



## La responsabilità del triagista



<http://stockagency.panthermedia.net/m/stock-photos/14418385>

Carissimi colleghi, nella giornata odierna parleremo di un argomento che ci coinvolge moltissimo cioè il triage e l'appropriazione in debita nel ruolo....

Per appropriazione indebita si intende quando qualcuno, in modo non lecito, si appropria di cosa altrui, per cui si entra nel capitolo del penale, di furto eccc..

La denominazione di "trriage" deriva dal termine francese che indica «cernita, smistamento»; nel mondo sanitario dell'emergenza-urgenza è un sistema utilizzato per selezionare i soggetti coinvolti in infortuni secondo classi di priorità crescenti, in base alla gravità delle lesioni riportate e del loro quadro clinico.

Per estensione, la tecnica del triage, di competenza Infermieristica, viene messa in opera ogni qual volta è necessario smistare una serie di utenti che chiedono un servizio verso gli operatori. Storicamente la parola triage venne utilizzata per la prima volta durante le guerre condotte da Napoleone, quando il chirurgo capo dell'armata francese, barone Jean Dominique Larrey, organizzò i soccorsi ai soldati feriti sul campo di battaglia, scegliendo di soccorrere per primi quelli che avevano subito lesioni meno gravi ed erano quindi più rapidamente recuperabili per la battaglia. Nella sua versione moderna il triage prende corpo negli anni Sessanta negli Stati Uniti. Una quota importante della popolazione di questo paese non aveva (e non ha tuttora) una copertura assicurativa sanitaria e il PS era l'unica struttura sanitaria tenuta per legge federale (OBRA legislation) a prestare gratuitamente la prima assistenza. La conseguenza di questa situazione è stata un aumento progressivo del numero di pazienti che affluivano in PS, con un'incidenza sempre più elevata dei casi non urgenti, tendenza che è andata aggravandosi nel tempo, tanto che in anni successivi sono stati rilevati in alcuni Dipartimenti di Emergenza degli USA 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 (Bindman et al., 1991; Baker et al., 1991). Questa situazione di sovraffollamento è andata generalizzandosi a tutti i paesi industrializzati, per una tendenza costante all'aumento del numero di utenti che scelgono di rivolgersi alle strutture di PS. In Italia si stima che un cittadino ogni 2-3 anni si rivolga alle strutture di PS (Atti congresso Medicina d'urgenza, 1996). Ovviamente la maggioranza di questi pazienti non presenta vere urgenze, e il sovraffollamento può comportare ritardi per gli utenti che hanno effettivamente necessità di valutazione e trattamento in urgenza. Nel maggio 1996 con la pubblicazione delle Linee guida per il sistema emergenza-urgenza, in applicazione del D.P.R. 27/3/92 del Ministero della sanità<sup>2</sup>, Conferenza stato-regioni, per la prima volta in Italia, all'interno di indicazioni di riorganizzazione di tutto il settore, era esplicitamente prevista la funzione di triage e veniva indicato chi e come dovesse svolgere questa attività: 2 D.P.R. 27/3/92 del Ministero della Sanità 6 "... (omissis) ..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." Nel dicembre

2001 sulla G.U. sono state pubblicate delle linee guida aggiornate e molto più dettagliate sulle modalità operative.

Quali sono gli obiettivi del triage:

- ridurre al minimo possibile il ritardo nell'intervento sul paziente urgente e attribuire un codice di priorità che regoli l'accesso alle cure mediche in relazione alla loro potenziale gravità e urgenza;
- regolare il flusso dei pazienti e mantenere l'efficienza complessiva della struttura del ps.

Tengo a precisare che questi appunti sono un po' datati e per tal motivo alcune informazioni potrebbero risultare diverse, questo ovviamente, sta a significare che l'infermiere si evolve come si sono "evoluti" i codici colore.

L'infermiere, non è solo colui che esegue, ma è colui che pensa e agisce sempre per il bene del malato.

Contestualmente al processo di triage è necessario decidere se il paziente può attendere seduto, se deve essere posizionato in barella, qual'è l'ambulatorio più adatto, se le attrezzature sono diversificate, oppure, se in quel PS sono presenti medici accettanti di professionalità diverse, quale attivare. Può essere necessario indicare come sono state prestate le prime cure, posizionati presidi di immobilizzazione, una borsa del ghiaccio o altri provvedimenti di 12 nursing. Se previsti dai protocolli, saranno avviati alcuni esami strumentali (ECG, glicemia, esami urine o altri). L'infermiere di triage, come figura centrale e regolatrice del flusso di PS, è spesso investito anche di compiti relazionali con altre strutture sanitarie, con le forze dell'ordine ecc., oltre che con il paziente stesso e con i suoi familiari sulle procedure di PS, tempi e modalità di attesa. Un aspetto centrale della sua attività è la capacità di comunicare al paziente e ai suoi familiari la "presa in carico" da parte della struttura sanitaria; l'utenza dovrebbe avere la precisa sensazione dello inizio della prestazione sanitaria a partire da quel momento e non dall'ingresso in ambulatorio. L'infermiere di triage svolge compiti differenti da quelli di una semplice accettazione amministrativa; oltre a un peculiare patrimonio di competenze professionali, deve avere una sensibilità non comune e una disponibilità al dialogo e la capacità di risolvere in positivo anche le inevitabili situazioni di disagio che si possono creare in un'attività certamente non facile, dal momento che si devono fare delle scelte di fronte ai pazienti, o comunque in condizioni soggettive di bisogno. Alcuni tipi di pazienti fragili richiedono specifiche attenzioni e possibilmente una corsia preferenziale, come i bambini con pianto insistente, i portatori di handicap, i soggetti in evidente etilismo acuto, i pazienti aggressivi e potenzialmente violenti (questi ultimi richiedono la messa in atto di specifici protocolli di comportamento). Non bisogna dimenticare che un obiettivo del triage è mantenere ordinata la zona d'attesa e rendere così possibile un funzionamento regolare della struttura; questa condizione diminuisce la tensione anche per chi, come medici e infermieri, opera dentro gli ambulatori.

Prima di descrivere il processo metodologico della valutazione occorre presentare un aspetto difficile da qualificare, ma significativamente rilevante. Si tratta della capacità di agire e riconoscere situazioni critiche in contesti e/o momenti estremamente complessi. Questa abilità richiede tatto, velocità e abilità nella comunicazione (sintesi e comprensione). Le realtà operative sono sovente contraddistinte da numerosi accessi in un tempo molto ridotto; questa condizione rende estremamente difficile l'agire dell'Infermiere che si trova a dover valutare un numero di utenti superiore alle proprie possibilità. Standard internazionali, nei quali ci si può riconoscere, prevedono che la prima fase valutazione del paziente debba cominciare entro 2/3 minuti dal suo arrivo in PS. E' evidente che questi standard sono volti a garantire criteri di sicurezza alla persona, ma necessitano di un enorme sforzo ed impiego di risorse da parte dell'organizzazione e degli operatori, perché è facile intuire come non sia possibile governare il flusso degli accessi. Le organizzazioni non sono strutturate a fisarmonica, tali per cui non riescono a rispondere con risorse differenziate al variare delle situazioni. Nella quotidianità lo stesso o gli stessi operatori si trovano a gestire momenti di relativa "tranquillità" così come momenti di enorme caos. Come poter quindi garantire alle persone standard assistenziali di qualità anche in contesti così complessi? Lo strumento proposto è quello di utilizzare tratti del processo di valutazione che sarà di seguito esposto con caratteristiche differenziate. Si tratta di eseguire una valutazione molto rapida della persona, o di chi lo accompagna, relativamente a:

- motivo per cui è necessaria una prestazione sanitaria
- valutazione visiva dei principali segni ispettivi (es. colorito, sudorazione, postura, emorragie). La letteratura internazionale identifica una serie di criticità alle quali occorre dare immediata attenzione:
  - compromissione della pervietà delle vie aeree;
  - riferiti disturbi cardiaci;
  - traumatismi di organi o apparati vitali o che minacciano l'integrità neurologica;
  - psicosi acute violente. Occorre ricordare di non dare mai un giudizio di priorità basato solo questa prima iniziale valutazione: tale dinamica deve essere utilizzata solo per arrivare a determinare a quali utenti rivolgere prioritariamente il processo di valutazione.

### ***Aspetti normativi e responsabilità nel triage***

L'esercizio professionale infermieristico ha vissuto in questi anni, da un punto di vista giuridico, una serie d'innovazioni di carattere epocale<sup>4</sup>. La tradizionale abilitazione all'esercizio professionale, quantomeno negli aspetti legati alle attività invasive, è venuta meno per opera della legge 26/02/1999, N. 42 "Disposizione in materia di professioni sanitarie".

A completare il quadro normativo delle riforme dell'esercizio professionale dell'infermiere è intervenuta la legge 10/08/2000, n°251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica".<sup>6</sup> In quest'ultimo testo si specifica che l'infermiere agisce con autonomia professionale e che gli deve essere attribuita la diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni. L'attività di triage è stata regolamentata attraverso l'emanazione, con la forma del provvedimento della Conferenza Stato-Regioni, di due linee guida: una di carattere generale sul sistema dell'emergenza e una più specificamente riguardante il triage. Le linee guida generali sull'emergenza n. 1/1996 recanti l'atto d'intesa tra stato regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 specifica alla voce "Funzioni di Triage": all'interno dei DEA deve 4 Aspetti normativi e responsabilità nel triage a cura di Luca Benci;( Giurista, direttore dal 1998 al 2004 della rivista di diritto delle professioni sanitarie e autore di pubblicazioni sul diritto sanitario e sulle professioni sanitarie); D.P.R. 27/3/92 del Decreto del Presidente della Repubblica 10/08/2000, n°251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica". essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentono di stabilire le priorità d'intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio. L'attività di triage è quindi considerata obbligatoria e consiste in un primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti, che deve avere luogo all'interno di protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio. La competenza a effettuare l'attività di triage spetta al personale infermieristico che deve essere adeguatamente formato. Da un certo punto di vista, l'attività normativa regolante il triage è anticipatrice dei provvedimenti ispiratori della legge 42/1992 nella parte in cui stabilisce la formazione dell'infermiere<sup>8</sup> come criterio per l'attribuzione di competenze professionali. Già la previgente normativa contenuta nell'abrogato mansionario, comunque, attribuiva all'infermiere compiti di scelta nelle priorità d'intervento. Nell'articolo 1 del DPR 225/1974<sup>9</sup> al punto C si leggeva già che competeva all'infermiere la "richiesta" ordinaria e urgente d'interventi medici e di altro personale a seconda delle esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti. L'articolo poteva già configurare una sorta di triage intra-ospedaliero, di reparto, in cui si affidava all'infermiere la decisione, in relazione alle condizioni del paziente, di chiamare o meno il medico. <sup>7</sup> Le linee guida generali sull'emergenza n. 1/1996 recanti l'atto d'intesa tra stato regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 specifica alla voce "Funzioni di Triage". <sup>8</sup> 42/1992 nella parte in cui stabilisce la formazione dell'infermiere <sup>9</sup> DPR 225/1974 ex mansionario dell'infermiere <sup>33</sup> Oggi la principale fonte normativa di riferimento è data dal profilo professionale

dell'infermiere, recepito con D.M. 14/09 1994, n 739.10 Leggiamo testualmente al terzo comma dell'articolo 1 del D.M.739/1994: L'infermiere: a- partecipa alla identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica alla persona e della collettività; b-identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c-pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico. La scelta sul chiamare o meno il medico, sia esso in regime di pronta disponibilità o presente in ospedale nel servizio di guardia, è stata autorevolmente confermata dalla giurisprudenza della Suprema Corte che ha avuto modo di precisare che una volta sollecitata la presenza del medico da parte dell'infermiere, "il sanitario non può sottrarsi alla chiamata deducendo che, secondo il proprio giudizio tecnico, non sussisterebbero i presupposti dell'invocata emergenza".(Cassazione penale, sez. IV, sentenza n 05465 del 12/12/1986). Concentreremo la nostra attenzione sul punto a). Il verbo "partecipa" indica un'azione che l'infermiere attua insieme ad altri; quindi il malato viene visto prima dall'infermiere, che lo seleziona in base al codice di gravità e priorità, e poi dal medico che provvede alla visita e alla diagnosi. E' una tipica azione che la più aggiornata manualistica infermieristica classifica come azione collaborativa dell'infermiere. Per cui questo punto è quello che più si adatta al triage. 10 D.M. 14/09/1994, n 739.( decreto ministeriale legge 739). 34 Il punto b), invece, è quello che attribuisce maggiore autonomia agli infermieri, ma limita l'attività alla sola identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, bisogni certamente non prioritari in un P.S. ospedaliero. Rispetto ai primi interventi da eseguire nell'area di triage, dando per scontata la liceità di una serie di atti che l'infermiere può eseguire in assenza del medico, per le operazioni da svolgere dietro prescrizione medica il ruolo autorizzativo viene giustificato dall'adozione di protocolli e linee guida che possono surrogare l'assenza di una prescrizione. La stessa scheda infermieristica di triage potrebbe essere considerata di fatto una prescrizione ai primi interventi diagnostici ( es. elettrocardiogramma, prelievo capillare, etc.). Le linee guida specifiche sull'attività di triage sono state recepite nel 2001 e rafforzano l'agire infermieristico in tema di triage. Specificano infatti che l'attività di triage compete a un infermiere con curriculum adeguato e con esperienza di almeno 6 mesi in PS. L'infermiere opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività, e secondo protocolli predefiniti riconosciuti e approvati dal responsabile del servizio di PS. Inoltre, la responsabilità del medico in servizio non può certo estendersi al comportamento dell'infermiere di triage. Tutto in realtà ruota intorno al concetto di "supervisione" indicato dal documento. Il triage è patrimonio del PS e, ove sussista la rotazione del personale in ambito dipartimentale, deve essere condiviso da tutto il personale infermieristico del dipartimento di emergenza. A livello regionale si registrano le prime esperienze di modalità nuove ed evolute di selezione, accettazione e dimissione di pazienti con patologie minori: ad esempio il "see and treat", il quale affianca il triage e si diversifica come accesso distinto, generalmente con 35 personale dedicato. Chi

accede al see and treat viene accolto dal primo operatore disponibile, medico o infermiere, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine. In sostanza il see and treat permette, all'infermiere, di trattare autonomamente casistiche minori, predeterminate, fino ad arrivare a quella pratica finora vietata nel nostro Paese e che nel tradizionale mondo del triage viene definita di "triage-out" che consiste nella dimissione del paziente senza una visita medica.

L'infermiere, come del resto qualsiasi professionista, risponde in sede penale (contempla i reati per i quali la legge prevede l'inflazione di una pena), civile (cioè individua l'intero istituto composto dalle norme cui spetta il compito di individuare il soggetto tenuto a sopportare il costo della lesione a un interesse altrui), e disciplinare (cioè il comportamento) 11. La congruità, la pertinenza e l'adeguatezza dei protocolli di triage sono competenza del dirigente medico del PS, come per altro ribadito dall'intesa Stato - Regioni sulle linee guida del 15/04/1996 dove l'attività di triage compete al personale infermieristico adeguatamente formato. Compete inoltre all'infermiere l'attivazione di processi di cambiamento dei protocolli in base all'esperienza maturata.

Documentazione del G.F.T. San Marino responsabilità dell'infermiere di triage. L'infermiere risponde della corretta applicazione dei protocolli e di quest'attività risponde secondo canoni della responsabilità colposa per negligenza, imperizia e imprudenza.

Negligenza: trascuratezza, mancanza di sollecitudine ovvero di un comportamento passivo che si traduce in un'omissione di determinate precauzioni (medico che dimentica una garza o un ferro chirurgico nell'addome del paziente o non controlla la data di scadenza del farmaco usato).

Imprudenza: insufficiente ponderazione di ciò che l'individuo è in grado di fare, violazione di una regola di condotta, codificata o lasciata al giudizio del singolo, con obbligo di non realizzare un'azione o di adottare, nell'eseguirlo, precise cautele (medico che invece di indirizzare l'ammalato da una specialista esegua, senza averne le capacità, un intervento particolarmente impegnativo).

Imperizia: insufficiente attitudine a svolgere un'attività che richiede specifiche conoscenze di regole scientifiche e tecniche dettate dalla scienza e dall'esperienza, pertanto identificabile con una preparazione insufficiente, assenza di cognizioni fondamentali e indispensabili per l'esercizio della professione medica. Ovviamente legata al differente grado di qualificazione del soggetto e ai caratteri con cui si manifesta la malattia, di assoluta normalità ed evidenza ovvero di caso eccezionale.

L'infermiere risponde della sottostima nell'assegnazione dei codici di gravità, in relazione all'accaduto. "CASISTICA": è responsabile di omicidio colposo un'infermiera addetta al triage che ha erroneamente assegnato un codice verde al posto di un codice giallo, ignorando e sottovalutando le condizioni di

gravità di una paziente che giungeva al PS con diagnosi clinica chiara, netta e precisa ( sospetto versamento pleurico base destra, focolaio, emoftoe, frequenza cardiaca 180 ppm); il comportamento dell'infermiera viene giudicato, dalla perizia medico-legale disposta d'ufficio, censurabile sotto tre punti di vista.

- Ha ignorato il fatto che la paziente giungeva già con diagnosi medica;
- Non ha provveduto alla rilevazione dei parametri vitali, inoltre si è limitata a trascrivere nella scheda la presenza di febbre omettendo peraltro di indicare l'entità della stessa, il mal di gola/disfonia nonché la presenza di emoftoe di durata inferiore alle 36 ore, senza autonomamente valutare quei parametri che potevano facilmente essere rilevati. A nulla vale che, come precisato dalla difesa dell'imputata, il PS versasse in una condizione di caos organizzativo, in quanto i parametri vitali potevano comunque essere rilevati dall'infermiere;
- Non ha proceduto alla rivalutazione. La morte della paziente si è verificata per un forte shock settico che ha interessato più organi, innescato da un focolaio di polmonite ascessuale di un lobo del polmone destro dovuto allo streptococcus pyogene. Con una terapia antibiotica adeguata e tempestiva si poteva contrastare il decadimento delle funzioni vitali. La sottostima del codice di gravità deve essere causale rispetto all'evento per avere rilevanza giuridica, e non tutto ciò che viene affermato professionalmente può averla. In particolare, ci riferiamo alla regola che vuole l'attribuzione di un codice maggiore di gravità in un paziente che giunga in PS più volte a breve distanza da un primo accesso per la medesima problematica persistente. Anche la sala di triage è di competenza dell'infermiere di triage una volta che ha preso in carico il paziente; pertanto la presa in consegna deve consistere nella ricezione del paziente e nel liberare gli operatori del 118 rendendoli disponibili per un nuovo servizio. Si tratta semplicemente del passaggio dal momento in cui la persona è sotto il controllo e cura degli operatori dell'ambulanza al momento in cui passa a essere controllato e vigilato dall'operatore di triage.

I casi:

1-Come attestato nel referto redatto sulla scheda individuale di PS, il 26/12/2005 giunge al PS generale di un Policlinico Universitario, 60 accompagnato dall'ambulanza, un paziente, di genere maschile e di anni 55, con diagnosi di accettazione di: "Riferito abuso etilico16". Registrato in triage alle ore 17.12, al paziente vengono rilevati i seguenti parametri: saturazione di ossigeno 95%, frequenza cardiaca 99 bm e glicemia di 245 mg/dl; gli viene assegnato un codice di priorità verde. Il paziente viene preso in carico alle 19.33 da uno dei medici (dottor AB) in servizio durante il turno pomeridiano (dalle 14 alle 20). Il dottor AB rileva e documenta sulla scheda informatica di PS, tra l'altro, "etilismo cronico e recente trauma cranico". Il paziente stesso gli riferisce inoltre di aver già eseguito TAC (tomografia assiale computerizzata) del cranio e dell'encefalo con risultato negativo per lesioni post traumatiche. Il



medico responsabile annota inoltre come il paziente abbia con sé alcune bottiglie, vuote, di bevande alcoliche, per cui richiede, tra gli accertamenti di laboratorio, anche il dosaggio dell'alcolemia. Alle 20.00 circa, il dott. AB, al termine del turno pomeridiano, affida il paziente in consegna al medico subentrante per il turno della notte (dalle ore 20 alle 8), dottor XY. Il dottor XY una volta ricevuta la refertazione del dosaggio dell'alcolemia (che evidenzia valori superiori a 400 mg/dl), rivaluta quindi il paziente che nega, tra l'altro, cefalea o altri sintomi di allarme imputabili al riferito trauma cranico. Alle ore 21.35 il paziente viene dimesso al curante con diagnosi di "abuso etilico". Alcune ore più tardi, il paziente viene rinvenuto in stato soporoso sulla rampa di accesso al PS, e alle ore 02.33 del 27/12 è riaccreditato e riaffidato all'ambulatorio ove ancora prestava servizio il dottor XY che lo aveva poche ore prima dimesso. Il paziente viene 16 documentazione presa presso gli uffici di competenza della struttura sanitaria 61 quindi rivalutato, se ne constata uno stato di coma profondo, GCS (Glasgow Coma Scale) 3/15 con pupille midriatiche, è quindi immediatamente sottoposto a intubazione oro-tracheale, viene eseguita una TAC encefalo che documenta, in particolare: "AMPIO EMATOMA SUBDURALE TEMPORO-FRONTO-PARIETALE SINISTRO ESTESO FINO ALLA CONVESSITA' CON DEVIAZIONE DELLE STRUTTURE DELLA LINEA MEDIANA A LIVELLO DELLA FOSSA CRANICA POSTERIORE, SI ACCOCIA EMORRAGIA SUB-ARACNOIDEA ED EDEMA CEREBRALE". Il paziente viene quindi immediatamente trasferito presso l'Ospedale Hub di riferimento per la neurochirurgia; qui viene sottoposto a un intervento neurochirurgico, ma, nonostante ciò, decede il 28/12 alle ore 10 presso l'Unità Operativa di Rianimazione - Terapia Intensiva. Detto ciò, va ricordato come, il paziente in questione, fosse affetto da etilismo cronico, avesse necessitato in precedenza di pregressi ricoveri presso Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), e fosse seguito sul territorio dai Servizi per le Tossicodipendenze e le Dipendenze Patologiche (SERT). Il paziente, inoltre, frequentava i locali di PS in maniera abituale. Nella stessa giornata del 26/12 tra l'altro, si era già presentato in PS, ove era stato valutato e registrato a triage nella mattinata, alle ore 12.44, per "riferita astinenza da alcool"; era stato sottoposto a visita medica, ma si era poi allontanato dai locali di PS prima di terminare il proprio iter diagnostico e terapeutico e il periodo di osservazione protetta. Risulta inoltre che quanto riferito dal paziente nel tempo dell'accesso in PS delle 19.33 del 26/12, cioè l'aver già eseguito la TAC encefalo risultata negativa, non corrispondeva a verità in quanto, essendosi nella precedente occasione allontanato arbitrariamente dal PS, 62 l'accertamento diagnostico (che era effettivamente stato precedentemente richiesto) non era mai stato eseguito. Alle ore 02.33 del 27/12, come detto, il paziente viene ritrovato sulla rampa di accesso al PS in stato di coma. Tra la dimissione delle 21.35 del 26/12 e l'accesso delle ore 02.33 del 27/12, è riferito dai testimoni interrogati dalla autorità della Procura Generale che lo stesso paziente era stato trasportato nuovamente in PS poco dopo le ore 22.00 del 26/12, a mezzo ambulanza, e, dal personale di servizio sui mezzi dell'emergenza territoriale, era quindi stato affidato in consegna al

personale infermieristico di triage. Le condizioni riferite dal personale del trasporto extra-ospedaliero non configuravano in alcun modo un immediato pericolo di vita, tanto che il paziente, vigile e collaborante, si era alzato dalla barella ed era stato fatto accomodare su di una sedia. Espletate nel frattempo le altre situazioni considerate più urgenti, l'infermiere di triage MN, giunto il momento di dedicarsi al paziente in questione, non lo aveva poi più reperito nei locali di PS e quindi, dopo una ricerca nell'area limitrofa, non potendosi allontanare oltre dall'area di triage ove stazionavano altri pazienti in attesa della presa in carico da parte dell'équipe medica in servizio, aveva proceduto con le altre attività sanitarie di propria competenza.

Dall'esame autoptico risulta che il danno cerebrale fosse costituito da un ematoma acuto, databile verosimilmente ad alcune ore prima del rinvenimento del paziente in stato di coma, e non ad alcuni giorni prima; in particolare, stabilisce il medico legale, che il rimaneggiamento chirurgico e le manovre intensive depongono per un evento acuto in atto solamente da alcune ore (mediamente da 4 a 6 ore), e non risalenti ai giorni addietro. Al dottor XY viene contestata la non accurata visita esterna del cranio e il non avere disposto un accertamento strumentale, posto che non vi fosse alcun sintomo di un pregresso e ravvicinato traumatismo. All'infermiere di triage MN viene contestata la condotta omissiva del non essersi preoccupato di ricercare il paziente che si era allontanato. Dopo vari rinvii a giudizio, il dottor XY viene assolto il 16/06/2010, dall'accusa di omicidio colposo e superficialità, per non aver commesso il fatto, mentre l'infermiere MN nell'ottobre 2013 viene condannato a 4 mesi di reclusione rispondendo di reato di cui agli art. 113 e 589 (omicidio colposo) del codice penale nella qualifica di infermiere addetto al triage del PS generale di un ospedale di città.

Per concludere: il medico è stato considerato innocente, mentre l'infermiere colpevole. La condanna dell'infermiere MN, oltre al risarcimento danni, e ai 4 mesi di reclusione con la condizionale, ne ha ovviamente anche determinato la registrazione sulla fedina penale.

Il ruolo dell'infermiere di triage, come abbiamo dimostrato sino ad ora, è di estrema di responsabilità e soggetto a diversi rischi. Se n'è chiesta, anche a livello aziendale per quanto ci riguarda, una maggiore tutela, e considerazione, e riconoscimento e retribuzione, senza avere tuttora ricevuto risposte ritenute adeguate. Dopo questo evento vi sono state altre condanne nel medesimo ambito, di cui una in particolare ha riguardato due infermieri di triage condannati per omicidio colposo. Il caso in questione riguarda un PS di Milano. Alcuni aspetti forensi meritano particolare attenzione. In primo grado gli infermieri coinvolti sono stati giudicati colpevoli: l'uno per aver sbagliato codice al triage (verde anziché giallo), l'altro (subentrato al turno successivo) per la mancata rivalutazione delle condizioni del paziente<sup>17</sup>. In appello si è <sup>17</sup> [WWW.Wikipedia.it](http://WWW.Wikipedia.it); 66 avuta invece un'assoluzione per entrambi, e tra le motivazioni era stato in particolare constatato e valorizzato l'eccezionale

afflusso di persone in quello specifico giorno. Infine, secondo il giudizio della Cassazione, l'affollamento non ha invece rappresentato una scusante anche perché, in tali circostanze di iper-afflusso, doveva essere proprio lo stesso personale di PS a darne l'allarme e a chiedere di conseguenza ulteriori rinforzi e risorse proprio per evitare gli eventi avversi correlati a eventuali ritardi. La Corte di Cassazione è intervenuta quindi specificamente sul triage di PS, sul suo funzionamento e sulle responsabilità del personale infermieristico. Entrando nei dettagli del caso emerge in particolare quanto segue. Un paziente entra al PS con dolore toracico, a triage gli viene assegnato un codice di priorità verde. Il paziente non viene monitorato e non viene rivalutato nel tempo dell'attesa. Dopo circa sei ore dall'ingresso il paziente si "accascia improvvisamente" per arresto cardiaco in sala di attesa. Viene sottoposto a rianimazione cardio polmonare con successo, viene quindi immediatamente sottoposto ad angioplastica coronarica, ma decede poi per le successive complicanze. Vengono rinviati a giudizio due infermieri di triage: quello in servizio nel turno pomeridiano (paziente entrato alle 18,40) che ne ha eseguito la prima valutazione con assegnazione del codice di priorità, ed anche quello del turno notturno. Il Tribunale di Milano, come precedentemente detto, ha condannato entrambi per omicidio colposo. Per i giudici milanesi, in relazione alla sintomatologia e all'età del paziente, il codice più corretto sarebbe stato quello giallo, con conseguente accelerazione della valutazione medica e del trattamento. Dato che il paziente era arrivato, come è stato successivamente dimostrato, con un infarto in corso, iniziato 6 - 8 ore prima, una diagnosi tempestiva avrebbe permesso lo stesso intervento di angioplastica ma con risultati diversi. Di conseguenza è stato riconosciuto il nesso di causalità tra il comportamento omissivo e l'evento. L'altro comportamento contestato, sempre di carattere omissivo, era relativo alla mancata rivalutazione del paziente che per protocollo doveva essere rivalutato ogni 30-60 minuti. Per la Corte di appello di Milano, invece, gli infermieri sono stati assolti "per non avere commesso il fatto" per un duplice ordine di motivi: l'erronea assegnazione del codice, sulla base dell'analisi della documentazione disponibile, non è chiaramente dimostrata; inoltre l'omissione del monitoraggio, e di conseguenza della rivalutazione, non era esigibile in quanto dall'analisi della documentazione si riscontra che il giorno dell'evento "nel pronto soccorso si erano verificate numerose urgenze che avevano impedito di procedere alla rivalutazione delle persone presenti" con un riferimento, in particolare, per l'infermiere del turno notturno. Si sarebbe trattato quindi di un afflusso eccezionale, dunque, che non ha permesso la rivalutazione. Infine i giudici di appello non riconoscono sussistente il nesso di causa in quanto si è accertato che il processo infartuale fosse cominciato ben prima del ricovero, con la conseguenza che "il tempestivo intervento avrebbe lasciato comunque sussistere non trascurabili percentuali di non sopravvivenza". È stato poi proposto il ricorso per Cassazione contro la pronuncia assolutoria da parte della procura generale presso la Corte di appello con numerosi motivazioni. Ci concentreremo in particolare sulle affermazioni relative alla "inesigibilità della

condotta" da parte degli infermieri relative all'eccezionale afflusso. La Cassazione nota come 68 quest'afflusso abbia avuto luogo più nel periodo notturno (e quindi a ore di distanza dall'ingresso del paziente) che in quello pomeridiano. Comunque, questa sorta di esimente impropria riconosciuta dalla Corte di appello di Milano, attraverso il riconoscimento dello stato di necessità, ex art.54 c.p., viene censurata dalla suprema corte con un principio di diritto destinato a fare discutere e, soprattutto, a incidere negli assetti organizzativi: "Va rilevato, inoltre, che l'affermazione dell'esonero da responsabilità per omessa attuazione di una condotta doverosa ai fini della salvaguardia della vita umana avrebbe richiesto una compiuta analisi riguardo alla presenza di medici e infermieri in rapporto all'affluenza delle presenze in pronto soccorso, considerando non solo il personale ivi addetto, ma anche le disponibilità delle forze presenti nell'intero ospedale. Ed invero deve ritenersi che spetti al personale di pronto soccorso allertare il personale dei reparti ove si verificano situazioni di emergenza tali da determinare la compromissione grave della salute dei cittadini bisognosi di cure di primo intervento, circostanza che in base alla compiuta valutazione delle risultanze probatorie non risulta emergere nella specie". Anche a fronte, quindi, dell'eccezionale afflusso in un PS non può invocarsi alcuna esclusione di responsabilità in relazione al rapporto personale/prestazioni se non dopo una "compiuta analisi" non (solo) del personale presente e disponibile nel PS ma di tutto il personale presente nell'intero ospedale. Dopo quest'analisi la Cassazione ci dice che spetta "al personale di pronto soccorso allertare il personale dei reparti ove si verificano situazioni di emergenza tali da determinare la compromissione grave della salute dei cittadini bisognosi di cure di primo intervento". Si tratta di uno sconvolgimento anche delle questioni organizzative interne e che attribuisce "al personale" del PS - si noti l'assenza di riferimento a qualsivoglia tipo di figura dirigenziale medica e delle professioni sanitarie - l'allertamento (di fatto lo spostamento) del personale dai reparti di PS. La Cassazione 69 capovolge la decisione della corte di appello non riconoscendo l'esimente dell'eccezionale afflusso, quanto meno nel caso di specie dopo l'insufficiente analisi limitata al personale del PS, ma allarga i confini della "posizione di garanzia" in capo agli infermieri di provvedere alla salvaguardia della salute del paziente laddove questi non sia in grado di farvi fronte. Più esattamente siamo nella c.d. "posizione di protezione" attribuita ai professionisti sanitari. Posizione di garanzia, dunque, che estende al personale sanitario poteri organizzativi. Curioso, inoltre, il richiamo all'art. 54 (stato di necessità) del codice penale - operato dai giudici milanesi di appello - per giustificare il comportamento omissivo (in particolare del primo infermiere), il quale non avrebbe rivalutato il paziente evidentemente, secondo il tenore della norma, per "salvare altri dal pericolo attuale di un danno grave". Invocare la mancata rivalutazione di un paziente entrato con un dolore toracico a favore di altri pazienti che possono avere indici di gravità inferiori al dolore toracico stesso significa avere sbagliato priorità nell'attività, e agire per priorità è alla base proprio dell'attività di triage. Senza entrare nel merito di una purissima disquisizione giuridica tra

stato di necessità "giustificante" e "scusante", il richiamo ultroneo allo stato di necessità avrebbe reso lecito il comportamento doveroso della prontezza di accettazione e di prima valutazione del paziente, essendo del tutto verosimile, in casi consimili (l'eccezionale afflusso), alla loro dilazionabilità per la prioritaria tutela dei pazienti già in carico. Questione di priorità dunque. I due comportamenti contestati (errore nell'attribuzione del codice e mancata rivalutazione) sono, ovviamente, tra di loro collegati. La rivalutazione di un codice, inteso come correttamente giallo, avrebbe comportato maggiore attenzione al paziente; la posizione del secondo infermiere che ha ereditato la sala di triage e le conseguenti posizioni di garanzia e protezione si è palesemente alleggerita proprio dalla precedente attribuzione del codice inferiore e 70 dalla mancata comunicazione del sintomo prevalente (il dolore toracico) da parte del collega del pomeriggio. La dichiarata differenza che esiste tra l'attività sanitaria di triage e un'attività amministrativa di accettazione è largamente nota. La raccomandazione ministeriale (n. 15, febbraio 2014) denominata non a caso "Morte o danno conseguente a corretta attribuzione del codice di triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso" aveva ben individuato le criticità di tipo "assistenziale" e sono ben evidenziati proprio i comportamenti contestati: "L'inadeguata valutazione del paziente" e la mancata osservazione e rivalutazione del paziente". E' evidente che un reale, documentato ed evidentemente eccezionale afflusso al PS, non risolvibile con le ordinarie misure organizzative o con quelle indicate dalla Cassazione possa comunque comportare una esimente verso il personale presente secondo il noto brocardo "Ad impossibilia nemo tenetur". Dopo alcune valutazioni sul mancato riconoscimento del nesso di causa da parte dei giudici di appello la Cassazione ha annullato la sentenza di assoluzione e ha rinviato gli atti sempre alla corte di appello per la rivalutazione dei comportamenti posti in essere, con particolare riferimento alla mancata rivalutazione e al nesso di causa stesso limitatamente al comportamento dell'infermiere del turno pomeridiano. La vicenda giudiziaria, dunque, non si è conclusa ma il principio di diritto sopra riportato sull'insufficienza del personale del PS per fare fronte a "eccezionali afflussi" e i comportamenti conseguenti da adottare è già un principio di giurisprudenza.

In conclusione c'è da dire che la figura dell'infermiere triagista va sempre aggiornata, capisco che stare in prima linea spaventa, ma fa parte del nostro lavoro.

So benissimo che è difficile e stanchevole, capisco ogni dubbio e perplessità.

Conosco perfettamente queste paure, ma credo che per eliminarle bisogna aggiornarsi sempre.

Vanno bene anche incontri come questi, qui si parla si discute..

E poi c'è l'esperto che va sfruttato...

Grazie per l'attenzione