

Triage e modelli operativi

Franco Tosato

Direttore U.O. Accettazione e Pronto Soccorso. Azienda Ospedaliera di Padova.

Il triage è uno strumento di valutazione infermieristica finalizzato ad identificare, fra i pazienti che si rivolgono al sistema di emergenza sanitaria (Pronto Soccorso e 118), quelli affetti da patologie configuranti situazioni di urgenza (rischio a breve termine di morte od invalidità maggiore) che richiedano un rapido trattamento diagnostico e terapeutico.

Sotto questo aspetto i pazienti vengono distinti con diversi codici colore: Bianco – Verde – Giallo – Rosso. Che identificano, senza ulteriori specificazioni, situazioni sanitarie caratterizzate da livelli di urgenza progressivamente più elevati.

Sulla base del Codice Colore e del Problema Principale viene prestabilita la risposta operativa che è rappresentata per il:

- 118 da: livello del soccorso (ALS – BLS), modalità di guida, istruzioni prearrivo.
- Pronto Soccorso da: tempi e modalità d'attesa, area di destinazione, gestione infermieristica pre-accesso.

Le problematiche aperte sullo sviluppo e perfezionamento di questo complesso sistema sono le seguenti:

- Omogeneizzazione nei diversi servizi di Pronto Soccorso dei “contenuti sanitari” dei diversi codici colore
- Definizione della metodologia operativa più adeguata ad una valutazione del paziente rapida ed efficace nelle diverse situazioni contingenti
- Definizione di uno strumento funzionale di valutazione delle reali “performances” dei vari metodi in uso

Curiosamente, una scarsa comprensione, anche da parte degli esperti, dei “fondamentali” esposti sopra ha creato, a mio avviso un'enorme confusione impedendo un approccio razionale ai problemi reali e generando numerosi falsi problemi che ostacolano gravemente l'evoluzione ed il perfezionamento del sistema

Ritengo pertanto che sia necessario fare chiarezza specificamente su tutti i punti menzionati.

Omogeneizzazione dei contenuti dei codici colore

Le generiche indicazioni del Ministero di utilizzare i codici bianco, giallo, verde e rosso per identificare

livelli progressivi di urgenza sono stati diversamente interpretati nelle diverse realtà, portando ad un utilizzo conseguentemente diverso dei codici colore stessi. A Padova e nei servizi di Pronto Soccorso che ne seguono la scuola, ad esempio:

- il Codice Rosso identifica i pazienti con un'alterazione acuta delle funzioni vitali (ABC)
- il Codice Giallo i pazienti con funzioni vitali normali, ma pattern sintomatologici predittivi di rischio imminente di morte od invalidità maggiore
- il Codice Verde viene utilizzato nelle situazioni esenti da rischio, ma gravate da un elevato stato di sofferenza
- il Codice Bianco per le situazioni senza priorità di rischio né di sofferenza, a prescindere dall'appropriatezza dell'accesso

I vantaggi di questo sistema sono rappresentati sua riproducibilità e controllabilità a posteriori soprattutto in riferimento ai Codici Rossi e Gialli in quanto lo stato delle funzioni vitali è un dato oggettivo, misurabile ed i pattern sintomatologici predittivi di rischio sono ampiamente codificati a livello internazionale.

Il maggior difetto è costituito dal fatto che vengono classificate come Codici Gialli alcune situazioni (Dolore Toracico tipico) sicuramente a maggior rischio di alcuni Codici Rossi (lieve deterioramento del sensorio) e che nell'ambito dei Codici Rossi ed, ancor di più, dei Codici Gialli sono raggruppate situazioni sanitarie caratterizzate da livelli di rischio significativamente differenti.

Questo difetto in realtà è più concettuale che pratico, dal momento che la gestione dei codici gialli prevede, dopo il triage d'accesso, l'avvio immediato alla gestione infermieristica post triage finalizzata ad un'ulteriore stratificazione del rischio sul quale viene modulata la risposta operativa, diversa per i Gialli ad alto rischio e Gialli a basso rischio, sotto-classificati come Giallo 1 e Giallo 2.

In molti altri servizi di Pronto Soccorso per altro, una maggior sensibilità alla corrispondenza fra codice colore ed urgenza reale ha portato a classificare:

- con Codice Rosso anche alcuni sintomi a rischio
- con Codice Giallo anche le alterazioni “minori” delle funzioni vitali

- con Codice Verde i pattern sintomatologici predittivi di rischio basso venendosi così a creare una sottoclassificazione dei Codici Verdi in Verdi per rischio e Verdi per sofferenza

Entrambe queste diverse scelte prevedono in pratica un aumento del numero dei codici colore (con coincidenza tra il “Giallo 2” del primo modello con il “Verde per rischio” del secondo). Entrambe hanno una loro fondatezza oggettiva e questo punto sicuramente meriterebbe un ampio dibattito finalizzato ad un accordo definitivo a livello nazionale.

In riferimento all’omogeneità di contenuto dei Codici Colore un grave errore sostanziale è rappresentato invece, a mio parere, dall’uso, nell’attribuzione dei codici, di varianti non sanitarie, ma piuttosto di tipo logistico od amministrativo. E’ da questo equivoco molto diffuso che nascono le abitudini, a mio avviso sbagliate, di:

- utilizzare Codici Colore a rischio (Rosso e Giallo) per “evocare” risposte operative rapide in situazioni sanitarie non strettamente urgenti (pazienti pediatrici sofferenti in un Pronto Soccorso Generale – Pazienti aggressivi ecc.).
- classificare con il Codice Verde tutti i pazienti appropriati non a rischio, riservando il Codice Bianco per gli accessi ritenuti inappropriati. Questa “brutta abitudine” si è molto diffusa dopo l’introduzione del Ticket ed ha portato, anche col supporto di decreti e regolamenti nazionali e locali ambigui o fuorvianti, ad utilizzare i termini “Codice Bianco” ed “Accesso Inappropriato” come sinonimi.

Questo errore concettuale è gravido di conseguenze negative sia dal punto di vista operativo che del confronto fra i diversi servizi di Pronto Soccorso; va sottolineato infatti che:

- l’attribuzione di un codice a rischio non evoca solo un ingresso rapido, ma anche una gestione nelle aree dedicate ed attrezzate per trattamento dei pazienti critici la cui appropriatezza d’uso è essenziale per il buon funzionamento del Pronto Soccorso.
- l’attribuzione del Codice Verde indistintamente a tutti gli accessi appropriati allunga significativamente ed inaccettabilmente i tempi di attesa dei pazienti gravemente sofferenti.
- l’uso sistematico infine di varianti amministrative ed organizzative nell’attribuzione dei codici colore ostacola gravemente la possibilità di dedurre dai dati di triage informazioni utili relativamente alla reale epidemiologia e carichi di lavoro dei diversi servizi.

Su questo punto va sottolineato che il codice colo-

re non rappresenta l’unica variante utilizzabile nella predeterminazione della risposta operativa; più opportuna e razionale, nel modulare quest’ultima, appare l’introduzione di varianti specifiche delle diverse situazioni:

- paziente sporco e maleodorante: Codice Bianco – accesso immediato nell’area di decontaminazione
- neonato senza problemi a rischio: Codice Bianco – accesso rapido alla gestione infermieristica per avvio ai percorsi brevi concordati
- distorsione di caviglia: Codice Bianco – accesso appropriato – annullamento del Ticket

Senza modificare il codice colore stesso

Sempre in tema di omogeneizzazione dei contenuti dei diversi codici colore, poche parole infine per un falso problema, troppo spesso per altro denunciato anche da addetti ai lavori, nelle diverse sedi di dibattito sul triage:

“I sistemi di triage in uso non funzionano perché ci sono molti codici Bianchi che vengono ricoverati e talora addirittura muoiono nel corso del ricovero”.

Su questo punto va chiarito, una volta per tutte, che il triage seleziona i pazienti in base all’urgenza e non alla gravità della situazione sanitaria.

Esistono malati estremamente gravi i cui problemi sanitari per altro non richiedono un trattamento rapido. L’attribuzione a questi ultimi di un Codice Bianco non ne sottovaluta la gravità, né tantomeno li identifica come accessi inappropriati, ma semplicemente riconosce che nessuna terapia medica o chirurgica immediata può purtroppo alleviarne le sofferenze o modificarne il decorso a breve termine.

Metodologia Operativa

Numerose e diverse sono le metodologie operative utilizzate nei diversi servizi di Pronto Soccorso.

Alcuni servizi hanno adottato infatti modelli (mutuati dai sistemi di Dispatch in uso presso le centrali operative nordamericane) nei quali il codice colore d’accesso viene attribuito sulla base di informazioni ispettive ed anamnestiche la cui raccolta è rigidamente codificata in rapporto al Problema Principale ed alle Priorità di Rischio a questo correlate.

In molti di questi casi è prevista per i codici a rischio una successiva immediata valutazione infermieristica con integrazione obiettiva e strumentale della raccolta dati iniziale finalizzata ad una ulteriore stratificazione del rischio; anche questa seconda fase (mutuata dai sistemi di Triage utilizzati sulla scena dal personale di soccorso territoriale) è rigidamente codificata e la sua efficacia è ben supportata dalla letteratura internazionale.

Altri servizi invece hanno scelto modelli (derivati da una “semplificazione” della visita medica tradizionale) nei quali il codice colore viene attribuito sulla base di informazioni, fin dall’inizio, anamnestiche obiettive e strumentali anche complesse. In questi sistemi, autodefiniti di Triage Globale, la raccolta dati è diversamente codificata nei diversi servizi, ma in genere, rispetto ai sistemi precedenti, viene lasciata una maggiore libertà agli operatori nella tipologia delle informazioni da acquisire e nella loro valutazione.

I primi di questi modelli definiti, non senza una sfumatura spregiativa, dai concorrenti che ne ignorano la seconda fase, “Triage di Bancone” e, dai loro fautori “Triage Integrato”, si caratterizzano per una maggior rapidità di esecuzione, una scarsa dipendenza dall’operatore, una grande riproducibilità e facile controllabilità.

I secondi vantano la completezza della raccolta dati, ritenuta fondamentale per l’ottimizzazione della sopravvalutazione e sottovalutazione, un miglior uso della professionalità infermieristica, una maggiore flessibilità.

In entrambi i casi sono per altro assolutamente carenti studi controllati di verifica della qualità.

Del tutto insensate e prive di fondamento appaiono pertanto le pretese, periodicamente avanzate da alcuni gruppi in occasione di congressi e simposi dedicati al Triage, di proporsi come “modello nazionale”.

Verifica della Qualità

Il monitoraggio sistematico delle performances è fondamentale a livello locale per implementare i processi di Miglioramento Continuo della Qualità ed a livello nazionale per il confronto di efficacia dei diversi modelli operativi utilizzati.

Esso tuttavia rappresenta uno dei temi meno dibattuti e più trascurati e gli studi controllati di riferimento sono assolutamente carenti.

Esiste alla base di tutto ciò una grande “confusione” sugli standard di confronto da utilizzare, a questo scopo infatti vengono di volta in volta proposti come alternativi:

- Le condizioni del paziente al momento della dimissione dal Pronto Soccorso
- Il rischio predetto dai segni e sintomi presenti all’ingresso e verificati a posteriori
- Il rischio oggettivamente presente all’ingresso relativamente alla diagnosi finale

Il primo indicatore ignora l’efficacia del trattamento diagnostico e terapeutico eseguito in Pronto Soccorso. Sulla base di questo standard di riferimento

tutti i pazienti inviati a domicilio ed a quel punto ovviamente esenti da priorità di rischio e di sofferenza, dovrebbero essere classificati come Codici Bianchi identificando così come sopravvalutazioni le crisi asmatiche, i coma ipoglicemici, le fratture di arti, le coliche renali ecc.. Questo standard va quindi rifiutato.

Il secondo e terzo indicatore non sono alternativi, ma complementari in quanto valutano aspetti diversi, ma altrettanto importanti dell’attività di Triage:

- La valutazione a posteriori del rischio predetto dai segni e sintomi presenti all’ingresso, accessibili in base alla metodologia adottata, dedotti dall’esame della cartella clinica, consente di misurare la compliance degli operatori di Triage al protocollo: la corretta identificazione di un’alterazione in atto delle funzioni vitali, l’appropriato riconoscimento del problema principale e delle priorità di rischio.

Discrepanze sistematiche fra la valutazione di controllo ed il codice assegnato richiedono un perfezionamento dell’addestramento di tutto il personale o di singoli operatori, su tutto il protocollo o su singole schede in base all’estensione dell’errore identificato.

- La valutazione a posteriori del rischio oggettivamente presente all’ingresso relativamente alla diagnosi finale misura l’adeguatezza del protocollo nell’identificazione delle situazioni critiche. Il mancato riconoscimento di problemi urgenti in assenza di errori degli operatori di Triage, richiede un perfezionamento del protocollo o della metodologia operativa adottata a seconda della tipologia dell’errore identificato.

Ogni Pronto Soccorso dovrebbe monitorare sistematicamente questi due indicatori sia in ordine ad una razionale implementazione dei processi di miglioramento continuo della qualità sia per rendere possibile un confronto oggettivo fra i diversi modelli utilizzati.

Solo sulla base di un controllo adeguato delle rispettive performances può essere sostenuta la superiorità di un sistema rispetto ad un altro.

Conclusioni

Il Triage è uno strumento indispensabile per il buon funzionamento di ogni servizio di Pronto Soccorso e secondariamente anche per il confronto epidemiologico fra i diversi servizi. La sua corretta impostazione ed operatività presentano problemi complessi, di difficile soluzione. Un approccio sbagliato ai problemi reali o la confusione creata da falsi problemi possono rendere questo strumento ingestibile.