

TRIAGE E COMPUTERIZZAZIONE DI UN PRONTO SOCCORSO OSTETRICO-GINECOLOGICO. "TRIAGE DEL TAGLIO CESAREO"

Angelo Turi, A.L. Tranquilli

Istituto di Scienze Materno - Infantili - Clinica Ostetrica - Ginecologica (Direttore Prof. A. L. Tranquilli)
Università Politecnica delle Marche - ANCONA

Indirizzo per corrispondenza: Dott. Cristina Bartoli
Università Politecnica delle Marche
Corridoni 11, 60100 Ancona (AN) Italia
tel: +39 335 8328086; fax: +39 071 5962197; e-mail: a.turi@univpm.it

Key words: *triage; emergency room*

Parole chiave: *triage; pronto soccorso*

ORIGINI DEL TRIAGE

Il Triage, dal francese **trier, scegliere**, venne utilizzato per la prima volta durante le guerre napoleoniche quando il chirurgo dell'armata francese, il barone Jean Dominique Larrey, nell'organizzare i soccorsi per i soldati, feriti sul campo, scelse 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** ha preso corpo negli anni sessanta negli Stati Uniti dove una quota importante della popolazione non aveva e non ha, tuttora, una copertura assicurativa sanitaria ed il Pronto Soccorso è l'unica struttura tenuta, per legge federale, a prestare gratuitamente la prima assistenza. Come conseguenza vi è stato un aumento progressivo del numero di pazienti che affluiscono al Pronto Soccorso con un'incidenza sempre più elevata di casi non urgenti.

In Italia si stima che 1 cittadino su 2-3, ogni anno, si rivolga alle strutture di Pronto Soccorso con patologie più o meno urgenti, spesso con un uso improprio del Servizio, determinando un sovraffollamento che può comportare ritardi per i pazienti che necessitano realmente di un tempestivo intervento medico e/o chirurgico.

Le prime esperienze di **triage** in Italia risalgono agli inizi degli anni novanta.

Gli aspetti innovativi di questa attività sono stati un terreno difficile ma stimolante per il medico, ma soprattutto per l'infermiere. Questa sfida è stata raccolta e sviluppata negli anni più recenti per cui, oggi, molti Pronti Soccorsi hanno attivato la funzione di **triage**.

IL TRIAGE OSTETRICO-GINECOLOGICO

Il Pronto Soccorso rappresenta forse l'ambiente meno favorevole per effettuare un **triage ostetrico-ginecologico** perchè la patologia

femminile investe una sfera essenzialmente privata della donna, notevolmente complicata da aspetti affettivi ed emozionali.

Spesso si entra in un campo di profonda intimità della quale la donna desidera, si parlare, ma in maniera confidenziale e privata e non nel contesto di una sala d'aspetto di Pronto Soccorso.

Il colloquio deve pertanto avvenire in maniera discreta, rassicurante, con molta naturalezza, tenendo presente che possono esistere pudori particolari soprattutto nelle donne nubili, in pazienti anziane che da anni non presentano problemi della sfera genitale o in giovani e/o adolescenti che vogliono nascondere il più possibile la loro vita sessuale.

OBIETTIVI DEL TRIAGE

- Ridurre al minimo i ritardi dell'intervento sul "paziente urgente" attribuendo a tutti i pazienti un **codice di priorità** che regoli l'accesso alle cure mediche in relazione alla gravità della loro condizione, operando una redistribuzione a favore di chi è più grave rispetto a chi non riceverà, comunque, un danno da un tempo di attesa maggiore.

Deve essere distinto dalla valutazione medica in quanto **il triage determina esclusivamente la priorità di accesso alla visita medica**.

- Mantenere l'efficienza e l'efficacia complessiva della struttura di Pronto Soccorso

Fra le varie definizioni dei **codici di gravità** si è scelto di adottare i "**codici colore**" perchè più pratici, immediati, visivamente efficaci e più comprensibili.

Di seguito vengono evidenziate "**la locandina**" che viene distribuita all'Utenza al momento del **triage** e le diverse patologie ostetriche ginecologiche correlate ai "**codici colore**".

SALUTE DONNA

OSPEDALE CIVILE DI SALENTO
PRONTO SOCCORSO OSTETRICO-GINECOLOGICO

I CODICI DI GRAVITA'

Poche righe più spaziate non così che in età avanzata a casa. Ogni gestante lavorante per ricercare tanto donna, in gravidanza e non. Il tempo per noi è molto importante: abbiamo utilizzato un modo nazionale perché sappiamo che, in certi casi, un ritardo di pochi minuti può mettere in pericolo anche due vite, quella della madre e/o quella del nascituro. Proprio perché i nostri tempi di intervento dipendono dalla effettiva gravità del caso abbiamo stabilito 4 codici che corrispondono ad altrettanti livelli di urgenza. Pertanto l'accesso al Pronto Soccorso verrà regolato in base al livello di urgenza assegnato dal TRIAGE, senza tener conto dell'orario di arrivo.

Siete di incontrare la Vostra comprensione, siamo a disposizione per ogni eventuale richiesta o chiarimento.

I CODICI DI ACCESSO

- COCCO ROSSO**
Sono i casi più gravi con pericolo di vita imminente per la donna o/o per il nascituro. Il PS lascia la propria attività ordinaria per garantire l'assistenza per il caso, riservando alle prime tre finestre di accesso.
- COCCO VERDE**
Sono tutti i casi (esterni e gestanti) con sintomatologia rilevante ed imminente accessi per la valutazione clinica e il parto. Non vi è pericolo di vita né per la gestante, né per la possibile gravidanza.
- COCCO GIALLO**
Sono assegnati alle gestanti con sintomi o alle pazienti con patologie gravi, con alterazioni di una delle tre funzioni vitali (respiratoria, circolatoria, nervosa). Il personale del PS si occupa per ridurre il rischio (tempo di attesa).
- COCCO BIANCO**
Sono i casi meno gravi. Osservazione o tempo di attesa che potrebbe essere risolto dal medico di famiglia o dallo specialista di fiducia. Le pazienti vengono ricoverate in notte, ma solo dopo che il personale ha fornito i suoi giudizi.

TRIAGE OSTETRICO

Codice rosso	Codice giallo
<ul style="list-style-type: none"> • Contrazioni ritmiche e dolorose (travaglio di parto) • Sanguinamento vaginale severo • Dolorabilità uterina acuta ed intensa • Dolore addomino-pelvico acuto • Dolore lombo-sacrale intenso • Febbre elevata con brivido • Fenomeni allergici gravi • Convulsioni • Traumi gravi • Dispnea • Ustioni gravi • Stato di Shock • Pazienti trasportate da mezzi di pronto soccorso 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrazioni non ritmiche né dolorose • Sanguinamento vaginale moderato • Dolorabilità uterina moderata • Dolore addomino-pelvico moderato • Dolore lombo-sacrale moderato • Sospetta rottura prematura delle membrane (PROM) • Vomito nel II° o III° trimestre di gravidanza • Febbre superiore a 38° C • Ipertensione arteriosa • Ipotensione arteriosa • Cefalea e/o vertigini • Lipotimia risoltasi spontaneamente • Epistassi • Disturbi del visus e/o dell'udito • Ustioni di grado moderato
Codice verde	Codice bianco
<ul style="list-style-type: none"> • Attività contrattile uterina sporadica • Febbre inferiore a 38° C • Ingorgo mammario e/o mastite in puerperio e in allattamento • Diarrea • Ematuria • Disuria • Fenomeni allergici tipo orticarioide • Valutazione CTG ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • Vomito nel primo trimestre di gravidanza • Prurito e/o bruciore vulvo-vaginale • Leucorrea • Tumefazione vulvo-vaginale • Febbricola • Faringodinia • Otaglia • Odontalgia • Tosse • Stipsi • Congiuntivite • Consultazione o lettura CTG

TRIAGE GINECOLOGICO

Codice rosso	Codice giallo
<ul style="list-style-type: none"> • Addome acuto • Sanguinamento vaginale severo • Dolorabilità uterina acuta ed intensa • Dolore addomino-pelvico acuto • Violenza sessuale • Pazienti trasportate da mezzi di pronto soccorso 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore addomino-pelvico lieve • Sanguinamento vaginale lieve • Tumefazione e dolore vulvo-vaginale • Complicanze post-operatorie
Codice verde	Codice bianco
<ul style="list-style-type: none"> • Spotting • Tumefazione vulvo-vaginale • Dolori mestruali • Dolore mammario • Disuria 	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito e/o bruciore vaginale • Leucorrea • Perdite ematiche anamnestiche • Contraccezione o intercezione post-coitale • Amenorrea e/o alterazioni mestruali • Estrazione di corpi estranei • Consulto

INFORMATIZZAZIONE

La Sanità da tempo, pur se con applicazioni del tutto settoriali, ha dimostrato interesse verso la computerizzazione intesa, quasi sempre, nelle sue funzioni di calcolo e di elaborazione statistica, piuttosto che di gestionalità interattiva.

I recenti sviluppi dell'informatica hanno definitivamente portato il computer dalla sua posizione iniziale di semplice calcolatore a quella di strumento sempre più sofisticato di comunicazione. Le più recenti generazioni di computer, integrate con le più avanzate capacità di elaborazioni grafiche e di dati, sono in grado di offrire sofisticate funzioni che, fungendo da piattaforme informatiche, rappresentano un ponte di collegamento e successivo sviluppo elaborativo, fra i tanti dispositivi già operanti, di gestione e trasmissione di dati, informazioni ed immagini per fornire un "prodotto" sempre più sofisticato e completo da parte delle Aziende Sanitarie. I moderni "data-base" relazionali, accettati quali modello operativo dai più importanti produttori di sistemi informativi, consentono una strutturazione delle banche-dati tale da consentire l'accesso alle informazioni in modo svincolato dall'architettura fisica degli archivi, permettendo le implementazioni ottimali dei Sistemi Dipartimentali.

Le infrastrutture informatiche consentono di realizzare il "datawarehouse" (centro data-base) in cui risiede l'intero "patrimonio informativo"; il collegamento con il sistema centralizzato, proponibile ad ogni livello, consente, a sua volta, la distribuzione dei dati di interesse comune, gestibili da ogni Unità Operativa e da ciascun Dipartimento.

La possibilità, ormai consolidata, di un utilizzo, sia in una logica interna che territoriale, ancorchè internazionale, dei collegamenti telematici di differente tipologia, ha creato i presupposti e la possibilità di gestire i vari dati in interscambi di illimitata potenzialità.

E' certo che le nuove tecnologie informatiche consentiranno applicazioni sempre più ardite di comunicazione computerizzata globale tali da rendere concrete non solo le idee progettuali, già pionieristiche, dell' "Ospedale Intelligente", ma anche la presenza

di network sanitari, a valenza internazionale (INTERNET), che possono rendere immediatamente disponibili, in sede locale, potenzialità umane e tecnologiche una volta tanto lontane (il cosiddetto "Villaggio Globale").

SISTEMA INFORMATIVO PRESIDIO OSPEDALIERO
" G. SALESI "INFORMATIZZAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO
OSTETRICO-GINECOLOGICO

La rete *Salesi* è costituita dalla rete ethernet locale che si estende al plesso ospedaliero di via Corridoni 11, alla "palazzina Direzione Medica di Presidio" di via Corridoni 16, ove sono ubicati i locali CED ed alla sede remota "Direzione Generale" di via Toti 4, ove sono ubicati gli uffici amministrativi; il tutto interconnesso alla rete dell'Azienda Ospedali Riuniti.

La rete *Salesi*, così costituita, è a sua volta interconnessa alla RUPAR (Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione Regionale) ove insistono le altre aziende sanitarie ed ospedaliere e di qui alla rete mondiale Internet.

La rete aziendale è opportunamente disaccoppiata dalla rete regionale tramite dispositivo Firewall.

Tutti gli armadi di piano della LAN (Local Area Network) sono interconnessi in fibra ottica, realizzando così un collegamento di dorsale a banda larga.

Tra i servizi di rete disponibili in Azienda, vi sono il Teleconsulto, la Teleformazione, la interoperabilità con le altre aziende Sanitarie ed Ospedaliere, l'Agenzia Regionale, i Ministeri, ed ancora la posta elettronica, l'accesso ad internet ed il portale intranet aziendale.

Alla rete è connesso un sistema AS-400 ove risiedono tutti i dati aziendali e le applicazioni che hanno reso possibile l'informatizzazione delle varie Unità Operative, a cui si collega il **Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico**.

Di seguito vengono riportate le schede informatizzate dell'iter diagnostico, clinico-strumentale, dell'Utente.

SALUTE DONNA

PRESIDIO OSPEDALIERO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE "G.SALESI"
Via F. Corridoni, 11 60123 ANCONA

SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO OSTETRICO GINECOLOGICO

ATTESTAZIONE DI INDIGENZA

La sottoscritta
Nata _____ il _____
Nazionalità _____

Con la presente dichiara:

- di essere temporaneamente presente sul territorio dello Stato Italiano senza regolare permesso di soggiorno
- di essere presente sul territorio italiano per motivi di _____ munita
- di regolare permesso di soggiorno ma sprovvisto di assistenza sanitaria
- di non avere mezzi economici sufficienti al pagamento, in proprio, delle cure mediche
 - per sè
 - per il minore

Dati del minore:
Nome _____
Nata a _____ il _____
Nazionalità _____

Firma leggibile del dichiarante _____

Data della compilazione _____

ANCONA lì _____

SPETT.LE UFFICIO ACCETTAZIONE CASSA

- S E D E -

Si comunica che la Sig.ra _____
nata a _____ il _____ e residente a _____ in via _____
giunta al Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico di questo Ospedale in data _____
ha effettuato le seguenti prestazioni ambulatoriali da:

- Assoggettare al pagamento del ticket
- Non assoggettare al pagamento del ticket per _____ trauma _____ reddito _____ altro _____

PRESTAZIONI:
VISITA GINECOLOGICA
PRESTAZIONI DI CONSULENZA
CLO-ECOGRAFIA TRANSVAGINALE

IMPORTO TOTALE PRESTAZIONI : _____ IMPORTO DOVUTO (ticket) : _____

Con la sottoscrizione della presente, l'assistita si impegna espressamente:
- al pagamento del ticket relativo all'assistenza ricevuta nei termini di cui sopra non oltre il 15° giorno dalla data di erogazione della prestazione con la seguente modalità:

- Pagamento diretto alla Cassa Aziendale
- Versamento su ccp n. 28039600 intestato all' Azienda Ospedaliera Ospedale dei Bambini "G. Salesi", Servizio Tesoreria Banca delle Marche - C.so Garibaldi, 28 e relativa spedizione della copia della ricevuta di pagamento all'Ufficio Prestazioni - C/O UMBERTO I Largo Cappelli, 1 - Ancona - Fax 071-5963870 con l'esatta indicazione del numero di verbale di pronto soccorso, della data della prestazione e del nominativo della paziente trattata, da riportare sulla causale di versamento.

- ad assumersi tutte le responsabilità che potrebbero derivare dall'inadempienza di tale obbligo oltre agli oneri e le spese per le azioni legali eventualmente da intraprendere per il recupero del credito.
- ad assumersi tutte le responsabilità civili e penali relative ad eventuale dichiarazione mendace sui dati relativi a se o al minore accompagnato, in caso di richiesta di esenzione dal pagamento del ticket per motivi di reddito.

Con tale sottoscrizione l'assistito dichiara di aver acquisto l'informazione di cui all'art. 10 della L.675/96, riguardante il trattamento dei propri dati personali e di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 22 della citata legge, vale a dire i dati idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche e di altro genere, le opinioni politiche, ecc... ed i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

Luogo: Ancona

Firma del Medico _____ FIRMA LEGGIBILE DEL DICHIARANTE _____

PRESIDIO OSPEDALIERO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
" G. SALESIS "
VIA F. Corridoni, 11 60123 Ancona

SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO OSTETRICO-GINECOLOGICO

RAPPORTO ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

Prot.N./2004 _____ li _____ ore _____

Cognome - Nome: _____

Nata il: _____ a _____

Domicilio _____

Tel. _____

Stato Civile : _____

Motivo : _____

Luogo : _____

Data e ora : _____

Guarigione presumibile (gg): _____

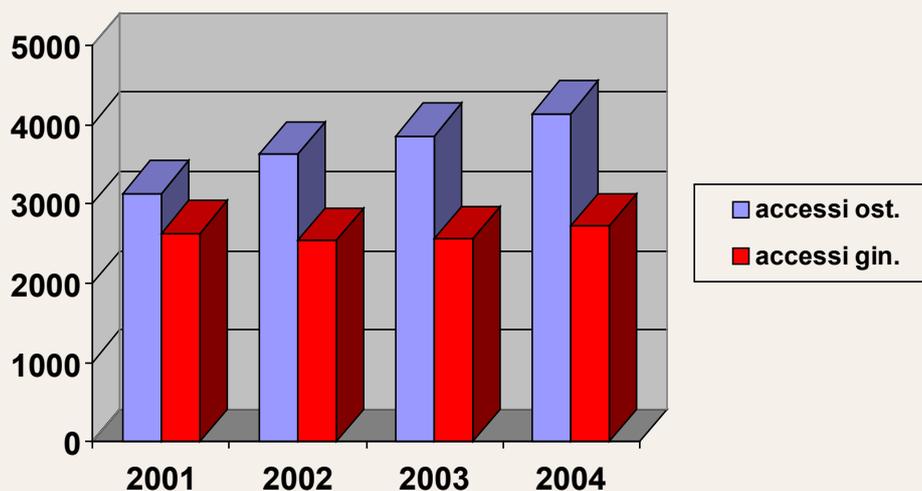
Il Medico _____ Visto : Il Dirigente Medico di Presidio _____

Firma dell'accompagnatore _____

SALUTE DONNA

Accessi Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico

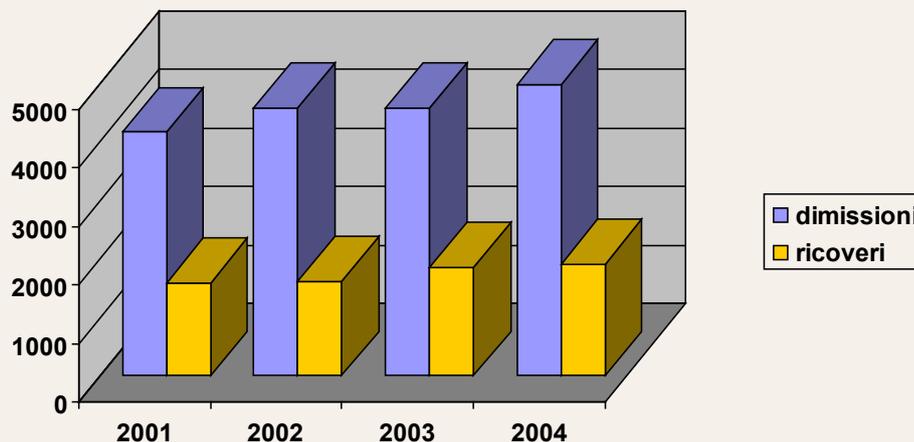
ANNO	2001	% tot	2002	% tot	2003	% tot	2004	% tot
OSTETRICI	3.136	54.4%	3.625	58.8%	3.855	60.1%	4.140	60.3
GINECOLOGICI	2.634	45.6%	2.540	41.2%	2.561	39.9%	2.725	39.7
Totale	5.770		6.165		6.416		6.865	



Dimissioni e Ricoveri Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico

ANNO	2001		2002		2003		2004	
DIMISSIONI	4152	72 %	4563	74 %	4567	71%	4966	72 %
RICOVERI	1590	28 %	1602	26 %	1849	28%	1899	28 %
TOT.	5770		6165		6416		6865	

SALUTE DONNA



PRESTAZIONI PRONTO SOCCORSO OSTETRICO-GINECOLOGICO ANNO 2004

Accessi al Pronto Soccorso nell'anno 2004

N° casi (%)

<i>Accessi ostetrici</i>	4140 (60,3%)
<i>Accessi ginecologici</i>	2725 (39,7%)
Totale	6865

Prestazioni Pronto Soccorso **Ostetrico**

N° casi (%)

Metrorragia da minaccia di aborto	1035 (25%)
Contrazioni uterine a termine	716 (17,3%)
Dolori addomino-pelvici	368 (8,9%)
Algie pelviche in epoca abortiva	290 (7%)
Minaccia di parto pretermine	310 (7,5%)
PROM	252 (6,1%)
Controllo CTG	260 (6,3%)
Controllo in gravidanza in apparente normale evoluzione	120 (2,9%)
Altro (febbre, lipotimia, vaginite, incidenti stradali)	789 (19%)
Totale	4140

Prestazioni Pronto Soccorso Ginecologico

N° casi (%)

Intercezione post-coitale	518 (19%)
Dolori addomino-pelvici	509 (18,7%)
Menorragia, menometrorragia, metrorragia	495 (18,2%)
Vulvovaginiti	327 (12%)
Tumefazioni vulvo-vaginali	182 (6,7%)
Amenorrea	158 (5,8%)
Patologia uro-genitale	136 (5%)
Perdite ematiche atipiche in menopausa	81 (3%)
PID	54 (2%)
Altro (mastodinia, rimoz.corpi estranei, colloquio, violenza sessuale)	265 (9,6%)
Totale	2725

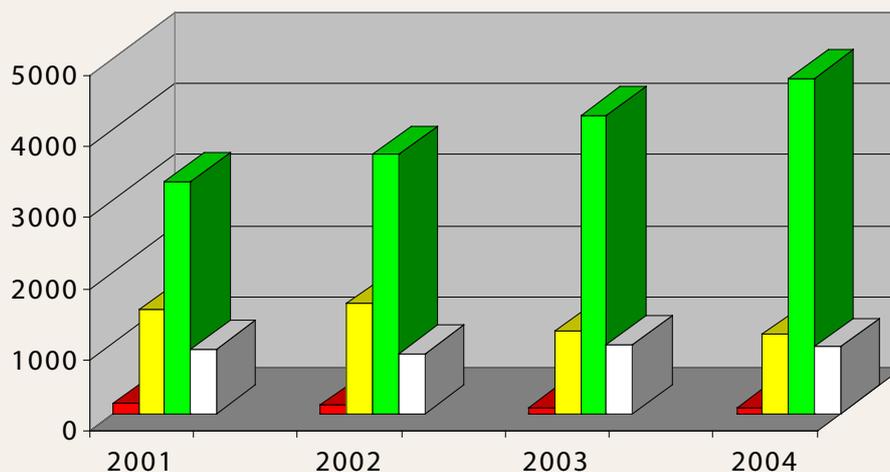
SALUTE DONNA

TRIAGE

Pronto Soccorso Ostetrico - Ginecologico

Codici di gravità del TRIAGE

	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%
ROSSO	140	2,4	120	1,9	79	1,2	81	1,2
GIALLO	1.420	25,3	1.550	25,1	1.160	18,1	1.115	16,2
VERDE	3.265	56,6	3.650	59,2	4.204	65,5	4.726	68,8
BIANCO	905	15,7	845	13,7	973	15,2	943	13,7
TOTALE	5770		6165		6416		6865	



Accanto ad un *Triage di Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico*, abbiamo ritenuto utile impostare un *Triage Ostetrico* finalizzato alle priorità che dovrebbero stabilirsi nell'esecuzione di un Taglio Cesareo le quali, tenendo conto delle specifiche condizioni materno-fetali, possano evitarci conseguenze di morbilità perinatale nonché tutelarci da implicazioni di carattere medico-legale, oggi sempre più in agguato nella nostra "professionalità".

"Triage" del Taglio Cesareo

Codice Rosso: Emergenze e condizioni che possono metter a rischio la vita della donna e/o del feto e nelle quali l'intervento deve essere immediato:

- Distacco di placenta
- Sanguinamento vaginale imponente
- Prolasso di funicolo
- Mancato espletamento del parto, con o senza parto di prova, e distress fetale
- Bradicardia protratta (10' nel parto di prova)

SALUTE DONNA

Codice giallo: emergenze indifferibili; condizioni ad elevato rischio per la salute materna o fetale ma non di immediato pericolo di vita, in cui il parto deve essere espletato al più presto (30’):

- Decelerazioni ripetitive (variabili o tardive)
- Tachicardia fetale protratta
- Mancato espletamento del parto dopo parto di prova (senza sofferenza fetale)

Codice verde: emergenze differibili; condizioni che, durante il travaglio, richiedono l’espletamento sollecito del parto per via cesarea, ma senza pericolo per la madre ed il feto:

- Presentazioni anomale
- Distocia dinamica o meccanica
- Pregresso cesareo
- Condizioni per le quali era stato programmato il cesareo, ma subentra il travaglio

Codice bianco: condizioni che richiedono l’espletamento del parto per via cesarea e che possono essere programmate:

- Presentazioni anomale
- Placenta previa
- Pregresso cesareo
- Sproporzione o viziature pelviche

BIBLIOGRAFIA

1. Angelini DJ. *Obstetric triage in 10 U.S. midwifery practices. J Nurse Midwifery*. 1999 Sep-Oct; 44(5):493-509.
2. *Atti del III Congresso Nazionale Federazione Italiana di Medicina d’Urgenza e Pronto Soccorso. Torino, 25-28 novembre 1996.*
3. Baldi G., Chinelli L. *Triage e linee guida in Pronto Soccorso. In: Pronto Soccorso, Servizio di emergenza-118. Il Pensiero Scientifico ed. 1996.*
4. D.M. 24 aprile 2000. *Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000».*
5. De Placido G., Mercurio E, De Durante M. *Emergenze in ostetricia e ginecologia. In: Trattato di medicina d’urgenza e Pronto Soccorso. Idelson-Gnocchi, Napoli, 1994.*
6. Ferrari A., Frigerio L. *La patologia ostetrico-ginecologica in chirurgia d’urgenza. In: Manuale di chirurgia d’urgenza e terapia intensiva chirurgica. Masson, Milano, 1993.*
7. *Gruppo Formazione Triage. Triage infermieristico in Pronto Soccorso. Edizione Nettuno, Verona, 1997.*
8. *Handysides G. Triage in emergency practice. Mosby, USA, 1996.*
9. *Legge regionale 5 febbraio 2001 n.4, B.U.R. Marche n.22 del 15-02-01.*
10. *Manchester Triage Group. Emergency Triage. BMJ Publishing Group, London, 1997.*
11. *Neades B.L. Developing the role of the nurse in the Accident and Emergency Department. Postgrad. Med. J., 1997: 73.*
12. *Pecorari D., Diani F. Emergenze Ostetriche. In: La Clinica Ostetrica e Ginecologica. Masson, Milano, 1996.*
13. *Tranquilli A.L., Turi A., Vincenzi R., Tiriduzzi M., Romanini C. Urgenze in Ostetricia e Ginecologia. In: Medicina D’urgenza. Il lavoro Editoriale Ed., Ancona, 1987.*
14. *Triage infermieristico. McGraw-Hill, Milano, 2000.*