

IL FATTORE UMANO NEL TRIAGE

Fabi F., Maccioni A., Santonati A., Timpone S., Cerqua G.
Medicina Interna I per l'Urgenza - DEA Ospedale San Giovanni Addolorata - Roma

Il 1992 segna una data peculiare per l'innovazione dell'attività in Pronto Soccorso: nasce anche in Italia il triage, ben introdotto dal DPR 27/3/92:

“All'interno del 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 la priorità d'intervento. Tale funzione è svolta dal personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal Dirigente del servizio”.

La funzione cardinale del triage viene ulteriormente ribadita dall'Atto d'intesa tra Stato e Regioni (G.U. del 17/5/96), dove per triage o funzioni di triage si intende “il primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti, che consentano di stabilire la priorità d'intervento”.

Più esplicitamente ancora era stata affermata la rilevanza della figura infermieristica nel DPR 225/74, ove si sancisce la fine della “professione sanitaria ausiliaria” e la conseguente acquisizione di specifiche professionalità.

Tale autonomia è ancora ribadita dalla legge 42 del 1999, relativa a “disposizioni in materia di professioni sanitarie”, ove viene ribadita la fine del cosiddetto “mansionario” e sottratto l'Infermiere Professionale a quelle pastoie che ne limitavano le capacità decisionali.

Infine anche il patto Infermiere-cittadino ed il codice deontologico promuovono la professionalità e le capacità decisionali dell'I.P., nel rispetto della dignità della persona, per garantire un'assistenza efficace e pertinente ai bisogni dell'utenza.

Obiettivo del nostro intervento è quello di ricondurre la funzione di triage, così come definito dalla legge, al suo unico ed inconfutabile gestore: l'Infermiere di triage, stornando i tentativi di devolverla a favore di qualcuno o meglio di qualcos'altro.

In altri termini, siamo qui per riaffermare e dimostrare l'assoluta necessità che il FATTORE UMANO resti l'elemento pregnante della procedura di triage, non solo e non tanto perché imposto dalla legge, ma in quanto funzionale ad un approccio umanizzato ed efficace al problema dell'emergenza. Per tale motivo quasi tutti i DEA ed i PS del Lazio si sono posti l'obiettivo di formare il personale in maniera adeguata e rispondente al ruolo.

Tre sono fondamentalmente gli obiettivi perseguiti:

1. Professionale interpretazione delle problematiche (addestramento in termini di sapere, saper fare, saper essere)
2. Capacità di ricondurre l'intervista con l'utente ad un rapporto umanizzato, rapporto nel quale il paziente si affida ad un interlocutore attivo.
3. Capacità di discriminare tra ciò che appare e ciò che realmente è, anche in termini di possibile evoluzione dell'evento (peggioramento della situazione clinica).

Ci rendiamo conto che tutto questo è estremamente condizionabile da varianti individuali legate all'utente ed all'operatore.

Sulle variabili legate all'utente non è possibile intervenire, essendo queste fortemente condizionate dal livello socio-culturale e dallo stato psichico degli individui, che comunque, nel momento in cui afferiscono al P.S., si trovano in una situazione di profondo disagio.

Estremamente pericoloso e non confacente all'obiettivo, che si vuole raggiungere nella funzione di triage, è cercare di classificare e catalogare i bisogni e le necessità manifestate dai singoli in griglie rigide che raccolgono dati ed elaborano, secondo la variabile combinazione di elementi asettici e spersonalizzati immessi, il codice di priorità del singolo paziente.

Questo è ciò che si rischia, a nostro avviso, attribuendo la funzione di triage al PROGRAMMA INFORMATIZZATO.

D'altra parte, per quanto attiene alla variante relativa all'operatore, come già accennato, il legislatore stesso ci viene in aiuto, affermando due principi fondamentali:

- Viene sancita la fine della professione sanitaria ausiliaria ed introdotto il concetto dell'acquisizione di specifiche professionalità anche per l'I.P.
- Viene individuato l'I.P. come gestore dell'attività di triage e per tale ruolo adeguatamente formato.

In questa logica l'I.P. di triage deve comunque possedere alcune caratteristiche peculiari:

1. avere un curriculum formativo e professionale specifico per l'area critica
2. aver frequentato un corso specifico di formazione sul triage
3. essere assegnato stabilmente al P.S.
4. essere in servizio presso il P.S. da almeno 6 mesi
5. possedere capacità comunicativa

A queste caratteristiche, se ne debbono aggiungere altre, difficilmente quantificabili, come l'elasticità mentale, le pronte capacità decisionali e di gestione dell'ansia dell'utente, ed il senso di equilibrio.

Se si escludono alcune realtà, fortunatamente marginali, ove la valutazione della gravità delle condizioni del cittadino-utente, che si rivolge ad un servizio di Pronto Soccorso, è demandata all'autovalutazione del paziente stesso, due sono i principali modelli di esecuzione del triage invalsi nell'uso:

- Un triage, cosiddetto "di bancone" ove la valutazione dello stato di gravità del paziente, discende dalla raccolta di un'anamnesi infermieristica, finalizzata per problemi.
- Un triage cosiddetto "globale", che prevede anche l'acquisizione di alcuni parametri vitali essenziali ed un esame generale del paziente. Nella stessa sede, ove necessario, possono essere intraprese alcune procedure diagnostiche, senza ritardi, e viene comunque mantenuto un interscambio di informazioni continuo anche con i congiunti in attesa.

E' chiaro che specialmente per il triage globale è imprescindibile che siano disponibili dei locali riservati, che consentano un'anamnesi infermieristica ed una valutazione rispettose della privacy, cosa che certo non può avvenire nei corridoi spesso caotici di un Pronto Soccorso.

Tale necessità purtroppo ha spesso suggerito scelte opportunistiche a favore di metodiche di triage meno onerose dal punto di vista locativo.

Molte ed accese sono le diatribe relative alla superiorità dell'uno o dell'altro metodo. Vorremmo almeno citare due recenti studi relativi all'importanza del triage globale in ambito di P.S.

Nel primo di essi di Gennaio del 2002, R. Derlet enfatizza l'importanza di una formazione specifica di triage per gli II.PP. dell'area critica, sottolineando come gli operatori correttamente formati effettuino un triage più preciso, minimizzando i rischi insiti in tale valutazione di priorità. L'Autore esamina anche i limiti del triage informatizzato che più facilmente rischia di produrre valutazioni imprecise e ribadisce l'importanza della rivalutazione dei pazienti sottoposti a lunghe attese, come spesso avviene nei P.S. ingorgati di accessi.

Nel secondo di questi articoli, apparso nel 2001, Pointer et Al. rimarcano l'importanza di fornire linee-guida agli operatori di triage, riscontrando significative differenze di accuratezza tra II.PP. che applicano delle linee-guida ed II.PP. che non ne applicano.

Nel nostro P.S., ove è stato prescelto il metodo globale di sistematizzazione, interamente gestito dall'I.P., allo scopo di qualificare adeguatamente il Personale di P.S. è stato istituito un gruppo di formazione permanente.

Tale gruppo, inizialmente costituito da Internisti della Medicina I° per l'Urgenza e successivamente anche da II.PP. ha formato tutto il personale di P.S.

Il corso di base si è svolto attraverso tre sessioni di un'intera giornata ciascuna, dedicate ai problemi generali di triage, al triage nelle principali situazioni cliniche ed alle problematiche relazionali nell'attività di triage. Al termine del corso si è svolto un test valutativo finale, attraverso un quiz a risposta multipla sugli argomenti trattati. Un'ulteriore sessione a latere è stata dedicata ai problemi specifici del triage pediatrico.

A seguito di questa attività didattica, è stato possibile far sì che all'attività di triage si potesse dedicare a rotazione tutto il Personale in servizio in P.S., senza che fosse stato prefigurato un gruppo specifico di operatori fissi.

Successivamente a tutto questo Personale sono stati forniti corsi periodici di retraining ed è anche previsto l'affiancamento del Personale formatore con mansioni di nursing.

Più recentemente è stata estesa la necessaria formazione di triage anche alle II.PP. del P.S. Ostetrico-Ginecologico, che, nella nostra realtà, è fisicamente distaccato da quello generale.

I risultati di questa attività formativa sono stati valutati ad un anno dall'inizio della medesima, utilizzando quegli indicatori di validità, accreditati dal GFT:

1. percentuale di utenti registrati di cui è stato correttamente completato il verbale di triage,
2. individuazione appropriata del sintomo/problema principale,
3. tempi di attesa per fasce orarie e codice di priorità,
4. correttezza del codice di priorità rispetto a quello attribuito dal Medico all'ingresso in sala visita.

Tale valutazione ha consentito di individuare una valida correzione della sovrastima dei codici bianchi verificatasi nell'anno precedente.

Purtroppo tutto il valore formativo ed organizzativo di questa attività rischia quotidianamente di venir sminuito dalla cronica insufficienza di personale infermieristico, che rende impossibile la rivalutazione dinamica dei pazienti, che spesso permangono a lungo nei locali del P.S..

Infatti in una ideale schematizzazione "a catena" dell'attività di triage, alla prima fase "sulla porta", fa seguito una seconda di raccolta dati, una terza di attribuzione del codice di priorità propriamente detto ed una quarta, non meno essenziale, di rivalutazione dinamica. Non a caso tale funzione è prevista dal dettato della legge e rientra tra gli scopi primari della nostra attività formativa.

Altra questione di grande rilievo è legata alle non indifferenti implicazioni economiche correlate al codice di gravità attribuito alle prestazioni non seguite da ricovero. Questo ha indotto la nostra come tutte le altre strutture di emergenza ad intraprendere una puntigliosa attività di revisione critica della correttezza delle attribuzioni di codice per l'anno 2001. Da tale revisione sono state naturalmente desunte preziose considerazioni relative all'appropriatezza della nostra attività di triage.

Infatti ad un primo esame bruto risultava evidente uno scollamento delle nostre prestazioni rispetto a quelle preventivate della ASP, soprattutto per un incremento dei codici verdi, che raggiungevano il 69 % delle prestazioni totali.

Tuttavia ad una scomposizione più accurata dei dati, emergevano alcune considerazioni interessanti che ci hanno indotto a ritenere che i tetti imposti dall'ASP non tenessero in adeguato conto le numerose variabili che interferiscono sulle realtà locali. Infatti abbiamo potuto notare che:

1. Nel 2001 vi era stato, rispetto all'anno 2000, un netto decremento dei pazienti ai quali era stato attribuito un codice bianco (dato che così come si presenta potrebbe essere considerato negativo) ma che nondimeno avevano avuto necessità di ricovero (nell'anno 2001: 2,7% contro il 9,9% dell'anno precedente) o che lo avevano rifiutato (nell'anno 2001: 2,1% contro il 3,0% dell'anno precedente) o infine che erano stati trasferiti (17 contro 46). Tale indice è evidentemente una valida misura dell'entità di sottostima dei pazienti, ai quali è stato impropriamente attribuito un codice di priorità bianco.
2. Sempre nel 2001 vi era stato un enorme aumento nell'attribuzione di codici verdi nell'ambito del P.S. Ostetrico-Ginecologico (6299 contro 3124 dell'anno precedente). Di questi codici verdi ben 3118 hanno dato esito in ricovero, tradendo così la sottostima nella loro attribuzione.
3. Secondo la ben nota legge dell'offerta, che produce domanda di prestazioni, la risaputa presenza del consulente ORL 24 ore su 24 in P.S. aveva determinato un cospicuo incremento degli accessi per patologie otoiatriche (2430 nel 2001, rispetto ai soli 1314 del 2000). Tali patologie sono notoriamente contrassegnate da codici di priorità più bassi (verdi e bianchi) che si sono vistosamente incrementate a sfavore dei codici gialli

Da queste premesse deriva che:

1. A oltre 2 anni dall'inizio dell'attività di triage tutti gli altri indicatori del GFT si sono mantenuti sostanzialmente stabili, rivelando una diffusa acquisizione delle metodiche di attribuzione tra tutto il personale.

2. La maggior attribuzione di codici verdi rispetto alle previsioni dell'ASP viene sicuramente influenzata dalle peculiarità nella valutazione del paziente pediatrico, e pertanto non può non risentire delle fluttuazioni della popolazione di tale età, che accede sempre in maggior numero al P.S..
Inoltre la variabilità, per larghi aspetti imprevedibile, delle patologie che accedono al P.S. non può non incidere sulle percentuali dei relativi codici di priorità. Quindi l'aumento delle patologie otorinolaringoiatriche descritto deve necessariamente portare ad un incremento sia dei codici verdi che di quelli bianchi e ad un calo relativo dei codici gialli.
3. La peculiarità della situazione creata nel P.S. Ostetrico-Ginecologico rivela più chiaramente di qualsiasi disquisizione dottrinale l'essenzialità di una corretta formazione di triage per tutto il personale infermieristico. A riprova di questo assunto, nei primi 10 gg successivi all'effettuazione del corso di formazione anche per il personale di questo presidio, si è potuto notare un chiaro incremento percentuale nell'attribuzione dei codici gialli.

La disamina di queste variabili, (che è solo una parte esigua rispetto alle molte esistenti e legate all'eterogeneità del territorio laziale), e la necessità di ricondurre la funzione di triage a quello che è il suo ruolo peculiare, la corretta valutazione e la giusta attribuzione del codice di priorità, ci inducono a sostenere che tale funzione non può essere sacrificabile ad alcuna necessità remunerativa. Il "rimodellamento cromatico" che potrebbe conseguire sarebbe una grave mortificazione ad una sanità che ha posto al centro dei suoi obiettivi i bisogni della gente e la Qualità delle prestazioni.

In questa ottica la discriminante umana nella gestione dell'attività di triage si rivela quindi non un punto debole, incapace di interpretare correttamente lo stato di gravità degli utenti di una struttura di emergenza-urgenza, bensì un fattore prezioso di elasticità interpretativa, di umanizzazione delle strutture e di miglioramento permanente, capace di adattarsi fedelmente alle inevitabili modificazioni della popolazione afferente e di affinarsi continuamente in corso d'opera.

Ulteriori miglioramenti ne deriveranno sicuramente dalla possibilità di una rivalutazione dinamica del paziente in prolungata attesa, come diffusamente sottolineato dalla più recente letteratura sull'argomento, e dall'opportunità di un continuo aggiornamento degli operatori coinvolti.

Semmai è doveroso interrogarsi sulla idoneità interpretativa dei tetti stabiliti dall'ASP, che possono avere una validità retributiva indiscutibile, ma non possono e non debbono essere un letto di Procuste, che mortifica le osservazioni cliniche sul campo delle diverse realtà dell'emergenza.

Vorremmo concludere augurandoci che in tutte le strutture di P.S. possa diffondersi un'attività di triage qualificata, confrontabile e professionalmente soddisfacente, che elimini tutte le residue sacche di resistenza preconcetta e penetri anche in quelle strutture più refrattarie, ove viene ancora impropriamente sostituita da una sorta di "fai da te" disumano, scientificamente inaffidabile ed altamente rischioso.

A tali requisiti di qualità, essenziali per un corretto funzionamento delle strutture di emergenza-urgenza, mi sembra che, alla luce di quanto succintamente esposto, possa

meglio rispondere la modalità globale di triage, affidata al personale adeguatamente formato allo scopo.

BIBLIOGRAFIA

1. Derlet R.: Triage
2. EMedicine Journal, Gennaio 2002, Vol. 3, N. 1
3. Pointer JE, Levitt MA, Young JC, Promes SB, Messana BJ, Ader ME: Can paramedics using guidelines accurately triage patients
4. Ann. Emerg. Med. 2001, Settembre, 38(3); 282-5
5. Cooke MW., Jinks S.: Does the Manchester triage system detect the critically ill?
6. J. Accid. Emerg. Med. 1999 Maggio; 16(3): 179-81
7. Johnson L.A.: Triage: limitations and opportunities
8. Ann. Emerg. Med. 1996, Settembre; 28, 3
9. Santonati A., Ruggieri M.P., Germani M., Timpone S., Fabi F., Cerqua G.:
10. Una iniziativa di formazione: il triage di pronto soccorso
11. AH, Anno III, N 16, 2000, 31-5
12. Santonati A., Ruggieri M.P., Germani M., Timpone S., Fabi F., Cerqua G.:
13. La formazione in pronto soccorso: il triage infermieristico
14. Giornate Internazionali di Medicina d'Urgenza, Torino, 12 dicembre 2000