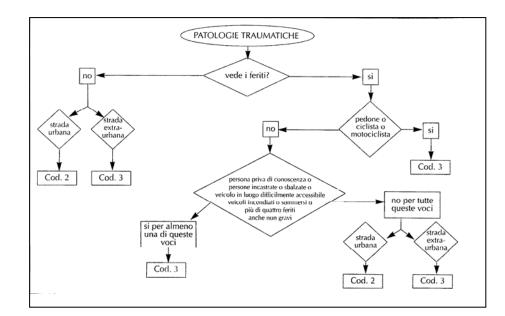


Tabella 2

Codici di teatro

(da "Triage: Procedimento decisionale al servizio del paziente". V. Gai, 1999, C.G. Ed. Medico Scientifiche)

Alla valutazione della CO seguirà poi il **T sul campo**, effettuato dal medico o dall'IP che intervengono con il mezzo di soccorso (a carattere clinico e connesso da un lato all'azione di stabilizzazione del paziente, dall'altro alla scelta della destinazione ospedaliera: ad es. nosocomio dotato di Neurochirurgia nel caso di trauma cranico grave), o ancora dalla CO, contattata da personale laico dell'Ambulanza e mediante intervista a quest'ultimo, sempre al fine di decidere a quale Centro ospedaliero avviare l'infermo.

# Il Triage "di bancone".

Passiamo ora al T intraospedaliero.

Il modello di gran lunga più usato è quello "di bancone": la maggior parte dei P.S. non dispone infatti di ambiti/spazi fisici e, soprattutto, di personale infermieristico sufficiente a sostenere un vero triage clinico.

Elementi essenziali per la sua realizzazione sono:

- una struttura fisica posta all'ingresso del P.S.
- uno o più IP addestrati
- l'assegnazione dei codici-colore e la distribuzione dei pazienti nelle diverse aree o Ambulatori di competenza.
- la registrazione dell'attività su supporto informatico

Il "bancone" deve essere una vera postazione di testa del P.S., ben identificabile, collocata in modo da filtrare immediatamente gli accessi, crocevia sia per i pazienti deambulanti che per i barellati, cui possano fare agevolmente riferimento anche gli utenti orientati o indirizzati ad una prestazione specialistica. Un'adeguata **informazione visiva e segnaletica**, già all'ingresso in Ospedale, è a tale proposito indispensabile per evitare dispersioni o, peggio, perdita di tempo prezioso per pazienti critici (vedi accesso alla visita pediatrica, che avviene nella maggioranza degli ospedali attraverso il P.S. generale).

Altrettanto importante è il **controllo delle Sale d'aspetto e delle Astanterie**, più in generale dei pazienti in attesa di visita o di completare la prestazione di P.S.: dove, come spesso accade, l'architettura è inadeguata e il personale insufficiente, diventa indispensabile un sistema di telecamere a circuito chiuso centralizzate alla postazione di T.

**L'IP è la figura centrale di qualsiasi sistema di T**. Almeno nel nostro Paese, che ha dato su questo punto un importante contributo culturale e di esperienza a livello internazionale, che il T sia una funzione infermieristica è una conquista irreversibile.

L'IP ha la competenza potenziale per esercitarla, anche se vengono generalmente considerati requisiti di base un'esperienza professionale continuativa di almeno sei mesi presso un P.S./DEA, la conoscenza delle tecniche di BLS e un adeguato iter formativo specifico. Le modifiche legislative degli ultimi anni, dall'abolizione del vecchio mansio-nario alla creazione della laurea breve in Scienze Infermieristiche, la crescente autonomia del Comparto e l'estensione dei c.d. "atti medici delegati" hanno rafforzato questa tendenza e accresciuto l'autorevolezza dell'IP nello svolgere questa attività, anche rispetto all'opinione pubblica, e superato difficoltà e ostacoli di tipo medico-legale. Questo patrimonio è stato recepito e a sua volta potenziato dalle Scuole e Associazioni infermieristiche, dalle Società scientifiche interessate e dalle stesse Aziende Ospedaliere, che si sono impegnate sia sul piano della formazione che delle risorse.

La **gestione informatica dei DEA/P.S.** si è notevolmente estesa negli ultimi anni; qualunque sia il modello di T impiegato, non c'è dubbio che l'utilizzo del supporto informatico semplifica e velocizza fortemente le procedure di accoglienza, consente una comunicazione molto più immediata ed efficace tra triagisti e personale di Sala, un miglior controllo dei percorsi dei pazienti, una soddisfacente verifica di qualità del Servizio attraverso il sistema degli indicatori.

Il processo decisionale che si articola nel T è ben riassunto dalla regola delle 4 D. Alla porta del P.S. (Door) si effettua l'accoglienza/identificazione/registrazione e di assumono i dati (Data) essenziali, costituiti dai parametri vitali e dagli elementi clinici desumibili immediatamente dall'ispezione del paziente (stato di coscienza, presenza/assenza di emorragia, colorito e umidità della cute, stato delle mucose, riempimento giugulare) e da un giudizio sommario sullo stato di sofferenza/dolore; successivamente si procederà alla rilevazione di brevi notizie anamnestiche, sintomi ed ulteriori segni clinici necessari per inquadrare la patologia ("campo") e formulare un più preciso giudizio di gravità clinica (Discussion), necessario a sorreggere la scelta definitiva (Decision) di attribuzione del codice-colore e area di competenza.

Questo processo accomuna, sia pure in forme e con strumenti diversi, tutti i modelli di T: in quello di bancone è agito direttamente ed esclusivamente dall'IP, senza "guida" del programma informatico ed ha il suo **limite principale in fase 2-3, cioè nella raccolta dei dati clinico-strumentali**. In assenza di una apposita struttura (Sala visita di T) e di una più ampia dotazione diagnostica è preclusa o diviene comunque problematica la ricerca di segni dirimenti, quali la mancata ventilazione di un emitorace, la presenza di una massa pulsante addominale o, talvolta, di ischemia di un piede. I rilievi diagnostici si riducono per lo più alle caratteristiche del polso (frequenza, intensità, ritmicità), alla pressione arteriosa, alla frequenza respiratoria, temperatura cutanea; in molti P.S. le postazioni di T non dispongono di pulsiossimetro. In ogni caso è impossibile l'effettuazione di semplici indagini di screening come un ECG o un destrostik o multistik urine, il cui risultato sarebbe invece intuitivamente dirimente per la "decisione".

# Triage diretto e triage difasico.

Nella grande maggioranza dei P.S./DEA **la funzione di T è unica** e, al suo termine, l'utente, oltre al codice di priorità, ha assegnato il settore o Ambulatorio di competenza in base al tipo di affezione o alla problematica clinica prevalente come motivo di accesso.

In alcuni grandi Ospedali, tuttavia, proprio per l'afflusso molto elevato e la forte complessità e articolazione specialistica del DEA, il T viene effettuato in due tempi e con due diverse postazioni. Nella prima, all'ingresso principale e comune, avviene la identificazione/registrazione del paziente, si effettua un'iniziale valutazione che assegna una prima codifica provvisoria, distinguendo in particolare le urgenze maggiori da quelle comunque differibili o non urgenze, e si decide l'invio ad un'area o P.S. specialistico. A

questo secondo livello ha luogo un ulteriore e più approfondito T, per lo più di tipo "clinico", a cura del personale infermieristico dedicato, con assegnazione definitiva del codice-colore, completamento delle procedure di accoglienza e di primo inquadramento diagnostico orientato, eventuale ulteriore "smistamento" verso percorsi ambulatoriali facilitati interni o esterni all'area dell'urgenza/emergenza, di cui si dirà più avanti.

È il cosiddetto **T "difasico"**, di cui vi sono tracce anche in Ospedali di minori dimensioni, limitatamente ad alcuni ambiti, come l'Ostetricia-Ginecologia e - soprattutto - la Pediatria, i cui pazienti hanno accesso e prima valutazione nel P.S. generale e vengono quindi indirizzati al Reparto o Ambulatorio specifico per tutto l'arco delle 24 ore o in determinate fasce orarie.

#### Triage Out, Fast-track o altro?

Un altro problema comune alle diversi forme di T è costituito dalla **gestione dei cosiddetti accessi impropri o non pertinenti**. Non è compito di questa relazione esaminare il fenomeno, che appare sempre più rilevante e urgente da affrontare per garantire il corretto funzionamento dei P.S.. Si vuole qui solo accennare ad alcune modalità di risoluzione che configurano di fatto aspetti organizzativi generali.

Già nella prima metà degli anni '90 alcuni studi statunitensi hanno valutato la possibilità di allontanare dal DEA (Triage out) pazienti non in emergenza/urgenza e le conseguenze, sia cliniche che economiche, di tale procedura. Allontanamento vuol dire che l'utente giudicato non affetto da patologie con carattere di effettiva urgenza viene escluso dall'accesso al P.S. e indirizzato verso altre forme di assistenza (ambulatorio locale o studio medico privato). Le ricerche, sia prospettiche che retrospettive, hanno fornito risultati incerti e contraddittori, sia sulla "sicurezza" per il paziente di questo sistema, sia per quanto concerne i vantaggi in termini di costo/beneficio. Sono emersi, in particolare, la variabilità di valutazione tra diversi osservatori anche esperti circa il grado di urgenza e la possibilità di dirottare l'utente, l'incertezza del follow-up degli allontanati negli studi prospettici, i rischi di errore valutativo anche laddove gli infermieri avevano una robusta esperienza di T (almeno tre anni), la possibile scarsa disponibilità di strutture assistenziali alternative al DEA e comunque la concreta possibilità di penalizzare maggiormente soggetti deboli (anziani, malati cronici, socialmente marginali...). Le conclusioni sono perciò che il triage out non sia al momento raccomandabile e vada sostituito con altre soluzioni di "decongestionamento" dei Servizi d'urgenza, che prevedano il controllo medico e la presa in carico dell'utente che consulta il P.S..

Tale pratica sarebbe comunque improponibile in Italia per motivi istituzionali e legislativi (carattere pubblico dell'assistenza), medico-legali e deontologici. Hanno tuttavia superato la fase della semplice progettazione e sono ormai diffusamente attuate soluzioni che non solo si propongono empiricamente di alleggerire il sovraffollamento dei P.S., ma rispon-dono ad un modello organizzativo e sotto certi aspetti culturale, che vuole **restringere il funzionamento dei P.S./DEA ai soli casi di vera emergenza/urgenza** e spostare per contro tutti gli altri verso altri ambiti, circuiti, strutture sussidiari o comunque esterni ai P.S. stessi.

È il caso del "fast track", o percorso rapido/agevolato, che "smista" i codici minori agli Ambulatori specialistici, in urgenza o con breve differimento; degli Ambulatori di P.S. - tenuti cioè da medici e IP in organico al P.S., in orario di servizio o in libera professione – o affidati a medici convenzionati di Medicina Generale per gestire i codici bianchi o effettuare periodici controlli clinici di pazienti inizialmente valutati o trattati in P.S. (ferite, traumi minori ecc.).

IP di Triage: quanti e come?

Nella maggior parte dei P.S. - di piccole o medie dimensioni - le risorse disponibili non consentono l'impegno di più di un IP al triage nell'arco delle 24 ore. Dove se ne possono impiegare due, almeno nelle ore diurne, le soluzioni di utilizzo prevedono di volta in volta che uno sia prevalentemente addetto all'accoglienza delle ambulanze e dei barellati, il secondo dei deambulanti; ovvero uno a compiti di identificazione/registrazione, l'altro alla operatività più propriamente clinica; o ancora uno al banco a gestire l'intera fase di T, l'altro dedicato al post-triage, al raccordo con medici e IP di Sala, al contatto con la CO-118.

Sempre dove sia disponibile un solo IP, si ricorre talora al suo **affiancamento con impiegato amministrativo**, che lo sollevi dalle incombenze di registrazione, ovvero da un **operatore socio-sanitario** (OSS), opportunamente formato e con mansioni comunque limitate.

La funzione di T è svolta per lo più **a rotazione da tutti gli IP del Servizio** che ne abbiano gli specifici requisiti. La scelta di triagisti dedicati è discutibile per il rischio di un distacco dalla pratica di assistenza, che resta fondamentale per espletare correttamente il Triage: un'eccezione può essere ragionevolmente costituita da IP a contratto "part time", per i quali sia problematico l'inserimento nella normale turnazione.

Infine, la **durata dei turni di T** coincide con quella del normale turno infermieristico; è difficile realizzare la raccomandazione di alcuni Centri di ridurli a sole 4-5 ore per contrastare lo stress.

#### Bilancio del Triage di bancone

Il T di bancone, proprio per la sua ampia diffusione, rappresenta in un certo senso una sorta di "standard" di riferimento. È ormai ampiamente documentata la sua efficacia rispetto alla realizzazione della "mission", con contenimento di risorse e costi.

I suoi limiti possono essere altrettanto facilmente individuati:

- difficoltà a raccogliere adeguatamente un'anamnesi remota del pz, soprattutto per lo scarso tempo a disposizione
- frequente difficoltà a raccogliere l'anamnesi prossima (patologia acuta in atto e dunque ragione dell'accesso in P.S., caratteristiche dei sintomi accusati...), anche per intuibili ragioni di **privacy**
- difficoltà a valutare adeguatamente un aspetto fondamentale per la codifica, quale il dolore, e ad applicare le relative scale
- impossibilità ad eseguire una "visita infermieristica"
- notevole limitazione delle indagini strumentali preliminari

# Il Triage clinico o globale

È adottato negli Ospedali di maggiori dimensioni e/o più avanzati e consiste nel completamento delle procedure di base prima descritte con una più sicura valutazione clinica del pz, sempre ad opera dell'IP.

Richiede ovviamente una struttura idonea, in particolare una **Sala visita dedicata**, dove il pz, - terminata la registrazione e il primo interrogatorio - possa essere trattenuto per ulteriori rapidi accertamenti, e un **numero di addetti minimo di due**.

La raccolta anamnestica può essere così più compiuta (per ragioni di tempo, privacy e possibilità materiale di esaminare documentazione medica del pz) e perciò attendibile.

Può essere effettuata una pur **sommaria visita**, mirata sulla ricerca di specifici segni clinici suggeriti dall'anamnesi e dalla condizione dell'infermo.

Più agevole e completa sarà la **raccolta dei parametri vitali** e si renderà possibile anche l'**esecuzione di esami supplementari di base tipici dell'urgenza**, in grado di dirimere definitivamente l'incertezza della gravità/priorità e di impostare tempestivamente l'ulteriore iter diagnostico-terapeutico. Si pensi all'inquadramento di una precordialgia prima e dopo

l'esecuzione di un ECG a 12 derivazioni o di un'alterazione di coscienza in diabetico prima e dopo glicemia capillare.

Anche se la sua realizzazione richiede una ancor più stretta collaborazione tra le diverse componenti sanitarie, il T clinico resta una funzione infermieristica: a tale proposito giova ribadire l'importanza della attivazione dei c.d. "atti medici delegati", cioè di quelle procedure di tipo medico, definibili per protocolli e/o consuetudine e comunque riconosciute sotto il profilo giuridico, che vengono affidate all'IP e a cui quest'ultimo è titolato e autorizzato.

I **vantaggi** del T globale, che rappresenta a tutti gli effetti una forma di arricchimento e completamento della funzione, sono evidenti: più circostanziata e sicura la valutazione del pz alla porta, migliore e aderente la codifica, ridotti i pericoli di errore sia di over che di undertriage.

I **rischi** risiedono nella possibilità di uno snaturamento della specifica attività, che punti, ad esempio, a sostituire l'obiettivo principale (stratificazione dei pz in base ad un ordine di gravità/priorità) con una sorta di diagnosi clinica preliminare. Non a caso in alcune situazioni si è arrivati ad affiancare il medico, almeno per una parte della giornata, all'IP triagista, aprendo di fatto un problema, oltre che di finalità, di legittimazione del sistema (il T ha lo stesso valore medico-legale in presenza o in assenza del medico?).

Restano, per finire, i già citati limiti strutturali, di spazi, agibilità, risorse umane, tempo, che rendono il T globale tuttora inapplicabile nella maggior parte dei P.S. italiani.

#### Il Triage informatizzato

Si basa sul principio del **dispatch**, cioè della **intervista guidata**, da tempo praticato dalle CO europee e oggi dalle CO – 118 italiane, cui abbiamo accennato.

La sua adozione richiede un **programma dedicato**, che viene acquisito in blocco con il programma generale di gestione dell'attività di P.S.. L'impossibilità di innestarlo su precedenti software gestionali ne ha limitato l'utilizzo, per ovvie ragioni di costi: la sua diffu-sione avviene ora maggiormente presso i P.S. che sono passati più di recente alla informatizzazione.

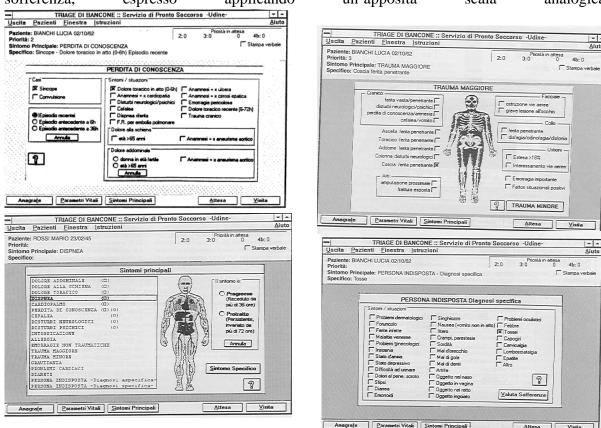
Il **protocollo operativo** individua preliminarmente alcuni problemi clinici che si presentano con maggiore frequenza in P.S., indi alcuni sintomi/segni o fattori di rischio ad essi correlati (ad esempio, nel caso del dolore toracico, sede e caratteristiche del dolore, coesistenza di pallore/sudorazione, dispnea..., età del pz e altri fattori di rischio cardio-vascolare) e procede quindi con soluzioni diverse, diversi gradini e conclusioni a seconda della presenza/assenza dei target citati. Ne deriva una serie di **algoritmi guidati**, tipo albero decisionale o flowchart, **preimpostati dal computer**, che vengono via via percorsi dall'IP e conducono alla definizione ultimativa del grado di priorità o codice-colore.

L'algoritmo è il più possibile svincolato sia dalla registrazione di parametri vitali (FC, PA, FR, SpO2), la cui compromissione costituisce comunque un grado di definizione preliminare del problema, che dalla interpretazione soggettiva.

La prima esperienza ospedaliera italiana di T informatizzato è avvenuta **nel 1996 a Udine** ed è stata convalidata dai risultati di uno studio prospettico preliminare.

Il sistema adottato prevedeva **19 schede**, che definiscono "problemi principali" implicanti possibili situazioni critiche: 12 di tipo **medico** (internistico o chirurgico generale: allergia, cardiopalmo, cefalea, dispnea, disturbi neurologici, disturbi psichici, dolore addominale, dolore alla schiena, dolore toracico, emorragie non traumatiche, intossicazione, perdita di coscienza), 1 riferito alla **gravidanza**, 2 al **trauma** rispettivamente maggiore o minore, 3 schede "**shunt**" da applicare a pazienti che riferiscano genericamente diabete o problemi cardiaci o ancora malessere imprecisato, 1 che comprende tutti i **problemi medici specifici non associati a possibile priorità** (vedi Figura 1).

In assenza di situazioni di priorità presenti o possibili o dovunque sia comunque problematica la scelta di un "campo" di inserimento del paziente, resta possibile fare riferimento, quale unica fase valutativa legata alla soggettività dell'operatore, all'intensità e durata dello stato di sofferenza, espresso applicando un'apposita scala analogica.



**Figura 1** – Schede informatiche per il Triage

(da Perraro F. et al.: Il Triage di bancone del personale infermieristico per migliorare la performance dei Servizi di Pronto Soccorso ospedaliero. Atti III Congresso Nazionale FIMUPS, Torino, 25-28 Novembre 1996, 315-24)

I risultati di questa prima esperienza sono riassunti nella Tabella seguente.

Pz con parametri vitali alterati Codice rosso	0,8% - Attesa 0'
Pz con parametri vitali a rischio Codice giallo	6,5% - Attesa < 5'
Grave sofferenza acuta Codice azzurro	9,8% - Attesa < 15'
Nessuna priorità Codici verde e bianco	82,9% - Attesa illimitata

Le conclusioni degli Autori sono che il sistema informatizzato consente tempi di T molto breve (di poco superiori al minuto), elevata efficacia della selezione dei pz, con pochi casi di over/undertriage, rispetto dei tempi d'attesa ipotizzati e corretta destinazione dei pz. A quest'ultimo proposito va notato come la metodica tenda a proporre criteri molto restrittivi per la definizione di urgenza/emergenza (più dell'80% degli accessi sono classificati come non strettamente urgenti o inappropriati) e come i tempi d'attesa per i codici maggiori siano ottenuti con il sacrificio di un'attesa illimitata per i codici bianchi/verdi.

Vantaggi e limiti del Triage informatizzato

### I **vantaggi** sono evidenti:

- notevole facilitazione, rapidità ed efficacia della procedura
- uniformità delle codifiche, evitando l'aspetto di frequente riscontro nelle altre esperienze, in particolare nel T di bancone di marcate discrepanze percentuali nell'attribuzione dei diversi codici tra differenti operatori, legate ad inesperienza, insicurezza ecc.
- aiuto agli IP meno esperti nel T, che vengono accompagnati e coadiuvati dal programma nella definizione del codice
- migliore registrazione e possibilità di utilizzazione statistica dei dati (indicatori).

A fronte stanno la **rigidità forse eccessiva degli algoritmi**, il possibile contrasto tra le conclusioni dell'algoritmo e l'impressione clinica dell'operatore, che rischiano di venire bypassate con un ricorso improprio alla variabile soggettiva dello stato di sofferenza, e soprattutto il **costo del programma dedicato**.

#### Conclusioni

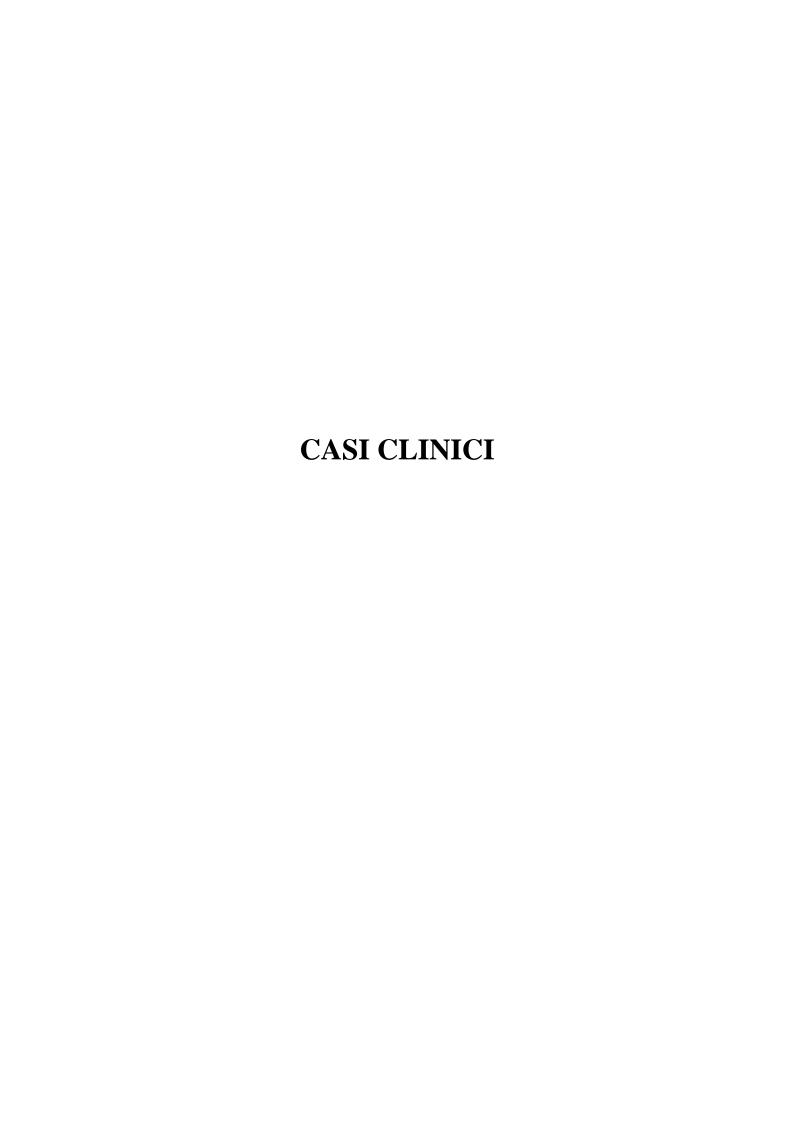
Oltre le descrizioni dei differenti modelli organizzativi o delle diverse risposte ai problemi, il confronto tra forme e soluzioni tecniche adottate nel T non può essere condotto in modo astratto. Non esiste, in altre parole, un modello in assoluto superiore ad un altro, potendosi piuttosto parlare di maggiore estensione, completezza o semplificazione della funzione, e tanto meno esiste un modello astrattamente valido per qualsiasi situazione operativa.

Il **T va pensato, costruito e adattato alle singole e specifiche realtà**, tenendo conto delle numerose variabili rappresentate dalla struttura, dagli spazi, dalla logistica di ogni P.S., dalle attrezzature, risorse umane, competenze disponibili, dallo sviluppo della rete con il Sistema di Emergenza Territoriale, dai supporti informatici in uso, e – purtroppo – dei costi sostenibili. Al di là del modello adottato, la formazione e l'aggiornamento continuo del personale, l'abitudine a verificare periodicamente e sottoporre a controlli di qualità il T, come tutta l'attività del Servizio, possono fare la differenza.

#### Bibliografia

- 1. Baldi G. et al.: *Il Triage (opinioni a confronto)*. Atti III Congresso Nazionale FIMUPS, Torino, 25-28 Novembre 1996, 297-301
- 2. Birnbaum A. et al.: Failure to validate a predictive model for refusal of care to Emergency Department patients. Acad Emerg Med, 1994, 1:213-7
- 3. Ciccone G. et al.: *Il Triage nel sistema di Urgenza Emergenza. Criteri di adozione*. Atti III Congresso Nazionale FIMUPS, Torino, 25-28 Novembre 1996, 302-6
- 4. Derlet R.W. et al.: *Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an Emergency Department.* Ann Emerg Med, 1992, 25:215-23
- 5. Gai V. et al.: Triage decisionale al servizio del paziente, 1999, C.G. Ed. Medico-Scientifiche
- 6. Kennedy K. Et al.: *Triage : techniques and applications in decisionmaking.* Ann Emerg Med, 1996, 28:136-44
- 7. Lowe R.A. et al.: Refusing care to Emergency Department of patients: evaluation of published triage guidelines. Ann Emerg Med, 1994, 23:286-93
- 8. Perraro F. et al.: *Il Triage di bancone del personale infermieristico per migliorare la performance dei Servizi di Pronto Soccorso ospedaliero*. Atti III Congresso Nazionale FIMUPS, Torino, 25-28 Novembre 1996, 315-24
- 9. Williams R.M. et al.: *Triage and Emergency Department Services*. Ann Emerg Med, 1996, 27:506-8

10. Young G.P. et al.: Adverse outcomes of managed care gatekeeping. Acad Emerg Med, 1997, 4:1129-36



#### CASI CLINICI MEDICI DI TRIAGE

Maria Chiara Beltrametti, Giovanni Evangelisti, Francesco Falaschi, Roberta Guarnone, Gianluca Montagna, Fabio Ponti, Stefano Signoretti.

Servizio di Pronto Soccorso Accettazione, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia.

Per i commenti dei casi clinici si rimanda a fine capitolo

# **CASO CLINICO 1**

Si presentano in Pronto Soccorso due pazienti:

#### A:

- Uomo 35 aa, anamnesi muta
- Dolore fianco dx irradiato anteriormente da 30 min, un episodio di vomito.
- PA 140/90 FC 110/min SaO2 99%. Pz sofferente.

B:

- Uomo 65 aa, neoplasia polmonare in chemioterapia
- Febbre con brividi, tosse da 2 gg
- PA 120/80 FC 110/min SaO2 96% T 38°

#### **CASO CLINICO 2**

Si presentano in Pronto Soccorso due pazienti:

#### **A**:

- Uomo 35 aa, anamnesi pregressa colica renale
- Dolore fianco dx irradiato ant. da 30 min, episodio di vomito
- PA 140/90 FC 110/min SaO2 99%

B:

- Uomo 70 aa, diabetico, iperteso, cardiopatico
- Da 2 h dolore emitorace sx irradiato all'arto sup. sx
- PA 180/100 FC 90/min, sudorazione

# **CASO CLINICO 3**

Si presentano in Pronto Soccorso tre pazienti:

#### **A**:

- Donna 39 aa, cefalalgica da anni
- Violenta cefalea parietale da 1 h non responsiva a terapia
- PA 140/90 FC 92/min T 36°, lucida, orientata, insofferente e agitata

B:

- Donna 68 aa, fumatrice
- Modesto dolore spalla dx da 2 mesi, ha assunto FANS con scarso beneficio, non ha eseguito alcun accertamento
- Parametri nella norma, lucida

C:

- Uomo 28 aa, riferisce un trauma addominale 1 h fa
- Dolore fianco dx
- PA 90/60 FC 120/min FR 24/min, agitato, pallido, cute fredda e sudata

#### CASO CLINICO 4

- Uomo 50 aa, fumatore, iperteso
- Durante un viaggio, 24 h prima, dolore toracico retrosternale oppressivo irradiato alle braccia, sudorazione e vertigini, durata 20 min circa, regredito spontaneamente. Successivi 2 episodi di cardiopalmo e vertigine
- Asintomatico, lieve agitazione
- PA 150/80 FC 80/min SaO2 100% T 36°

# **CASO CLINICO 5**

- Uomo 55 aa, fumatore
- Episodi di modesta epigastralgia da 2 mesi, dal giorno prima ripresentatasi, alvo regolare
- Asintomatico, tranquillo
- PA 150/80 FC 80/min SaO2 100% T 36°

#### **CASO CLINICO 6**

- Uomo 84 aa, diabetico, iperteso, artrosi
- Dolore spalla dx da 2 gg spontaneo esacerbato dai movimenti
- PA 180/95 FC96/min SaO2 97% T 37°

# **CASO CLINICO 7**

- Uomo 44 aa, fumatore, ipercolesterolemia, pregressa gastropatia
- In un ristorante: epigastralgia violenta, sudorazione nausea e vomito alimentare
- Pallido, agitato, persiste nausea
- PA 110/70 FC 70/min FR 24/min SaO2 98%

# **CASO CLINICO 8**

- Donna 76 aa, ipertesa, IRC, BPCO con frequenti riacutizzazioni
- Terzo accesso in PS in 2 settimane per dolore toracico post base dx spontaneo ed esacerbato dai movimenti.
- La documentazione precedente riporta diagnosi di dolore toracico di origine osteomuscolare, terapia con FANS
- Già eseguiti Rx torace, ECG, esami ematochimici completi (con D-dimero) tutti nella norma
- Tranquilla, non sofferente, dispiaciuta per il frequente "disturbo" recato al PS..... (momento di affollamento)
- PA 140/90 FC 80/min SaO2 99% T 36.5°

#### CASO CLINICO 9

- Uomo 60 aa, anamnesi negativa
- Accesso in altro PS per sincope il giorno precedente. Autodimessosi.

- Da 1 h dolore fianco sx irradiato anteriormente e all'arto inferiore sx, nausea
- PA 90/60 FC 120/min FR 30/min SaO2 99% T 37.9° stick urine neg.
- Cute fredda, sudata, pz irrequieto, sofferente.

# **CASO CLINICO 10**

- Uomo 83 aa accompagnato da un nipote (ore 22.30), ipertensione arteriosa, anamnesi negativa
- La moglie è stata ricoverata e il pz da 3-4 giorni vive solo (il nipote si reca ogni sera a visitare il nonno).
- Il nipote riferisce da 1-2 mesi episodi confusionali e alcuni comportamenti "strani".
- Tranquillo, collaborante, deambula autonomamente, risponde a tono alle domande, non riferisce disturbi
- PA 160/80 FC 90/min SaO2 99% T 36.9°

# **CASO CLINICO 11**

- Uomo 75 aa, vasculopatia cerebrale cronica, diabete mellito, recente cistoscopia per ematuria ricorrente, portatore di catetere vescicale.
- Da 5 gg febbre nonostante terapia antibiotica
- Confuso, pallido, sudato PA 80/50 TC 35,5° FC 110/min SaO2 95%, glicemia 110 mg%

#### **CASO CLINICO 12**

Si presentano in Pronto Soccorso due pazienti:

A:

- Uomo 45 aa, fumatore
- Da 7 gg febbre resistente poco responsiva agli antipiretici, tosse produttiva, modesta dispnea da sforzo e astenia
- Eupnoico a riposo, moderatamente sofferente, polso valido, cute rosea
- PA 135/70 FC 100/min SaO2 94% T 38.2°

B:

- Uomo 21 aa, anamnesi muta
- Insorgenza improvvisa di dolore emitorace dx irradiato alla spalla a riposo
- Sofferente, pallido, sudato.
- PA 110/60 FC 100/min SaO2 98% T 36,4°

#### **CASO CLINICO 13**

Si presentano in Pronto Soccorso due pazienti:

A

- Donna 32 aa, recente parto a termine
- Cefalea da alcuni gg, da 2 h emiparesi sx con progressivo deterioramento dello stato di coscienza

• PA 135/75 SaO2 96% FC 70/min risposta al solo stimolo doloroso

В

- Uomo 65 aa, ipertrofia prostatica, ipertensione arteriosa
- Al risveglio, dopo minzione, improvvisa perdita di coscienza con caduta a terra e pronta ripresa del sensorio
- Asintomatico, vigile, orientato, non traumi evidenti
- PA 160/85 FC 88/min SaO2 97%

#### CASO CLINICO 14

Si presentano in Pronto Soccorso due pazienti:

**A**:

- Donna 35aa, cefalalgica abituale (emicrania senza aura) seguita in ambiente specialistico, da qualche tempo scarsa risposta alla terapia in atto
- Vigile, orientata, collaborante, moderatamente sofferente, tranquilla
- PA 125/75 SaO2 98% FC 92/min

B:

- Donna 66 aa, disagio sociale, vive sola in abitazione parzialmente agibile dotata di stufa a legna
- Cefalea gravativa intensa, nausea, vomito, tremori
- PA 110/60 FC 110/min SaO2 97%

# **CASO CLINICO 15**

Si presentano in Pronto Soccorso due pazienti:

A:

- Maschio 19 aa, anamnesi muta
- Da 7 gg epigastralgia con nausea, astenia
- PA 115/68 FC 88/min SaO2 98% cute normocromica, non sudorazione, sintomatologia modesta

B:

- Maschio 65 aa, fumatore, iperteso, pregressa diagnosi di ernia iatale attualmente non in terapia
- Epigastralgia da qualche gg, intensa, irradiata in regione retrosternale, nausea, sintomi accentuati dai pasti
- PA 175/95 FC 65/min SaO2 95%

#### **CASO CLINICO 16**

- Donna 35 aa, anamnesi muta.
- Recente viaggio in automobile dalla Campania a Pavia. Da 2 gg dolore e senso di tensione all'arto inf dx con edema del polpaccio
- Orientata, moderatamente agitata, modesta iperpnea
- PA 100/65 SaO2 92% FC 120/min TC 36°

# CASO CLINICO 17

- Donna 54 aa, sindrome ansioso-depressiva in terapia, pregressa flebite superficiale dopo intervento di isterectomia, artrite reumatoide
- Ieri, dopo lungo viaggio in auto, gonalgia dx con rigidità articolare, tumefazione polpaccio dx
- Dolore intenso, agitazione importante. Edema gamba dx con iperemia locale
- PA 145/80 FC 84/min SaO2 100%

# **CASO CLINICO 18**

- Donna 24 aa, appendicectomia, 2 parti eutocici, restante anamnesi muta
- Da circa 6 ore dolori pelvici
- Pz tranquilla, apparentemente non sofferente
- PA 110/80 FC 94/min SaO2 100%, T 37.2°

#### **NOTE CASI CLINICI**

#### Note caso 1

A: codice giallo B: codice verde

Il pz A è molto più sofferente.

Il compito è alleviare il dolore nel più breve tempo possibile.

Non si fa riferimento alla severità della diagnosi ma alla gravità del sintomo o alla pericolosità della situazione.

#### Note caso 2

Individuare il Segno/Sintomo Guida (SSG) e caratterizzarlo in base a indicatori

SSG: dolore toracico

Indicatori (specifici primari): localizzazione, irradiazione

Indicatori (specifici secondari): fattori di rischio, pregresse malattie

Indicatori vitali: alterazioni delle funzioni vitali

vie aeree **A**: *Airways*, respirazione **B**: *Breathing*, circolo **C**: *Circulation*, neurologici **D**: *Disability*,

valutazione globale/condizioni al momento del primo soccorso/rapporto con

familiari **E**: *Exposure/Environment* 

Indicatori generali: intensità del dolore, emorragia in atto, vomito, temperatura.

#### Note caso 3

A: codice giallo. Cefalea a grappolo

B: codice bianco. Dopo oltre 1 ora di attesa, causa intasamento PS, il medico invia la pz B ad effettuare un Rx torace che mostra lesione espansiva apice polmonare dx.

C: codice rosso. Quadro di shock emorragico da rottura epatica.

Codice di priorità: valutazione che indica un tempo massimo di attesa alla valutazione medica codice di priorità = codice di gravità *solo* nei casi ad immediato rischio per la vita

# Note caso 4

Codice giallo

Durante la valutazione medica, mentre si sta registrando l'ECG, il pz presenta arresto cardiorespiratorio da FV.

Defibrillazione a 200 J

IMA antero-laterale.

#### Note caso 5

Codice verde

Si rileva dolore alla palpazione profonda in epigastrio.

ECG: IMA inferiore già in evoluzione.

#### Note caso 6

Codice verde

Rivalutazione (circa 20 min): PA 200/100 (agitazione e insofferenza per il tempo di attesa).

Codice giallo

Visita, EO (cervicobrachialgia dx ), richiesto Rx spalla e consulenza ortopedica

PA 200/100, lieve sudorazione

ECG: onde Q + onda di lesione V2-V4

# Note caso 7

Codice giallo

Sintomi a carico del TGE

Fattori di rischio cardiovascolari e sintomi sudorazione, pallore aumentano il codice di triage ECG: IMA

Eseguire sempre un ECG entro 5 min dall'arrivo in caso di dolore localizzato al di sopra della linea ombelicale.

#### Note caso 8

Codice verde

EO: alcune papule rossastre lungo il decorso del metamero dorsale toracico dx.

Herpes zoster toracico.

# Note caso 9

Codice giallo

Dolore tipo colica renale ma segni vitali instabili.

Aneurisma aorta addominale.

#### Note caso 10

Codice verde

EO: non deficit di forza

EGA: pH, paO2, paCO2, elettroliti, glicemia, Hb nella norma.

ECG nella norma

Chiamato il nipote: conferma quanto già detto al triage (alterazioni del comportamento già notate da tempo).

Rivalutazione paziente

Richiamato il nipote: correttamente interrogato riferisce cadute a terra (non recenti e riferite dalla moglie del pz).

TC encefalo: ematoma subdurale cronico emisfero dx.

Importanza della  ${\bf E}$  (rapporto con familiari o accompagnatori, valutazioni condizioni di vita del paziente).

#### Note caso 11

Codice giallo

Ipotensione in stato febbrile

Shock settico in urosepsi.

#### Note caso 12

A: codice verde. Bronchite acuta

B: codice giallo. Pneumotorace

#### Note caso 13

A: codice rosso. TC encefalo: trombosi cerebrale seni venosi

B: codice verde. Rivalutazione a 20 min: parametri stabili, soggettivamente stabile. Sincope vagale post-minzionale.

#### Note caso 14

A: codice verde. Non segni di lato all'esame neurologico. Recidiva di cefalea emicranica regredita con l'uso di nuovi farmaci.

B: codice giallo. Non segni di lato all'esame neurologico

EGA: COHb 27%. Intossicazione da monossido di carbonio.

#### Note caso 15

A: codice verde. Rivalutazione a 15 min: stazionario. ECG: alterazione della ripolarizzazione compatibili con danno miocardio esteso, alterazione degli enzimi miocardiospecifici. Cardiomiopatia.

B: codice giallo. ECG ed accertamenti negativi per ischemia miocardica. Dolore da verosimile reflusso gastro-esofageo.

#### Note caso 16

Codice giallo

EGA: ipossiemia modesta con ipocapnia ECG: segni di impegno ventricolare dx

Trombosi venosa profonda con embolia polmonare.

### Note caso 17

Codice giallo

EGA ed ECG nella norma.

Ecodoppler: rottura di cisti sinoviale di Baker.

#### Note caso 18

Codice verde

Rivalutazione (circa 20 min): PA 95/60 FC 100/min, la pz riferisce malessere generale e senso di mancamento.

Codice giallo

EO: addome è trattabile dolorabile in fossa iliaca dx

ECG: nella norma

EGA: aumento dei lattati, HB 8,7 g%

PA 85/50

Ecografia pelvica: rottura di cisti ovarica.

#### CASI CLINICI TRAUMATOLOGICI DI TRIAGE

F. Guzzini, C. Ciaramella, S. Cattaneo, S. Tufo, C. Tordiquinto U.O. di Accettazione e Pronto Soccorso – Presidio Ospedale di Saronno (VA) Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo" di Busto Arsizio (VA)

# Per i commenti dei casi clinici si rimanda a fine capitolo

# CASO CLINICO 1

Uomo di 67 anni, iperteso in terapia con Ace-inibitore e beta-bloccante, anamnesi negativa per patologie addominali, in passato un episodio di sciatalgia destra.

Giunge in P.S. riferendo la comparsa da 2 giorni di dolore lombare sinistro irradiato al fianco ed alla regione sacrale, che non si associa a parestesie dell'arto inferiore e non si è giovato dell'assunzione di FANS. Nega vomito, febbre, disturbi minzionali e dell'alvo.

Il paziente appare eupnoico con lieve pallore cutaneo, moderatamente sofferente. I parametri vitali indicano: PA 110/70 mmHg, FC 94 R, SpO2 96%.

Il triagista attribuisce il codice **VERDE** 

#### Evoluzione clinica

Dopo circa 50 minuti vi è intensificazione parossistica del dolore, il paziente appare pallido, sudato ed i nuovi parametri vitali indicano: PA 70/40 mmHg, FC 120 R, SpO2 97%.

Il triagista cambia il codice e attribuisce il ROSSO

Alla visita si apprezza massa pulsante in addome, che viene diagnosticata all'ecografia come aneurisma dell'aorta sottorenale con segni di fissurazione.

# **CASO CLINICO 2**

Uomo di 38 anni, riferisce un trauma toracico di 4 giorni prima (è caduto accidentalmente in bagno, urtando l'emicostato destro contro il bordo della vasca). Nonostante il trattamento con nimesulide persiste dolore, a cui si sono aggiunti dal giorno prima lieve dispnea da sforzo e febbricola. Le condizioni cliniche sono stabili, moderata la sofferenza, PA e FC normali, la SpO2 è pari al 96%.

Il triagista attribuisce il codice **BIANCO**.

Dopo 2 ore di attesa, a causa del sovraffollamento del P.S., il paziente si allontana. Torna dopo 6 ore con sintomatologia pressoché immutata, salvo riferito aumento del dolore evocato dagli atti respiratori.

Il triagista attribuisce nuovamente il codice BIANCO

#### Evoluzione clinica

Al paziente vengono diagnosticate plurime fratture costali a destra, con versamento pleurico basale e falda di pneumotorace.

#### CASO CLINICO 3

Donna di 42 anni, riferisce incidente stradale risalente a 3 giorni prima, per il quale è già stata valutata presso altro P.S, con diagnosi di trauma distorsivo del rachide cervicale. La refertazione delle radiografie che porta con sé é negativa per fratture o lussazioni delle vertebre cervicali.

Si presenta al bancone di triage indossando un collare bivalve tipo Philadelphia e lamentando, oltre alla persistenza del dolore al collo, la comparsa di parestesie alla porzione volare dell'avambraccio e delle dita centrali della mano sinistra.

Il triagista attribuisce il codice **VERDE** 

#### Evoluzione clinica

La valutazione medica che segue mostra deficit radicolare di C7 a sinistra, soprattutto sensitivo. Vengono ripetute le radiografie della colonna cervicale, che evidenziano sublussazione anteriore di C6 su C7.

# **CASO CLINICO 4**

Paziente di 24 anni, trasportato in P.S. dal 118 a seguito di incidente stradale (pilota di moto investita da auto). I soccorritori riferiscono che l'altro passeggero è stato raccolto in coma a notevole distanza dal punto d'impatto e trasferito in elicottero ad altro Ospedale con Neurochirurgia.

All'ingresso parametri vitali stabili (PA 140/80 mmHg, FC 80 R, SpO2 98%). Clinicamente si rilevano abrasioni agli arti superiori, contusione modesta del ginocchio sinistro (lievemente tumefatto) e dolore spontaneo e provocato all'emitorace sinistro, localizzato sulle coste inferiori, senza volet.

Il triagista attribuisce codice **VERDE**.

### Evoluzione clinica

Dopo 30' di attesa, grazie alla discreta agibilità del P.S., il paziente viene visitato e sottoposto ad ECG, Rx torace, ecografia addominale. Emergono una frattura composta della IX costa di sinistra ed un emoperitoneo da rottura di milza.

#### CASI CLINICI 5

- **A** Paziente di 58 anni, condotta in P.S. dall'ambulanza del 118 dopo essere stata investita da un'auto con arrotamento della gamba sinistra. Presenta una tumefazione della gamba con mobilità preternaturale e un'ampia ferita sanguinante con espulsione di materiale grasso. Il polso pedidio è presente, non vi sono ipotermia o cianosi del piede, la motilità delle dita del piede è conservata. Non si rilevano altri traumi di rilievo, i parametri vitali sono stabili. Il triagista attribuisce il codice **ROSSO**
- **B** Paziente di 24 anni, trasportato al P.S. dal 118 in seguito ad incidente sportivo (violento contrasto con un avversario durante una partita di calcio). Clinicamente si osserva

tumefazione al terzo medio della gamba con abnorme motilità e scroscio osseo. Il piede è caldo, non vi sono segni di deficit neurologici distali.

Il triagista attribuisce il codice GIALLO

- C Giovane studente di 14 anni, giunge in P.S. in ambulanza dopo trauma contusivo della gamba riportato durante l'attività ginnica a scuola. Non vi è mobilità abnorme, ma sono presenti dolorabilità del tratto distale della tibia e lieve tumefazione perimalleolare; non deficit al piede. Tollerabile il dolore, senza segni di reazione neurovegetativa. Il triagista attribuisce il codice **VERDE**
- **D** Paziente maschio di 65 anni, riferisce trauma contusivo alla gamba risalente a 3 giorni prima. Arriva in P.S. deambulando e lamentando la persistenza di dolore locale. Non vi sono deficit neurologici o vascolari, è presente soffusione emorragica in sede surale e peroniera. Il triagista attribuisce il codice **BIANCO**

#### CASI CLINICI 6

**A** - Donna di 47 anni, scivolata accidentalmente su di una lastra di ghiaccio, riporta violento trauma distorsivo della spalla destra. Giunge in P.S. trasportata da un soccorritore con auto privata. Obiettivamente si segnalano dolore intenso e impotenza funzionale assoluta dell'articolazione lesa; la spalla mostra deformità anatomica del profilo laterale con spazio sottoacromiale disabitato. Assenza di deficit neurovascolari.

Il triagista attribuisce il codice GIALLO

**B** - Paziente di 69 anni, senza affezioni sistemiche note, giunta in P.S. con mezzo del 118 per trauma contusivo della spalla destra. Obiettivamente non si notano deformità del profilo né particolare gonfiore articolare; la mobilità del braccio è dolorosa e limitata; non deficit neurovascolari all'arto superiore.

Il triagista attribuisce il codice **VERDE**, immobilizza la spalla con un tutore reggibraccio e somministra un analgesico dopo consulto telefonico con il medico di guardia

C – Giovane sportivo di 28 anni, si reca in P.S. per trauma contusivo del ginocchio e della gamba sinistri di due giorni prima, trattato a domicilio con riposo, crioterapia e FANS. Da alcune ore sono tuttavia insorte parestesie alla faccia laterale della gamba e lieve ipostenia del piede. Tollerabile il dolore.

Il triagista attribuisce il codice **VERDE** e provvede ad applicare doccia di contenzione dell'arto.

**D** - Uomo di 44 anni, che ha riportato trauma contusivo della regione poplitea destra alcune ore prima. Arriva in P.S. lamentando dolore, parestesie e deficit di forza del piede. Ad un sommario esame ispettivo si rilevano ematoma del poplite, piede freddo, ipostenico e pallidocianotico.

Il triagista attribuisce il codice GIALLO

#### CASI CLINICI 7

**A** - Operaio di 52 anni, caduto accidentalmente contro una vetrata nello spogliatoio al termine del turno di lavoro. Giunge in P.S. in un momento di particolare sovraffollamento del Servizio, accompagnato dall'infermiere della Ditta: presenta piccole ferite da taglio al volto e alle mani e una ferita in regione toracica sinistra (tra IV e V costa), ben tamponata con una garza sterile. Riferisce dolore locale, lieve dispnea accentuata dagli atti del respiro; normali i valori di PA, la FC è 78 R, la SpO2 97%.

Il triagista attribuisce il codice **ROSSO**, allerta telefonicamente l'Ambulatorio delle Emergenze e vi accompagna subito il paziente.

**B** - Paziente di 22 anni, manovrando una tranciatrice si è ferito il polso sinistro. All'arrivo in P.S., accompagnato dal datore di lavoro, presenta il polso leso fasciato a manicotto con un asciugamano intriso di sangue e riferisce iniziale vivace sanguinamento di tipo arterioso. Nega sintomi neurologici alla mano. L'I.P. provvede ad ispezionare la ferita, che attraversa la faccia volare del polso; rimosso l'asciugamano riprende un'emorragia copiosa, pulsante, che viene tamponata con qualche difficoltà comprimendo con compressa di garza sterile.

Attribuisce quindi il codice **GIALLO**, avvisa il personale di turno nell'Ambulatorio Traumatologico e trattiene il paziente nel locale Triage in diretta osservazione sino alla chiamata del medico.

C – Donna di 84 anni, senza precedenti di rilievo, portatrice di varici bilaterali agli arti inferiori. In seguito a modesto traumatismo domestico ha riportato rottura di una varice della gamba sinistra con sanguinamento piuttosto copioso. È stata soccorsa dal 118 e prontamente condotta in P.S.

La PA è 170/90, la Fc 86 R, la FR 18/min, la SPO2 96%; è lucida, non agitata.

Il triagista verifica la lesione, pone l'arto inferiore in forte scarico con cuscini ed effettua un bendaggio compressivo localizzato, arrestando subito l'emorragia.

Assegna poi un codice **VERDE**.

**D** – 16enne, feritosi al polso destro in incidente stradale; non altri traumi di rilievo. Accompagnato in P.S. dal 118. Il sanguinamento è ben tamponato dalla fasciatura sterile applicata dai militi; lamenta parestesie alle prime tre dita della mano e deficit di forza del pollice, che non riesce a flettere, abdurre ed opporre. Nella norma i parametri vitali.

Il triagista attribuisce un codice GIALLO

#### Commento ai casi clinici

## **CASO CLINICO 1**

L'attribuzione del codice VERDE è apparentemente ineccepibile sulla base dei dati descritti, tenuto conto che il paziente presentava una patologia apparentemente non a rischio (possibile recidiva di lombosciatalgia), parametri vitali stabili, stato di sofferenza moderato. In realtà, trattandosi di paziente iperteso ed in terapia con beta-bloccante, avrebbero dovuto allarmare la lieve ipotensione e la frequenza cardiaca modicamente tachicardica.

Quali erano, ad esempio, i valori pressori abituali di questo paziente? Una diminuzione di 40 mmHg di pressione sistolica avrebbe indicato una ipotensione significativa. Ne sarebbe conseguita un'attribuzione di codice **GIALLO** per la tendenziale alterazione dei parametri vitali.

#### **CASO CLINICO 2**

Il codice bianco è stato attribuito perché il trauma non era recente: questo non può essere tuttavia ritenuto un criterio assoluto (ci sono, ad esempio, pazienti che tentano invano un'automedicazione di patologie rilevanti e quindi, in via differita, si recano in P.S.).

Gli elementi di allarme avrebbero dovuto essere il persistere del dolore non controllato dall'antinfiammatorio e, soprattutto, la comparsa di rialzo termico e dispnea, con conseguente attribuzione di un codice verde.

# CASO CLINICO 3

L'attribuzione del codice appare corretta, perché - anche se il trauma non è recente - sono presenti sintomi neurologici di nuova insorgenza. D'altra parte, non vi sono elementi di urgenza immediata, per il carattere non minaccioso del disturbo neurologico e considerato che la paziente porta già una corretta immobilizzazione del rachide cervicale.

# **CASO CLINICO 4**

Le condizioni cliniche del pz (stabilità dei parametri vitali, stato di sofferenza moderata) autorizzano la classificazione come urgenza differibile (VERDE). Va tuttavia rimarcato che l'incidente era caratterizzato da una dinamica violenta, con probabile alta forza di impatto, e assenza di protezione del traumatizzato. Inoltre, ad ulteriore conferma, era noto che il trasportato era stato proiettato a distanza e presentava una patologia traumatica grave.

Questi dati anamnestici sulle circostanze e modalità del trauma avrebbero ben giustificato l'attribuzione di un codice **GIALLO**.

#### **CASI CLINICI 5**

- **A** La prima paziente è chiaramente affetta da una frattura esposta di gamba. La presenza di sanguinamento non arrestabile con semplice compressione, l'incombente rischio di complicanze neurovascolari e la necessità di proteggere subito in modo sterile la ferita di esposizione impongono l'accesso immediato e dunque il codice **ROSSO**
- **B** La seconda paziente appare clinicamente e si confermerà portatrice di una frattura biossea scomposta chiusa di gamba. Si tratta di un trauma severo, vi è il rischio di complicanze neurovascolari, la paziente è molto sofferente, si impone una sollecita immobilizzazione provvisoria: è d'obbligo il codice **GIALLO**

- C Il ragazzo del terzo caso presenta una frattura composta del pilone tibiale. Lo stato di sofferenza non è grave, non vi sono segni di mobilità preternaturale ossea né complicanze neurovascolari, il trattamento è differibile; è però presente un'importante limitazione funzionale (non è possibile la stazione eretta autonoma). Corretta l'attribuzione di un codice **VERDE**
- **D** L'ultimo paziente ha un trauma non recente, dolore sopportabile, assenza di signifi-cative complicanze loco-regionali, deambula in modo autonomo. Il caso non configura chiari elementi d'urgenza; le Rx dimostreranno una frattura composta della diafisi peroneale, trattata con gambaletto semirigido. Da condividere la codifica **BIANCA**

# **CASI CLINICI 6**

- **A** Il primo quadro clinico è altamente suggestivo di una lussazione scapolo-omerale, che sarà poi confermata dalle Rx. La patologia comporta dolore molto intenso, impotenza funzionale assoluta dell'arto, pericolo di complicanze nervose e vascolari periferiche; occorre sollecitamente procedere a riduzione incruenta. Giusto il codice **GIALLO**
- **B** La seconda paziente ha una frattura lievemente diastasata del trochite omerale. Il dolore non è particolarmente grave e comunque controllabile da un comune analgesico; non vi sono complicanze neurovascolari, né fattori di rischio legati ad altre patologie, ad esempio di tipo cardiovascolare. Una volta immobilizzata provvisoriamente la spalla, l'urgenza diviene differibile, compatibile dunque con un codice **VERDE**
- C Nel terzo caso viene diagnosticata una frattura del colletto peroneale con sofferenza posttraumatica del nervo sciatico-popliteo esterno. Il dolore è sopportabile, l'insorgenza della sintomatologia neurologica non iperacuta o ingravescente, la valutazione è differibile; giusta la scelta di immobilizzare il ginocchio e attribuire un codice **VERDE**
- **D** Al quarto paziente verrà riscontrata all'eco-doppler una trombosi acuta su dissecazione traumatica dell'arteria poplitea destra. Il deficit vascolare acuto richiede un intervento sollecito, garantito dal codice **GIALLO**

#### CASI CLINICI 7

- **A** Il primo caso suggerisce una ferita penetrante nel torace. Questa, come le altre ferite penetranti con probabile lesione viscerale, costituisce per definizione un'emergenza. Nella fattispecie, poi, il sovraffollamento del P.S. avrebbe potuto comportare, anche nel caso di attribuzione di codice giallo, una certa dilazione della valutazione medica e radiologica. Condivisibile la codifica **ROSSA**
- **B** Il secondo paziente ha una ferita volare del polso con dati clinico-anamnestici orientativi per lesione arteriosa; il tamponamento della ferita è precario con possibilità di ripresa di copioso sanguinamento. Giusti il codice **GIALLO** e le ulteriori precauzioni adottate.
- C Nel terzo caso il sanguinamento da varice è stato efficacemente e stabilmente arrestato con semplice provvedimento posizionale e compressivo. Vi è stata un'emorragia non trascurabile, ma la paziente è clinicamente del tutto stabile, non sofferente e non presenta patologie (cardiorespiratorie, neurologiche), che potrebbero essere criticamente aggravate dalla perdita ematica. Corretta l'interpretazione come urgenza differibile (**VERDE**).

**D** - Il ragazzo descritto per ultimo ha una lesione traumatica del nervo mediano nel canale del carpo. Non ha tuttavia subito altri traumi e non sanguina; l'esplorazione chirurgica e, a maggior ragione, la neurorrafia sono differibili. Sarebbe stato più adeguato un codice **VERDE** 

# Allegati

# Assegnazione dei Codici Colore





# L'INTERPRETAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO

