

L'infermiere di *triage* nella gestione precoce del dolore acuto in Pronto Soccorso

Patrizia Palermo, Anna Fagiani, Giorgio Bottino, Linda Crocco, Angela Luparia

DEA ASO "Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo", Alessandria

SINTESI

Lo scopo di questo studio è quello di definire il ruolo dell'infermiere nella valutazione e nel trattamento precoce del dolore acuto già in sede di triage. L'ipotesi è che il trattamento del dolore acuto in Pronto Soccorso da parte dell'infermiere di triage, in alcuni casi ben selezionati, migliori la qualità dell'assistenza offerta. La popolazione oggetto dello studio è rappresentata da tutti gli utenti che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso dal 13 giugno 2005 al 13 luglio 2005, presentando un dolore di tipo acuto. Il campione isolato era rappresentato dagli utenti il cui dolore era riconducibile alle seguenti condizioni cliniche: algie muscolo-scheletriche, contusioni e distorsioni, fratture, cefalea, otalgia, odontalgia, colica renale o biliare.

L'indagine è stata eseguita con l'utilizzo di una griglia compilata dall'infermiere di triage; per rilevare l'intensità del dolore è stata utilizzata la scala VAS (Visual Analog Scale), mentre per la sommi-

nistrazione del farmaco è stato seguito un protocollo appositamente studiato. Nel periodo preso in considerazione il numero complessivo di utenti (popolazione) che si è rivolto al Pronto Soccorso è stato di 2443; di questi, 439 utenti (campione) (19%) accusavano un dolore acuto riconducibile alle condizioni cliniche sopra indicate.

Da questo studio è emerso che il ruolo dell'infermiere di triage nella gestione del dolore è sicuramente importante nella fase di valutazione. Rimane da definire il ruolo dell'infermiere nella somministrazione del farmaco, in considerazione del fatto che questa ricerca ha evidenziato come anche in presenza di livelli VAS medio-alti o alti l'accettazione del trattamento farmacologico al triage sia stata piuttosto limitata. Su quest'aspetto sarà interessante condurre un ulteriore approfondimento per capire quanto gli elementi culturali e individuali siano responsabili di quest'atteggiamento.

Il dolore somatico di varia origine è sicuramente uno dei sintomi di presentazione o di accompagnamento di altre patologie che i pazienti più frequentemente riferiscono al triage del Pronto Soccorso^{1,2}. Nonostante questo è esperienza comune, suffragata da numerosi lavori presenti in letteratura, di come questo sintomo sia trattato in maniera inadeguata³⁻⁵.

Mentre secondo Eder *et al.*⁵ il dolore dovrebbe essere considerato un segno vitale come la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la temperatura corporea, la pressione arteriosa e la saturazione arteriosa dell'ossigeno, in realtà nel 70% dei casi tale sintomo non è né quantificato, né tanto meno trattato, nonostante

il 18% dei pazienti si attenda una completa risoluzione del problema. Oltre a questo emerge anche che il livello di soddisfazione dell'utente è direttamente correlato non solo al trattamento del dolore e alla sua completa regressione, ma anche alla capacità degli operatori sanitari di gestire il sintomo⁶. Lo stesso lavoro di ricerca evidenzia come gli utenti debbano aspettare a lungo, circa settanta minuti, prima di ricevere l'analgesia, mentre gli stessi si aspetterebbero un tempo di attesa di circa venti minuti⁶.

Esistono molte ragioni per cui il dolore viene gestito in maniera inadeguata, di queste alcune sono da riferirsi a false credenze quali la paura degli effetti col-

lateralmente degli oppiacei oppure la convinzione, priva di fondamento scientifico, che la terapia antalgica ostacoli il processo diagnostico⁷. Inoltre, poiché questo sintomo si presenta in molte situazioni che hanno un diverso livello di gravità, in quelle più severe, come ad esempio nel trauma, il dolore difficilmente costituisce il primo obiettivo terapeutico del medico. Nonostante questo, negli ultimi anni sono stati fatti progressi nella sua gestione e nei programmi di accreditamento s'insiste molto sulla necessità che nei Dipartimenti di Emergenza si ponga attenzione al trattamento precoce di questo sintomo⁸.

A tal fine un ruolo importante lo può rivestire l'infermiere.

Poiché nei Paesi anglosassoni il dolore somatico viene considerato il sesto parametro vitale, da rilevarsi già durante il primo approccio del paziente al *triage*, questo comporta che il paziente abbia fin dall'inizio un'attenta valutazione del proprio dolore da parte dell'infermiere, il quale, se stabilito dal protocollo interno, può iniziare il trattamento farmacologico⁹⁻¹¹.

Durante il *triage* il problema principale è la valutazione della severità del dolore, valutazione non facile perché spesso c'è disaccordo tra quanto riferisce il paziente e il giudizio che ne dà il medico o l'infermiere¹². Poiché non esiste un metodo oggettivo che misuri il complesso processo interiore della percezione del dolore, bisogna accettare come *gold standard* quello che il paziente dice e riporta¹³. Tuttavia esistono alcune modalità che vengono utilizzate per valutarne l'intensità. Tra queste la più diffusa è la *Visual Analog Scale (VAS)*¹⁴⁻¹⁷. Questo metodo utilizza un cursore che si muove tra il valore minimo di 0 (nessun dolore) e il valore massimo di 10 o 100 (il peggior dolore possibile). Il paziente muovendo il cursore può quantificare il proprio dolore di modo che il medico e l'infermiere possano prendere le opportune decisioni.

Oltre a questa esistono altre due scale: la *Numerical Rating Scale (NRS)* e la *Vocal Pain Score (VPS)*. Con la prima il paziente viene invitato a indicare l'intensità del proprio dolore utilizzando un numero che lo rappresenta; con la seconda s'invita il paziente a definirlo verbalmente entro un intervallo numerico che va da 0 a 10.

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia delle scale di valutazione numeriche quali la VAS o la NRS, nonostante ciò la misurazione del valore corrispondente all'intensità del sintomo doloroso viene effettuata solo nel 23% dei casi, anche se questo è documentato nella Cartella clinica nel 93% dei casi¹⁸.

Fosnocht e Swanson evidenziano come l'introduzione routinaria della VAS porti a una riduzione dei tempi di attesa di circa un'ora e mezza o comunque una riduzione di 39 minuti per ricevere un trattamento antalgico¹⁹.

L'utilizzo di queste scale e in particolare della VAS permette, oltre alla valutazione iniziale, di capire anche quale sia stata l'efficacia della terapia somministrata a un secondo controllo.

Obiettivo del lavoro

Dalla revisione della letteratura e dall'esperienza quotidiana emerge la necessità di valutare e quantificare tramite apposita scala il sintomo dolore già al *triage* e di iniziare precocemente il suo trattamento rivalutando successivamente l'efficacia.

Lo scopo di questo studio è quello di definire il ruolo dell'infermiere nella gestione precoce del dolore acuto già in sede di *triage*. L'ipotesi è che il suo trattamento in Pronto Soccorso da parte dell'infermiere di *triage* possa migliorare la qualità dell'assistenza offerta.

Metodi

Disegno, setting dello studio e popolazione

La popolazione oggetto dello studio è rappresentata da tutti gli utenti che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso del DEA dell'ASO "Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria dal 13 giugno 2005 al 13 luglio 2005, con un dolore di tipo acuto, riconducibile alle seguenti modalità di presentazione: algie muscolo-scheletriche, contusioni e distorsioni, fratture, cefalea, odontalgia, colica renale o biliare. Per motivi organizzativi non sono stati intervistati i pazienti che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso dalle ore 21.00 alle ore 7.00 e nei giorni festivi.

Nel periodo preso in considerazione il numero complessivo di utenti (popolazione) che si è rivolto al Pronto Soccorso è stato di 2443; di questi, 439 utenti (campione) accusavano un dolore acuto riconducibile alle condizioni cliniche sopra indicate.

Procedure

È stato stilato un protocollo da parte del Direttore medico di Dipartimento che esplicitava le condizioni da trattare e il tipo di farmaco da utilizzare dopo aver interpellato il medico d'urgenza in quel momento in servizio.

L'indagine è stata eseguita dall'infermiere di *triage* con l'utilizzo di una griglia comprendente anche parte del protocollo (Figura 1). Le osservazioni raccolte con questo strumento rispettano i seguenti intervalli:

- *tempo 0 (zero)*: valutazione del paziente da parte dell'infermiere di *triage*, misurazione del dolore con l'uso della VAS, somministrazione della terapia antalgica secondo il protocollo;
- *tempo 1 (uno)*: rivalutazione del dolore dopo un'ora dalla somministrazione della terapia antalgica.

NOME	ETÀ	TERAPIA CON ANTICOAGULANTI	SÌ NO
COGNOME	ALLERGIE DA FARMACI	ACCETTA TERAPIA ANTALGICA	SÌ NO
NUMERO CARTELLA			
PRESENTAZIONE CLINICHE		INSORGENZA DEL DOLORE	QUANTIFICAZIONE DEL DOLORE MEDIANTE VAS
<input type="checkbox"/> Algie muscolo-scheletrico <input type="checkbox"/> Fratture <input type="checkbox"/> Contusioni e distorsioni <input type="checkbox"/> Odontalgie <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Colica renale o biliare		<input type="checkbox"/> 1/2 h <input type="checkbox"/> 3/6 h <input type="checkbox"/> 6/12 h <input type="checkbox"/> 12/18 h <input type="checkbox"/> 18/24 h	<input type="checkbox"/> < 20 Lieve <input type="checkbox"/> 20-50 Medio <input type="checkbox"/> 50-70 Medio-grave <input type="checkbox"/> > 70 Grave
PREMEDICAZIONE		VAS <20 o 20-50 Dolore lieve-medio	
<input type="checkbox"/> Sì con _____ <input type="checkbox"/> Quanto tempo fa ____ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Paracetamolo 1 g os <input type="checkbox"/> Seconda somministrazione <input type="checkbox"/> Codeina 30 mg + Paracetamolo 500 mg <input type="checkbox"/> Piroxicam 20 mg os	
VAS 50-70 Dolore medio-grave		VAS > 70 Dolore grave	
Piroxicam 20 mg os Ketorolac 30 mg ev Tramadolo 100 mg ev Morfina 3-5 mg ev (medico)		<input type="checkbox"/> Ketorolac 30 mg ev <input type="checkbox"/> Morfina solfato 3/5 mg ev (medico) <input type="checkbox"/> Fentanyl 50-100 µg ev (medico) Morfina s. 3-5 mg + Ketorolac 30 mg (medico)	
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA dopo 1 ora (VAS)			
<input type="checkbox"/> Intensità ridotta da _____ a _____ <input type="checkbox"/> Intensità invariata da _____ a _____ <input type="checkbox"/> Intensità aumentata da _____ a _____			

Fig. 1 - Griglia utilizzata per la raccolta delle informazioni.

La procedura descritta è stata preceduta dalla richiesta a ciascun paziente del consenso informato. Il protocollo per la gestione del dolore rappresenta la *variabile indipendente* dello studio, mentre le *variabili dipendenti* sono costituite da: punteggio VAS attribuito al proprio dolore dal paziente, la causa dello stesso e le sue caratteristiche, l'età, l'anamnesi di allergie, l'assunzione di terapia anticoagulante, l'accettazione o meno della terapia antalgica e l'eventuale premedicazione assunta.

Criterio di inclusione

Nello studio sono state incluse tutte le persone giunte in Pronto Soccorso per un dolore acuto riconducibile alle presentazioni cliniche esplicitate nel protocollo di trattamento.

Criterio di esclusione

Dallo studio sono state escluse tutte le persone con accesso per dolore di tipo cronico, per dolore toracico non traumatico, per dolore addominale diffuso e

comunque per i tipi di dolore non riconducibili alle condizioni previste dal protocollo.

Risultati

I pazienti che sono arrivati in Pronto Soccorso denunciando una sintomatologia dolorosa acuta nel periodo di osservazione sono stati 439, di cui 245 maschi, con un'età media di 40 anni (DS \pm 16) e 194 femmine con un'età media di 49 anni (DS \pm 19). Questo campione costituisce il 19% dell'intera popolazione che nel medesimo periodo ha avuto accesso a questa struttura, negli intervalli di tempo considerati.

Per quel che riguarda la distribuzione del campione in base alla condizione clinica di presentazione, si osserva che nel 43% dei casi (190 pazienti) si trattava di algie muscolo-scheletriche; nel 41% (180 pazienti) di contusioni; nel 5% (21 pazienti) di coliche renali o biliari; nel 5% (20 pazienti) di odontalgie; nel 3% (15 pazienti) di cefalea e nel 3% (13 pazienti) di fratture (Figura 2). Tutti i 439 pazienti sono stati intervistati secondo le modalità previste dalla griglia e invitati a dare un punteggio al loro dolore utilizzando la scala VAS. La distribuzione dei valori ottenuti è stata la seguente: dolore lieve (VAS < 20) nel 18,2% dei casi (80 utenti); dolore di media entità (VAS 20-50) nel 35,3% (115 pazienti); dolore medio-grave (VAS 50-70) nel 25,5% (112 utenti); dolore grave (VAS > 70) nel 21% dei casi (94 pazienti) (Figura 3). Di tutti questi pazienti il 22% aveva già assunto terapia antalgica a domicilio. A tutti è stato chiesto se desideravano essere trattati per il dolore: di questi, 76 (17%) hanno ri-

chiesto la terapia che è stata efficace nel 79% dei casi. Il farmaco utilizzato è stato il paracetamolo in 32 casi, paracetamolo + codeina in 2 casi, in 41 un FANS e in un caso morfina solfato.

La valutazione, in base alla scala VAS, della distribuzione dei pazienti che hanno richiesto terapia rileva che per una VAS > 70 chiede l'intervento antalgico il 26% di questi, per una VAS tra 50 e 70 il 21%, tra 20 e 50 il 33%, nessuno con una VAS < 20. Se si verifica quali condizioni cliniche di presentazione hanno richiesto più spesso il trattamento, si osserva che nel gruppo cefalee con il picco VAS tra 50-70 e > 70 la terapia è stata richiesta nel 27% dei casi; nel gruppo con algie muscolo-scheletriche con un picco VAS nell'intervallo 20-50 la medicazione è stata chiesta nel 16% dei casi; nel gruppo con odontalgie, con una VAS che si distribuisce uniformemente negli intervalli 20-50, 50-70 e > 70, l'antalgico è stato somministrato nel 55% dei casi e nel 15% dei casi nel gruppo con fratture dove il picco VAS è collocato nell'intervallo 20-50. Nel gruppo coliche renali e biliari con un picco VAS nell'intervallo 50-70 il trattamento viene chiesto nel 10% dei casi, mentre nel gruppo contusioni con il punteggio di VAS prevalente tra 20 e 50 la medicazione è richiesta nel 16% dei casi.

Discussione

La percentuale di pazienti con dolore, giunta al Pronto Soccorso nel periodo di osservazione sul totale degli accessi, è inferiore a quanto descritto in letteratura¹⁸, anche tenendo conto del fatto che non sono stati presi

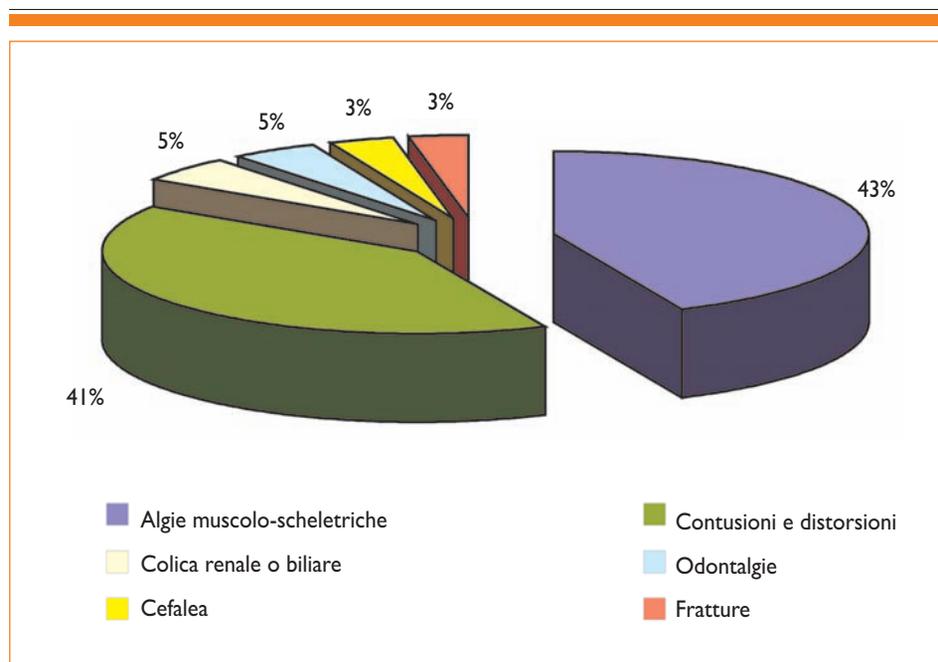


Fig. 2 - Distribuzione dei quadri clinici di presentazione nel campione di 439 pazienti.

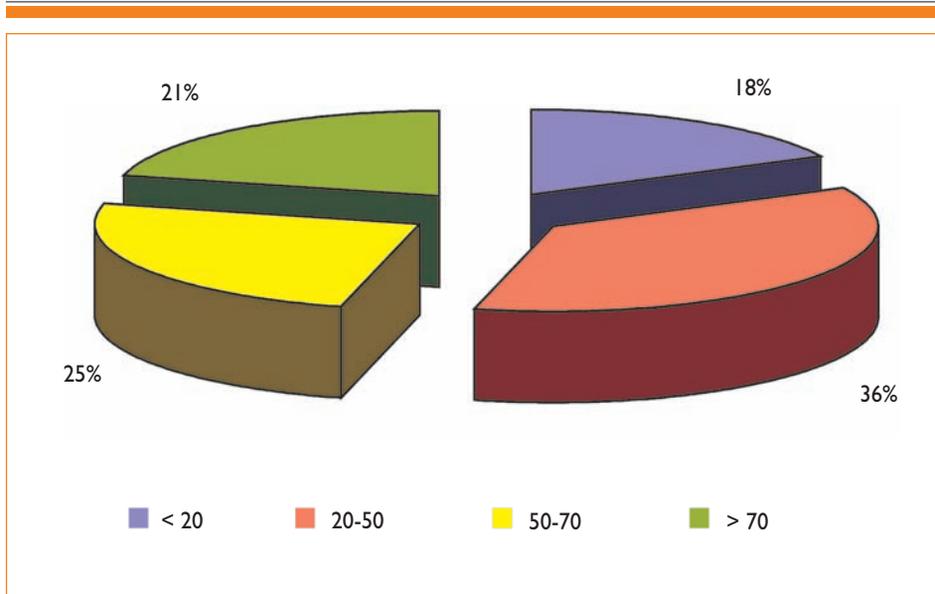


Fig. 3 - Distribuzione dei valori VAS tra i 439 pazienti con dolore.

in esame tutti i pazienti con qualsiasi tipo di dolore ma solo quelle condizioni previste dal protocollo. Tra tutte queste, quelle prevalenti sono state le algie muscolo-scheletriche e le contusioni, che in effetti sono quelle più frequenti anche nella pratica quotidiana. Il punteggio VAS assegnato dagli stessi pazienti si distribuisce abbastanza uniformemente tra i quattro livelli di intensità, anche se con una prevalenza maggiore all'interno della fascia 20-50. Quello che sorprende è la percentuale limitata (17%) di pazienti che chiedono il trattamento farmacologico rispetto a quello che la letteratura anglosassone asserisce dovrebbe essere richiesto o atteso dal paziente. Non è facile dare una spiegazione a questo rilievo, nel quale probabilmente si mescolano componenti di tipo culturale e soggettivo. È possibile che il paziente non ancora visto dal medico abbia difficoltà ad accettare la proposta terapeutica che gli viene offerta da una figura professionale come l'infermiere, che nell'immaginario collettivo viene vista ancora dipendente dalle disposizioni del medico e limitata nella propria autonomia, pur agendo all'interno di un percorso strettamente definito dal protocollo. È possibile inoltre che il paziente ritenga prioritaria la visita medica rispetto al trattamento di un sintomo la cui riduzione o scomparsa potrebbe, a parer suo, ritardare l'accesso o rendere più difficile la diagnosi, nel senso che non si presenterebbe più al medico con il sintomo che lo ha condotto al Pronto Soccorso e questo potrebbe comportare una minor attenzione da parte dello stesso. Non è da escludere del tutto il diverso atteggiamento che hanno nei confronti del dolore le popolazioni di origine latina da quelle anglosassoni, dove l'abitudine a richiedere e a dare un qualche tipo di sedazione è più diffusa.

Un altro aspetto da sottolineare è la ridotta percentuale di pazienti (26%) che hanno richiesto il trattamento nella fascia VAS > 70 rispetto a quella dei pazienti (33%) inseriti nella fascia 20-50. È possibile che una parte dei pazienti che hanno dichiarato un punteggio > 70 abbia utilizzato un punteggio VAS alto per anticipare la loro visita, per cui non esisteva, di fatto, la necessità di assumere il farmaco oppure, proprio perché il sintomo era importante, ritenevano che la patologia fosse tale da dover essere prioritariamente presa in considerazione dal medico.

Conclusioni

Il ruolo dell'infermiere di *triage* nella gestione del dolore è sicuramente importante nella fase di valutazione con l'utilizzo della *Visual Analog Scale* (VAS) o anche della più pratica *Numerical Rating Scale* (NRS). Questo comporta da parte dell'infermiere una presa in carico del paziente più attenta a tutte le componenti riferite ai parametri clinici più importanti. Rimane da definire il ruolo dell'infermiere nella somministrazione del farmaco sulla base di un protocollo disposto dal responsabile della struttura, in considerazione del fatto che la nostra ricerca ha evidenziato come anche in presenza di livelli VAS medio-alti o alti l'accettazione del trattamento farmacologico al *triage* sia stata piuttosto limitata. Su quest'aspetto sarà interessante condurre un ulteriore approfondimento per capire quanto gli elementi culturali o quelli individuali siano responsabili di quest'atteggiamento.

Ringraziamenti:

Un particolare ringraziamento per la collaborazione all'équipe medica e infermieristica del Pronto Soccorso.

Bibliografia

1. Paris PM, Stewart RD (eds.). *Pain management in emergency medicine*. Appelton and Lange, Norwalk CT, 1988.
2. Walsh M. Pain and anxiety in A&E attenders. *Nursing Standard* 1993; 7: 40-42.
3. Lewis LM, Lasater LC, Brooks CB. Are emergency physicians too stingy with analgesics? *South Med* 1994; 877: 7-9.
4. Singer AJ, Richman PB, Kowalska A, Thode HC Jr. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. *Ann Emerg Med* 1999; 33: 652-658.
5. Eder CS, Sloan PE *et al.* Documentation of ED patient pain by nurses and physicians *Am J Emerg Med* 2003; 21: 253-257.
6. Fosnocht DE, Heaps ND *et al.* Patient expectations for pain relief in the ED. *Am J Emerg Med* 2004; 22: 286-288.
7. Beel T, Mitchiner JC *et al.* Patient preferences regarding pain medication in ED. *Am J Emerg Med* 2001; 18: 376-380.
8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Update 3, 1999.
9. Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N, Nixon R. Accuracy of emergency nurses in assessment of patient's pain. *Pain Manag Nurs* 2003; 4: 171-175.
10. Nelson BP, Cohen D, Lander O *et al.* Mandated pain scales improve frequency of ED analgesic administration. *Am J Emerg Med* 2004; 22: 582-585.
11. Campbell P, Dennie M, Dougherty K *et al.* Implementation of an ED protocol for pain management at triage at a busy Level I trauma center. *J Emerg Nursing* 2004; 30: 431-438.
12. Guru V, Dubinsky I. The patient vs. caregiver perception of acute pain in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2000; 18: 7-12.
13. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974; 2: 1127-31.
14. Todd KH, Funk KG, Funk JP *et al.* Clinical significance of reported changes in pain severity. *Ann Emerg Med* 1996; 4: 485-489.
15. Kelly AM. Does the clinically significant difference in visual analog scale pain score vary with gender, age, or cause of pain? *Acad Emerg Med* 1998; 11: 1086-90.
16. Gallagher EJ, Libman M, Bijur PE. Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. *Ann Emerg Med* 2001; 38: 633-638.
17. Milojevic KG, Cantineau JP *et al.* Can severe acute pain escape visual analog scale screening in the ED? *Am J Emerg Med* 2004; 22: 238-241.
18. Berthier F, Potl G, Leconte P *et al.* Comparative study of methods of measuring acute pain intensity in an ED. *Am J Emerg Med* 1998; 16: 132-136.
19. Fosnocht DE, Swanson ER, Bossart P. Patient expectations for pain medication delivery. *Am J Emerg Med* 2001; 19: 399-402.

ABSTRACT

The purpose of this study is to define the nurse's role in the evaluation and early treatment of acute pain during triage. The assumption is that the treatment of acute pain in A&E by the triage nurse, in certain well selected cases, improves the level of care provided. The study's subject population is represented by all the users accessing A&E between 13th June 2005 and 13th July 2005, and presenting acute pain. The isolated sample is represented by users whose pain can be attributed to the following clinical conditions: musculoskeletal pain, contusions and sprains, fractures, headaches, earache, toothache and renal or biliary colic. The investigation was performed with the use of a grid by the triage nurse and the VAS (Visual Analogue Scale) to measure the intensity of the pain, whereas a dedicated protocol was fol-

lowed for drug administration. In the period considered, the overall number of users (population) reporting to A&E was 2443. Of these 439 users (sample) (19%) complained of acute pain attributable to the above clinical conditions.

The role of the triage nurse in pain management is undoubtedly important in the phase of evaluation using dedicated scales. The nurse's role in drug administration remains to be defined, given that this research demonstrated how even in the presence of medium-high or high VAS levels, the acceptance of pharmacological treatment at triage is somewhat limited. This aspect will provide an interesting basis for future research aimed at understanding to what extent cultural or individual elements are responsible for this attitude.

EMERGENCY MEDICINE

La Medicina d'Urgenza: dall'extra all'intraoemia. Percorsi assistenziali nella sincope e Risk management
Vibo Valentia, Auditorium Scuola Allievi di Polizia 8-9 Giugno 2007

Segreteria organizzativa: ASSOCIAZIONE CULTURALE "SANITARIA E SERVIZI".
 Tel. 0963/93357- 329/1094395 - e-mail: simeucalabria@virgilio.it

Segreteria Scientifica: DEUA- Dipartimento di Emergenza Urgenza Accettazione Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso A.S. N.8, SIMEU, Consiglio Direttivo Calabria

Evento in fase di accreditamento

Venerdì

La responsabilità professionale

La tutela del malato fra etica e risorse

Rapporto interdisciplinare e responsabilità in Medicina d'Urgenza

Il consenso e lo stato di necessità nell'atto medico

Come la buona pratica clinica difende il clinico ed il paziente

Percorsi assistenziali e linee guida

Il ruolo delle Società Scientifiche negli atti di indirizzo

Focus-on

Le avversità cliniche ed il cittadino: ruolo dei mezzi di comunicazione

Sabato

LA SINCOPE: pianificazione, organizzazione e gestione tra Territorio ed Ospedale

La classificazione fisiopatologica delle perdite di coscienza

Il percorso clinico-diagnostico della sincope

La sincope e l'osservazione breve intensiva

Disautonomia e monitoraggio cardiovascolare

Ottimizzazione della cura del diabete e riduzione del rischio di perdita di coscienza

Le Complicanze delle perdite di coscienza

Epilessia e sincope

Sincope e morte improvvisa

Cadute traumatiche accidentali o sincopali?