

TELETRIAGE E FIGURE DA COINVOLGERE

IL QUESITO DEONTOLOGICO

Il triage e la riconciliazione terapeutica è fondamentale per la sicurezza del paziente. Il coordinamento tra medico ed infermiere è essenziale sia in ambito ospedaliero che nell'ambulatorio del medico di medicina generale

Sommario

Definizioni	1
Importanza della comunicazione telefonica	1
L'uso del triage telefonico in medicina	2
La check list del teletriage sicuro	3
Il medico al telefono: gli errori sotto la lente dei giudici	5

Definizioni

TRIAGE TELEFONICO: il triage o la consulenza telefonica, effettuati da medici operatori sanitari verso i pazienti allo scopo di indicare un percorso diagnostico o terapeutico più appropriato e la necessità di eseguire la visita in tempi rapidi in presenza o a distanza oppure la possibilità di rimandarla ad un momento successivo assegnando un nuovo appuntamento, non rientra tra le attività riconducibili alla telemedicina.

TELECONSULENZA E TELEASSISTENZA: Sono atti di pertinenza della relativa professione sanitaria (medica, sanitaria o riabilitativa) si basa sull'interazione a distanza tra il professionista ed il paziente/caregiver per mezzo di una telefonata o videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee app per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento del paziente.

NORMATIVA E LINEE GUIDA ESSENZIALE

- [Rapporto ISS COVID-19 • n. 30/2020 Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19](#)
 - [Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso -raccomandazione n. 15, Febbraio 2013](#)
 - [Linee d'indirizzo della telemedicina del Ministero della Salute del 2014](#)
 - [Indicazioni nazionale per l'erogazione prestazioni in telemedicina. Conferenza Stato Regioni, documento 215/Crs del 17/12/2020.](#)
-

L'uso del triage telefonico in medicina

Il teletriage e la teleconsulenza esistono da quanto esiste il telefono!

Storicamente, il triage era una tecnica di gestire la presa in carico di tutte le persone che accedono al PS, con particolare attenzione a quelle in condizioni di criticità, valutandone i dati ed i segni clinici che contraddistinguono situazioni di rischio, complicanze e/o effetti indesiderati di trattamenti in atto, mediante l'osservazione clinica, l'impiego di scale/strumenti appropriate/i e idonei sistemi di monitoraggio.

Con il tempo, le tecniche di triage sono diventate patrimonio dello studio del medico di medicina generale, dell'ambulatorio di continuità assistenziale ed anche dei professionisti della riabilitazione che, attraverso il personale sanitario di varia competenza, sono in grado di programmare l'accesso all'ambulatorio gestendo rapidamente i casi che possono essere risolti attraverso una prescrizione e/o un consiglio telefonico.



Gli obiettivi del Triage possono essere riassunti:

- identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento
- regolare l'accesso all'ambulatorio e riconoscere le priorità individuando le emergenze
- sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni.

I rischi legali sono notevoli:

- sottovalutazione dei sintomi
- sottovalutazione del dolore

- mancata attivazione emergenza
- medico e sanitario distratto da altre telefonate o luogo non consono.

Nella pratica clinica non è inusuale che, medici ed infermieri, forniscano indicazioni mediche **al di fuori della normale visita** operando a volte con tecniche di triage ed altre volte di teleconsulenza.

La check list della teletriage sicuro



Identificare il paziente

- Identificare correttamente il paziente ponendo attenzione ai nomi con omonimie.
- nel caso di necessità d'urgenza farsi dare: indirizzo, numero di telefono, scala, piano, nome sul citofono, eventuale numero di persona in grado di aiutarlo nella descrizione dei sintomi e/o da chiamare in emergenza. Se il paziente è solo e ci sono condizioni cliniche potenzialmente a rischio chiedere di aprire la porta.
- barriere linguistiche, sempre più spesso medici ed infermieri si trovano con pazienti che si esprimono male in italiano oppure per nulla. Nel dubbio procedere con la visita di persona.

Valutazione delle condizioni di rischio note al medico o confermate telefonicamente

- malattie polmonari
- malattie cardiache
- malattie renali
- malattie sistema immunitario
- malattie oncologiche
- malattie metaboliche
- gravidanza
- farmaci assunti normalmente
- farmaci assunti di recente per individuare eventuali errori di utilizzo
- utilizzo recente di sostanze psicotrope

-
- intervistare il paziente per comprendere le condizioni sociali in cui vive: è solo, in grado di muoversi, è orientato?

La valutazione clinica

- il respiro è lento (provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)
- il respiro è accelerato (provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)
- ha difficoltà a respirare dopo un lieve sforzo (alzarsi dalla sedia/letto)
- si affatica a camminare o non sta in piedi
- il paziente è tachicardico (indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza cardiaca, verificare se ha disponibilità di dispositivi di misurazione e/o app di misurazione (es. cardiofrequenzimetro da polso utili allo scopo, ottenere il dato)
- il paziente ha segni di cianosi periferica (suggerire controllare colore letto ungueale e tempo di refill dopo digitopressione, colore cute, temperatura, e labbra)
- valutare la capacità del paziente di parlare al telefono e il coordinamento con la respirazione
- se il processo diagnostico (condizioni di rischio, dato vaccinale e quadro clinico) è suggestivo di sospetto impegno polmonare (polmonite) si richiede attivazione del 118/112 o si procede con rapida valutazione domiciliare
- se un medico è già intervenuto ed il paziente non ha tratto beneficio, è un paziente da controllare. Un sintomo che non passa è un nuovo sintomo. Va fatta diagnosi differenziale.
- intervistare il paziente per comprendere le condizioni sociali in cui vive: è solo, in grado di muoversi, è orientato?
- è necessaria visita immediata o allerta servizi di emergenza quando: coscienza alterata; pressione sistolica bassa o troppo alta, difficoltà a respirare; il dolore che non passa nonostante la terapia.
- in situazioni di emergenza il paziente è spaventato, aiutarlo a fare la telefonata al servizio di urgenza o farla direttamente non sminuisce il medico o l'infermiere ma bensì esalta la sua vicinanza con il paziente
- rivalutare spesso il paziente, anche telefonicamente, soprattutto se l'interlocutore è particolarmente fragile

Fornire al paziente chiare indicazioni

- farmaci da assumere e quantità esatte
 - cosa fare se il sintomo non passa e l'importanza dell'azione da fare
 - istruire il paziente sull'uso di strumenti di misurazione di parametri utilizzabili a domicilio
-

Quanto sopra è solo un suggerimento dettato dai casi clinici sottoposti all'attenzione dei giudici, il medico e l'infermiera dovranno integrarlo e/o interpretarlo secondo la sua sensibilità clinica e professionale.

Il medico al telefono! gli errori sotto la lente dei giudici

Non esiste, secondo la cassazione, un modo univoco di giudicare il sanitario ma i fatti devono essere oggetto di attenta istruttoria al fine della valutazione della rilevanza dell'intervento operato.

Si ricordano alcuni casi atti a dimostrare come l'attenzione ai sintomi sia fondamentale per evitare rischi inutili.

In linea di principio, non può negarsi al sanitario il compito di valutare, sulla base della sintomatologia riferitagli, la necessità o meno di visitare il paziente.

È anche vero, tuttavia, che una tale discrezionalità può essere sindacata dal giudice, alla luce degli elementi acquisiti agli atti e sottoposti al suo esame, onde accertare se la valutazione del sanitario sia stata correttamente effettuata, oppure se la stessa costituisca un mero pretesto per giustificare l'inadempimento dei propri doveri.

È possibile chiedere per telefono al medico di fare al paziente un certificato di malattia?

No. I certificati di malattia devono essere preceduti dall' esame diretto del paziente, non possono essere rilasciati attraverso analisi telefoniche, perché lo richiede un parente o un amico. Non può essere retrodatato.

In particolari condizioni possono essere rilasciati con una televisita.

Se il Medico certificante attesta una malattia inesistente od un falso aggravamento di una patologia, commette il reato di "Falso in atto pubblico" (Cassazione Penale del 18 marzo 1999 n. 352; Cassazione penale, sez. V, sentenza 15.05.2012 n. 18687).

Se in concorso con il lavoratore suo assistito, anche il reato di "Truffa aggravata" (Art. 640, Il comma C.P.) ai danni dell'Istituto Previdenziale e del datore di lavoro

Il medico con funzioni pubbliche risponde di falso materiale (art. 476 c.p. in atto pubblico e art. 477 c.p. in certificazione amministrativa) se nella redazione del certificato commette alterazioni o contraffazioni mediante cancellature, abrasioni, aggiunte successive miranti a far apparire adempiute le condizioni richieste per la sua validità.

Cassazione penale sez. IV, 14/07/2016 n.40036

Risponde di omicidio colposo il medico del 118 che, contattato telefonicamente dalla madre di un ragazzo in preda ad una grave crisi epilettica, in violazione dei protocolli di settore, abbia omesso di procedere al triage per sincerarsi dell'urgenza dell'intervento, attraverso l'analisi sullo stato delle condizioni vitali del paziente, per l'effetto ritardando l'invio dei mezzi di soccorso, che, se tempestivo, certamente avrebbe impedito la morte del paziente .

Cassazione penale sez. IV, 14/07/2016 n.40036

Risponde di omicidio colposo il medico del 118 che, contattato telefonicamente dalla madre di un ragazzo in preda ad una grave crisi epilettica, in violazione dei protocolli di settore, abbia omesso di procedere al triage per sincerarsi dell'urgenza dell'intervento, attraverso l'analisi sullo stato delle condizioni vitali del paziente, per l'effetto ritardando l'invio dei mezzi di soccorso, che, se tempestivo, certamente avrebbe impedito la morte del paziente.

Cassazione civile sez. III, 07/07/2021 n.19372

Un sanitario dovrebbe sempre prendere in considerazione l'ipotesi che un dolore toracico, sottenda un problema cardio - vascolare e quindi procedere ad un approfondimento diagnostico presso qualsiasi struttura sanitaria in grado di effettuare esami di primo e/o secondo livello, apparendo ancora più lampante la negligenza ed imprudenza del sanitario nell'omettere l'approfondimento diagnostico-strumentale, indirizzando il paziente verso struttura dotata dei relativi mezzi.

Non rileva tanto la mancata diagnosi (a quel momento di dissecazione aortica, sia pure in fase iniziale), quanto, invero, "la mancata prosecuzione dell'iter diagnostico di fronte ad una sintomatologia dolorosa toracica persistente che necessitava di un approfondimento clinico-strumentale al fine di pervenire all'accertamento della natura del dolore".

In sintesi, il dolore che non passa è un sintomo da indagare ed è questo il motivo per cui il la Guardia Medica è stata condannata come da sentenza della Corte d'Appello di Caltanissetta, confermata dalla Cassazione civile sez. III, n. 19372 del 07 luglio scorso, a rifondere i familiari di oltre 877.000 euro (euro 516.456,89 a carico dell'assicurazione in quanto il massimale di polizza era insufficiente).

Cassazione penale sez. VI 30/10/2012 n. 23817

Il medico rifiutò la visita domiciliare nonostante le ripetute richieste di intervento della moglie del paziente e le descritte condizioni di sofferenza dello stesso (febbre alta resistente a farmaci antipiretici, difficoltà respiratorie). Condotta omissiva cagionante, per gli effetti di cui all'art. 590 c.p., l'aggravarsi, dovuto al tardivo inizio del trattamento antibiotico, dello stato di salute del paziente, che - come da imputazione - "dopo due giorni dalla visita domiciliare omessa veniva ricoverato d'urgenza presso l'ospedale con diagnosi di polmonite con versamento pleurico".

Il Tribunale ha valutato pienamente raggiunta la prova del contestato reato di rifiuto di un atto di ufficio (art. 328 c.p., comma 1) alla stregua della incongruenza ed illogicità patenti, cioè "indebite", delle ragioni dell'omissione, in quanto prive di legittimi motivi di giustificazione e confliggenti con i doveri istituzionali di un sanitario in servizio di "continuità assistenziale medica"

altri fenomeni che rendessero possibile distinguere tra le molteplici diagnosi correlabili al suddetto sintomo;

La visita domiciliare appariva tanto più necessaria, in quanto si trattava di un paziente che, per la sua tenera età, non era in grado di riferire con esattezza la condizione di malessere in cui versava; con la conseguenza che sussisteva il concreto pericolo che il sanitario, affidandosi unicamente al sintomo riferitogli dalla madre, potesse incorrere in un errore diagnostico, con gravi ripercussioni sulla salute del paziente.

Cassazione penale sez. VI 30/10/2012 n. 23817

Il medico rifiutò la visita domiciliare nonostante le ripetute richieste di intervento della moglie del paziente e le descritte condizioni di sofferenza dello stesso (febbre alta resistente a farmaci antipiretici, difficoltà respiratorie). Condotta omissiva cagionante, per gli effetti di cui all'art. 590 c.p., l'aggravarsi, dovuto al tardivo inizio del trattamento antibiotico, dello stato di salute del paziente, che - come da imputazione - "dopo due giorni dalla visita domiciliare omessa veniva ricoverato d'urgenza presso l'ospedale con diagnosi di polmonite con versamento pleurico".

Il Tribunale ha valutato pienamente raggiunta la prova del contestato reato di rifiuto di un atto di ufficio (art. 328 c.p., comma 1) alla stregua della incongruenza ed illogicità patenti, cioè "indebite", delle ragioni dell'omissione, in quanto prive di legittimi motivi di giustificazione e confliggenti con i doveri istituzionali di un sanitario in servizio di "continuità assistenziale medica"

Cassazione penale 19/3/2009 n. 12143

L'addebito mosso all'imputato è di avere rifiutato la visita ad un bambino di due anni che, affetto da gastroenterite, manifestava sintomi di vomito continuo ed era febbricitante, limitandosi a consigliare alla madre di effettuare una iniezione intramuscolo di Plasil, nonostante la donna gli avesse fatto presente di non essere in grado di effettuarla.

La sintomatologia (vomito) riferita dalla madre del bambino era di per sé inidonea a consentire una corretta diagnosi, dato il carattere aspecifico del vomito, il quale può correlarsi sia a patologie banali che a patologie gravi; sicché si rendeva quanto mai opportuna l'osservazione diretta del paziente, al fine di rilevare l'eventuale presenza di altri fenomeni che rendessero possibile distinguere tra le molteplici diagnosi correlabili al suddetto sintomo;

La visita domiciliare appariva tanto più necessaria, in quanto si trattava di un paziente che, per la sua tenera età, non era in grado di riferire con esattezza la condizione di malessere in cui versava; con la conseguenza che sussisteva il concreto pericolo che il sanitario, affidandosi unicamente al sintomo riferitogli dalla madre, potesse incorrere in un errore diagnostico, con gravi ripercussioni sulla salute del paziente.

SENTENZA n. 31670 del 2/8/2007 CORTE CASSAZIONE PENALE

Risponde del delitto di omissione di atti di ufficio il sanitario comandato del servizio di guardia medica che, richiesto di una visita domiciliare urgente, non intervenga, pur presentando la richiesta di soccorso inequivoci connotati di gravità; il caso di specie riguardava, appunto un malato con chiari sintomi di infarto.

Il medico di guardia omise di visitarlo e lo aveva invitato ad attendere l'apertura della farmacia. Il paziente qualche ora dopo morì.
