

*“Un codice così bianco”.*

*Aspetti antropologici del triage in una ricerca sulle  
“priorità” presso il Pronto Soccorso  
di un ospedale veneto*

**Alvise Da Lio**

infermiere e psicologo  
[alvi2002@libero.it]

**Francesco Spagna**

docente di Antropologia culturale, Università degli studi di Padova  
[francesco.spagna@unipd.it]

“Triage” deriva dal francese *trier* e significa “scelta”, “cernita”. Il termine venne usato probabilmente per la prima volta durante le guerre napoleoniche, quando un chirurgo dell’armata francese, organizzando il soccorso ai feriti in battaglia scelse di recuperare per primi i soldati con lesioni meno gravi, più rapidamente impiegabili per l’azione bellica successiva. Durante la prima guerra mondiale, infermieri-soldato si avventuravano tra i feriti sul campo di battaglia e stabilivano, applicando un cartellino, chi dovesse essere recuperato per primo, attribuendo dunque un codice di priorità; solo dopo questo primo lavoro di “cernita”, potevano partire i barellieri.

Nell’origine militare del triage emergono già alcuni elementi importanti, considerando anche la forza e la ricorrenza delle metafore “belliche” – di cui ha parlato Susan Sontag (SONTAG S. 1992) – nella lotta secolare tra la salute e la malattia. Il triager militare che esce dalla trincea, si trova in condizioni di alto rischio a prendere decisioni esiziali sulla vita e la morte dei suoi compagni; la sua responsabilità è ovviamente commisurata alle condizioni nelle quali si trova a lavorare. Ciò non toglie però la dimensione umana, accidentale, tragica o assurda nella quale questi infermieri-soldato si trovavano e le crisi di coscienza negate e sepolte nella furia del tempo di guerra: il dovere, in una certa misura impossibile, di compiere

una scelta in quei frangenti; di applicare un criterio di razionalità ed efficienza in una situazione fuori controllo.

Passando dalla dimensione militare a quella civile, i criteri del “razionale”, del codice di priorità – chi salvare e chi lasciare – possono certo variare anche notevolmente. Ciò che resta simile è un certo “spirito di corpo” che può animare criteri impliciti di scelta anche in ambito civile. Il “mondo” dei sani e quello dei malati, o feriti e moribondi. Il rapporto tra chi ha bisogno vitale di cure e chi le presta; tra chi ce la fa e chi deve essere lasciato indietro, per il bene del gruppo, della collettività o anche dell’umanità in generale. Lo statuto dell’individuo, in trincea come nella corsia di un pronto soccorso, vacilla: la persona spesso accetta con rassegnazione gli imperativi del razionale medico-sanitario e le sue retoriche. Le accetta perché è entrato nella comunità dei sofferenti, dei malati, dei bisognosi di cure: il suo interesse individuale – il suo proprio dolore – può essere misurato solo all’interno di questa dimensione comunitaria. Al razionale si accompagna un’etica, alla sofferenza deve sopraggiungere una resistenza. «L’etica del triage», come ha fatto osservare Nancy Sheper Hughes, in un certo modo sostituisce l’etica della cura, «il rispetto etico per l’uguale valore di ogni vita umana» (SHEPER-HUGHES N. 1995: 418).

Nella sua versione civile il triage prende corpo durante gli anni sessanta, negli Stati Uniti, dove una quota importante della popolazione non aveva una copertura assicurativa sanitaria e il Pronto Soccorso era l’unica struttura tenuta per legge federale a prestare gratuitamente la prima assistenza.

Le prime esperienze italiane sono iniziate all’inizio degli anni novanta, in servizi di Pronto Soccorso con elevati volumi di utenza e in carenza di precise disposizioni legislative. Una tappa fondamentale si può ritenere la pubblicazione delle *Linee guida per il sistema di emergenza-urgenza* del 1996, in applicazione del DPR 27 marzo 1992 del Ministero della sanità, in cui per la prima volta in Italia viene esplicitamente prevista la funzione di triage: «All’interno dei DEA (Dipartimenti di emergenza-urgenza) deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione deve essere svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti».

Gli obiettivi da conseguire attraverso l’attivazione di un sistema di triage sono due: ridurre al minimo i tempi di intervento sul paziente urgente e attribuire a tutti i pazienti un corretto *codice di gravità* (codice colore di priorità) che regoli l’accesso alle cure in relazione alla gravità della

condizione; mantenere l'efficienza complessiva della struttura di Pronto Soccorso.

I principi metodologici che sottendono all'attività del triage sono: la valutazione clinica all'arrivo del paziente; la raccolta dei dati soggettivi; l'interpretazione e la definizione dei dati obiettivi; la rivalutazione delle condizioni del paziente (attraverso protocolli con intervalli di tempo definiti) e la conseguente possibilità di modificare la decisione sul codice da attribuire.

Successivamente è stato introdotto un sistema di documentazione informatizzato, che serve a registrare le informazioni emerse nella raccolta dati e le azioni infermieristiche intraprese. Oltre ad avere un valore medico-legale, questo sistema rafforza la scelta fatta dal personale, rende possibili le rivalutazioni del paziente e permette le consegne agli altri operatori sanitari. Il risultato finale di questo particolare algoritmo decisionale è l'attribuzione del *codice di gravità*.

Nel territorio italiano vengono utilizzati vari sistemi di codifica, che prevedono un numero di categorie di gravità variabile da tre a cinque; l'orientamento prevalente e maggiormente utilizzato è un sistema con quattro categorie, che risulta non troppo complesso e si presta bene a collocare quei pazienti che si trovano tra la situazione di non urgenza e quella di vera e propria emergenza. Quanto alla denominazione sono stati adottati codici numerici, sigle e colori. Nella maggior parte dei servizi di Pronto Soccorso ci si è orientati per l'utilizzo dei cosiddetti “codice colore”, che risultano di immediata comprensione per tutti. In particolare, il sistema informatizzato di triage che abbiamo osservato nella nostra ricerca, utilizza un programma avente uno schema di acquisizione guidato che parte dall'individuazione di un sintomo principale. I rilievi ispettivi, i parametri vitali e la “cascata decisionale” – visibile attraverso un algoritmo standardizzato e relativa al sintomo principale – permettono di avere un supporto automatizzato che indica un codice di gravità-priorità attribuito dal programma al paziente. La decisione finale sul codice di gravità da assegnare al paziente è sempre e solo dell'infermiere, unico professionista sanitario titolare della funzione di triage, con gli obblighi giuridici, medico-legali e professionali che ne conseguono.

Questa metodologia standardizzata è riassunta dall'acronimo S.O.A.P., ovvero: *Soggettività* (la percezione del paziente relativamente al disturbo accusato); *Oggettività* (l'osservazione di segni e sintomi rilevati dal triager); *Analisi* (l'interpretazione dei dati esperiti ed inferiti dall'infermiere); *Piano* (le azioni-interventi e l'attribuzione del codice di priorità).

L'intento pragmatico (e rassicuratorio) di questa partizione in quattro fasi distinte è evidente. Attorno e attraverso di esse si trovano però avvitichati e avviluppati alcuni tra i principali "nodi" dell'antropologia medica. L'osservazione diretta, sul campo, del lavoro del triager li ha individuati nelle loro molteplici forme e nelle loro reali vicissitudini. L'incrocio tra questo livello di osservazione etnografica e i dati quantitativi raccolti attraverso le schede del Pronto Soccorso ha caratterizzato la nostra ricerca.

Tra *Soggettività* e *Oggettività*, nella relazione tra triager e paziente, evidentemente scorre un dolore contaminante, per come viene manifestato, messo in dubbio o indagato e classificato. Un dolore, come scriveva Elaine Scarry, «che si insinua tra di noi, senza che noi possiamo dividerlo, come ciò che non può essere negato e non può essere provato al tempo stesso» (SCARRY E. 1985: 18-19). A fare breccia contro di esso vi sono oggetti – vetri bruniti, banconi, telefoni e monitor – attraverso i quali si articola l'*Analisi*, assieme all'umana voltata di spalle, e il *Piano*, che si produce spesso assieme a una contrazione, un curvarsi della schiena, un linguaggio mancato, un allontanamento, una promessa, una lacrima che indugia sulla guancia, di un volto che al momento ancora nessuno vuol vedere.

La variabile "etnica" dei pazienti di origine straniera rende la relazione del triage ancora più contratta, le parole si infrangono e i vetri bruniti si fanno ancora più opachi quando a riflettersi vi è un viso di colore più scuro. Si può insinuare un assurdo, un elemento non narrativo, che i contraenti, separandosi, si tengono dentro. Un imbarazzo che si aggiunge al dolore e una lacrima trattenuta due volte, in un altrove culturale, che non trova spazio e che apre un secondo fronte di sofferenza.

Stranieri o autoctoni, ci si può trovare a mettere in bilancio il passare un brutto quarto d'ora con il diritto a essere accolti, trattati e sedati, da una parte; dall'altra il ritrovarsi con "un codice così bianco"<sup>(1)</sup> e sette ore di attesa che possono rendere la domanda "perché a me" ancora più abnorme, e ritradurre la sofferenza in dolore intollerabile, rischiando la fuga dalla struttura curante e magari anche dalla stessa possibilità di essere curato e di guarire.

Al di là delle provenienze, rimangono dolorosamente sul bancone del triage le questioni sociali, la condizione di clandestino, lo status basso, l'etichetta di zingaro, barbone, alcolizzato, tossico o prostituta. In questo senso il Pronto Soccorso può anche rischiare di divenire un luogo di violenza strutturale. L'approccio antropologico trova sicuramente il suo senso anche nella forma di una testimonianza.

### *La ricerca*

L'obiettivo della ricerca è stato quello di osservare in che modo l'infermiere triagista attribuisce significato all'esperienza di sofferenza del paziente di origine straniera, e quanto interviene – più in generale – la costruzione sociale del “diverso”, con i suoi stereotipi e pregiudizi, nell'attribuzione corretta del codice di priorità.

Quest'ipotesi di partenza è stata verificata su un gruppo di infermieri triager di una Azienda sanitaria veneta, e due gruppi di pazienti afferenti al Pronto Soccorso, uno di nazionalità italiana e uno di immigrati di diverse nazionalità.

L'esperienza è stata svolta nell'Azienda ULSS 13 della Regione Veneto nell'Ospedale di Dolo (Venezia), presso il servizio di Pronto Soccorso.

Le metodologie di analisi utilizzate sono state due: la prima – quantitativa – mediata attraverso uno strumento “puro” quale le schede informatiche di rilevazione dei segni e dei sintomi, per verificare eventuali differenze nell'attribuzione dei codici di priorità; nello specifico, per le stesse patologie identificate dalla ricerca come significative, si sono confrontati i codici attribuiti dal triager ai pazienti di nazionalità italiana (gli “autoctoni”) e ai pazienti non italiani (gli “stranieri”, immigrati con senza il permesso di soggiorno) – consapevoli dei rischi di generalizzazione delle due categorie – e quindi si sono ricercate le possibili differenze. In secondo luogo è stata compiuta un'osservazione etnografica sugli spazi fisici dell'area di triage; sulla relazione degli attori sociali ed i loro ruoli, cercando di cogliere anche le posture, la prossemica, l'uso delle distanze sociali; il significato degli oggetti, delle strutture materiali e delle tecnologie implicate; il tipo di comunicazione, il linguaggio usato, le etichette verbali, il paralinguaggio, ecc. Questa seconda parte – qualitativa – della ricerca, particolarmente appassionante, è stata svolta nella forma “insider”, approfittando di un incarico di lavoro come triagista presso quel Servizio, osservando per diversi mesi il lavoro dei colleghi.

Data questa opportunità di svolgere una ricerca come “osservatore in situazione”, non si è ritenuto necessario svolgere ulteriori rilievi o interviste narrative con i soggetti coinvolti. L'etnografia è stata dunque condotta più nell'accezione sociologica che in quella antropologica. Il quadro emerso dall'analisi delle schede è apparso subito altamente significativo e la riflessione antropologica ha potuto compiersi semplicemente a partire dalla rilevanza dei dati raccolti (COZZI D. - NIGRIS D., 1996: 268).

Il campione preso in esame – nella ricerca quantitativa – è composto da trecento pazienti, centocinquanta italiani e centocinquanta “non italiani”, di tutte le età. Le patologie confrontate e ritenute rilevanti nella ricerca sono state quelle cardiologiche, respiratorie, neurologiche, traumatiche, addominali, più un gruppo “vario” (episodi psicotici, disturbi del visus, corpi estranei corneali, otalgia, faringodinia, dolori articolari non traumatici, sanguinamenti, febbre e sindromi influenzali, cisti, problemi dermatologici, ecc.).

La rilevazione dei dati mediante l'uso del programma informatizzato è stata fatta singolarmente su ogni cartella clinica dei pazienti; non si sono mai e per nessuna ragione “scelte” delle schede ma sono stati semplicemente seguiti i criteri di appartenenza alle classi di patologie individuate e alla nazionalità.

L'osservazione etnografica – nella parte qualitativa – è stata fatta per tutti gli infermieri e per tutti gli aspetti ritenuti rilevanti per la ricerca. Nel rapporto tra l'analisi strutturata attraverso i dati informatici dei codici di priorità, e l'osservazione semi-strutturata degli aspetti antropologici, abbiamo cercato di trovare un equilibrio e una sinergia.

Per quanto riguarda, più in generale, gli aspetti antropologici e le caratteristiche spaziali della relazione, non abbiamo riscontrato variazioni rilevanti nella prossemica o negli atteggiamenti, a parte gli ovvi segnali di stress sia nei pazienti e sia negli operatori.

Più interessante invece l'osservazione del rapporto con le strutture materiali e con gli oggetti tecnologici. Il computer – strumento che registra le informazioni emerse nella raccolta dati e le azioni infermieristiche intraprese dal triager – viene caricato di attenzioni visive (controllo delle liste di attesa) e tattili (uso del mouse per verificare lo stato delle pratiche aperte) assidue e apparentemente eccessive, anche nei periodi meno intensi di attività. In situazioni difficili, di conflitto con il paziente, si osservano due comportamenti opposti: l'allontanamento fisico o visivo dallo strumento; oppure un incremento delle attività ad esso connesse, come l'apertura e il controllo dello stato delle pratiche, l'aumento delle registrazioni sulle note e delle rilevazioni sui diari e schede infermieristiche, il ricontrollo o la ricodifica dei codici precedentemente assegnati.

I tre telefoni sulla consolle del triager rappresentano una costante fonte di nervosismo: una linea interna da cui arrivano continuamente comunicazioni riguardo ai pazienti in consulenza nei reparti da poter riportare in pronto soccorso; comunicazioni sulle necessità di trasportare alcuni pazienti in diagnostica; comunicazioni dagli ambulatori del pronto soc-

corso per la richiesta di posti letto disponibili per i successivi ricoveri; comunicazioni dal laboratorio su esami ematochimici particolarmente preoccupanti di alcuni pazienti; comunicazioni dalla dirigenza medica per mancate o inesatte compilazioni di referti deputati all'autorità giudiziaria; comunicazioni dai reparti per trasporti urgenti in altre aziende sanitarie di pazienti improvvisamente aggravatisi, ecc. La seconda linea è deputata esclusivamente alle comunicazioni con la Centrale operativa del Servizio 118 del SUEM (Servizio di Urgenza Emergenza Medica), per tutti gli interventi territoriali di competenza. La terza linea telefonica è per chiamate esterne tipicamente dall'utenza che abbisogna di informazioni sanitarie. I comportamenti osservati piuttosto frequenti sono accessi di rabbia, telefoni riagganciati con forza, risposte a monosillabi, sbuffi, sospiri, discussioni animate con gli interlocutori. Risulta evidente come tutto questo possa spesso pregiudicare la relazione con il paziente dietro il vetro, e trascinare la comunicazione su un livello prettamente paraverbale, fatto di toni e cadenze del parlato, pause, sguardi, posture e atteggiamenti.

Bancone e vetro sono le strutture che materialmente si frappongono alla relazione e dividono lo spazio di lavoro del triager dalla sala d'attesa. Il vetro è mobile: scorrendo in senso orizzontale permette la separazione o la comunicazione tra le due aree triage-sala. Attraverso il vetro è sempre possibile il controllo dei pazienti; negli episodi di conflittualità o di emergenze risulta spesso chiuso.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla comunicazione, abbiamo spesso osservato toni aumentati rispetto alle effettive necessità e alle distanze, frequenti ammiccamenti, lapsus nell'eloquio, esitazioni nelle risposte. Sembrano invece diminuire gli sguardi diretti verso l'interlocutore, i cenni del capo in risposta sia affermativa o negativa, i sorrisi simmetrici (cioè “completi”, occhi e labbra che sorridono). La comunicazione è di tipo specialistico, formale, riservata a istruzioni, chiarimenti ed enunciazioni di regole della struttura-sistema. La vita in pericolo, gli stati d'ansia, le crisi psicotiche, i lutti e le disperazioni, il dolore incommunicabile, l'aggressività manifesta, cambiano però radicalmente questo quadro: anche i triager più formali tendono a cambiare matrice-registro comunicativo, provando una comunicazione più informale, empatica, che di solito viene immediatamente e positivamente recepita da pazienti ed astanti, producendo ottime ricadute sulla gestione del caso e sulla conduzione della sala d'attesa. “Buongiorno”, “buonasera”, “salve”, “arrivederci” appaiono i cerimoniali di apertura e chiusura della relazione comunicativa maggiormente impiegati dal paziente verso il triager e

viceversa. L'uso del "tu" e del "ciao" solitamente impiegato da piccoli pazienti o soggetti molto giovani, viene impiegato maggiormente dal gruppo di non italiani verso il triager e viceversa; si nota che tra gli africani tale uso è molto frequente, tra i pazienti provenienti dall'Europa dell'est è quasi assente.

Per quanto riguarda le etichette verbali, il lessico nosografico rivela la sua importanza: "l'ansioso", il "depresso", lo "psicotico", "l'alcolista", il "tossico", "l'isterica", e ancora il "marocchino", lo "zingaro", sono esempi di pregiudizi rispetto a gruppi di persone. Medici ed infermieri, durante le loro conversazioni, utilizzano queste categorie in modo naturale e disinvolto. Vi sono poi atteggiamenti e comportamenti ritualizzati. Pratiche che si possono individuare come copione-matrice, inscenate nella rappresentazione dei ruoli sociali di triager e di paziente. Frequente la richiesta del triager di un documento identificativo del paziente. L'uso di domande a risposta chiusa è il più utilizzato (ad esempio: "ha avuto anche febbre? Sì/No; ora ha vertigine? Sì/No"); raramente si prende in considerazione la narrazione e l'interpretazione personale dell'evento, provando a ricapitarla (ad esempio: "ho capito bene? Lei ha detto che è solo inciampato, quindi non ha avuto vertigine?"). Il paziente viene invitato spesso a rispondere alle domande senza troppe digressioni: identificare celermente il sospetto diagnostico e attribuire il codice di priorità sono ovviamente gli obiettivi principali, e le spiegazioni dei sintomi date dai pazienti passano il più delle volte in secondo piano. Le narrazioni dei pazienti possono essere ascoltate, ciò però rallenta la procedura: nella rappresentazione del triage, maggiore velocità di attribuzione del codice significa maggiore efficacia, efficienza e professionalità. Frasi piuttosto stereotipate spesso concludono il processo: "bene ora si accomodi, la chiamerò io"; "abbiamo delle urgenze, quindi dovrà aspettare molto per questo suo problema"; "lei sta male lo so però deve calmarsi, altrimenti non andiamo bene"; "deve avere pazienza, perché ci sono altri con gli stessi problemi". Ogni triager ha un suo repertorio di frasi che assolvono allo scopo e vengono ripetute sempre eguali. Fanno risparmiare tempo e manifestano efficienza. Sono parole mirate a sedare l'ansia dell'incertezza, dell'imprevisto, ad adeguare il comportamento del paziente alle esigenze della struttura ospedaliera.

I "nodi" restano però irrisolti, e particolarmente ingarbugliati. L'osservazione antropologica delle pratiche del triage conferma e rinforza alcuni importanti temi della psicologia sociale. Le categorizzazioni sociali e gli stereotipi che si producono in questo contesto lavorativo, de-



terminano a loro volta *bias* ed *inferenze* in grado di influenzare il piano cognitivo, falsare l’interpretazione degli eventi e dunque l’attribuzione delle cause. Si definisce infatti *bias* una tendenza cognitiva-percettiva, un sistematico errore di attribuzione causale. Nello specifico del nostro lavoro, il *bias* può evidentemente determinare – per determinati soggetti o particolari patologie e disturbi – una errata attribuzione del codice di priorità.

Ben noto, infine, il carattere disfunzionale di ciò che Hans Seyle definiva «il prezzo di tutto il logorìo e di tutte le lacrime causate dalla vita», ovvero lo stress. Numerose ricerche hanno mostrato come le prestazioni lavorative subiscano un rapido decremento se l’attivazione stressogena dell’individuo supera una soglia di tolleranza o è ripetuta nel tempo. Nell’area sanitaria e nelle “professioni di aiuto” in generale – nel processo di triage in particolare – lo stress persistente può provocare un logoramento dell’operatore che, se non prevenuto, può generare episodi di *burn out*, con gravi ricadute nella professionalità e nell’efficienza dell’attribuzione dei codici di priorità.

### *Descrizione e interpretazione dei risultati*

L’analisi delle schede di triage che abbiamo preso come campione, ci ha permesso di effettuare alcune significative correlazioni dei risultati nel rapporto tra le patologie indagate e i due gruppi di pazienti presi in considerazione.

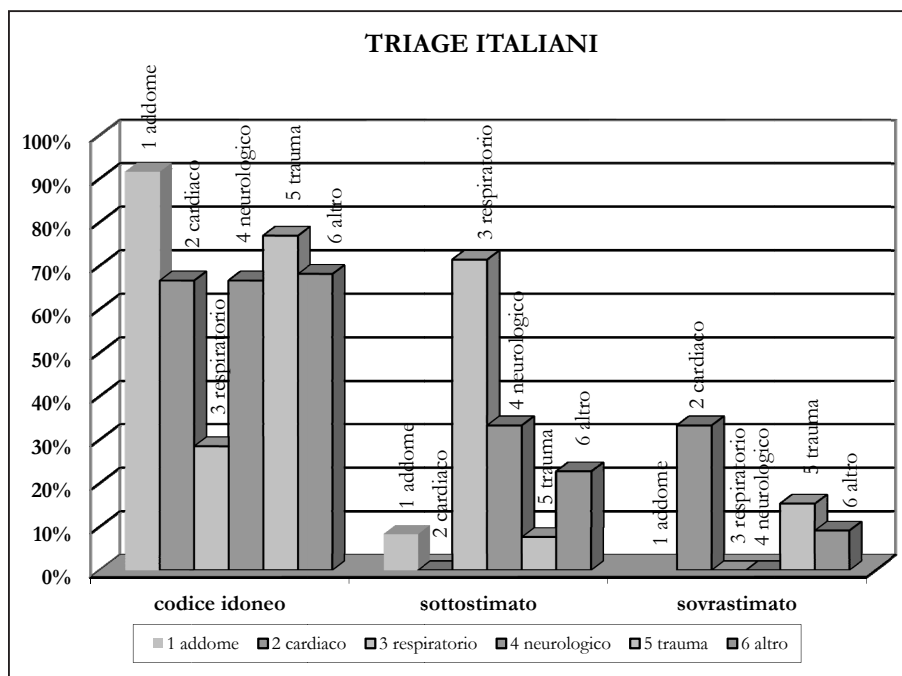
Riportiamo di seguito gli schemi relativi ai due gruppi di pazienti e quelli di confronto:

#### *Pazienti di nazionalità italiana*

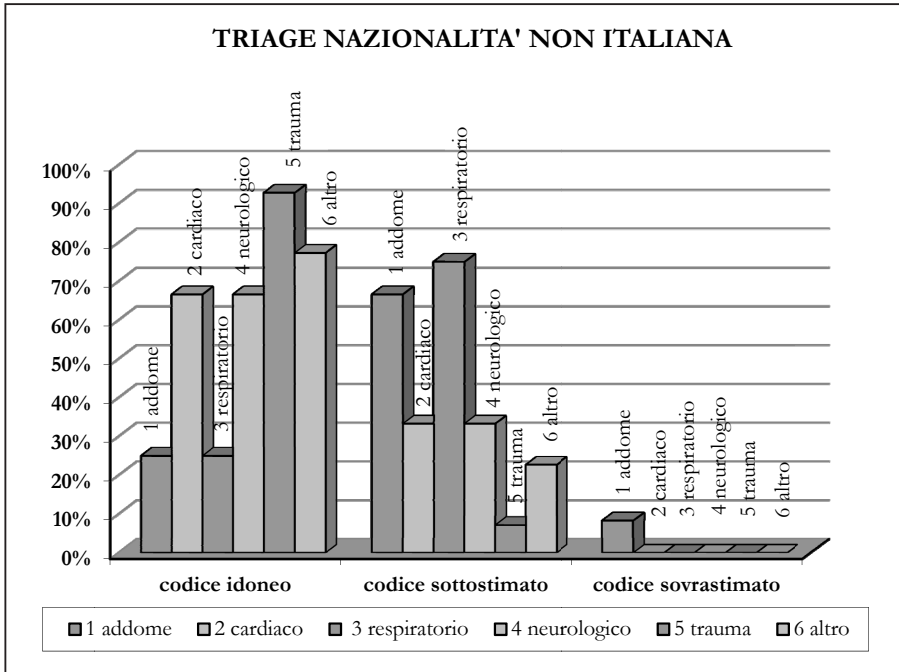
| <b>TRIAGE</b> | <b>codice idoneo</b> | <b>codice sottostimato</b> | <b>codice sovrastimato</b> | <b>performance globale</b> |
|---------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Addome        | 92%                  | 8%                         | 0%                         | buona                      |
| Cardiaco      | 67%                  | 0%                         | 33%                        | buona                      |
| Respiratorio  | 29%                  | 71%                        | 0%                         | insufficiente              |
| Neurologico   | 67%                  | 33%                        | 0%                         | insufficiente              |
| Trauma        | 77%                  | 8%                         | 15%                        | buona                      |
| Altro         | 68%                  | 23%                        | 9%                         | appena sufficiente         |

*Pazienti di nazionalità non italiana*

| <b>TRIAGE</b> | <b>codice idoneo</b> | <b>codice sottostimato</b> | <b>codice sovrastimato</b> | <b>performance globale</b> |
|---------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Addome        | 25%                  | 67%                        | 8%                         | insufficiente              |
| Cardiaco      | 67%                  | 33%                        | 0%                         | insufficiente              |
| Respiratorio  | 25%                  | 75%                        | 0%                         | insufficiente              |
| Neurologico   | 67%                  | 33%                        | 0%                         | insufficiente              |
| Trauma        | 93%                  | 7%                         | 0%                         | buona                      |
| Altro         | 77%                  | 23%                        | 0%                         | appena sufficiente         |



Come evidenziato dagli schemi, il processo di triage del campione pazienti italiani in esame presenta tre asperità: risulta insufficiente la performance applicata alle patologie di natura respiratoria e neurologica; appena sufficiente la performance applicata alle patologie di natura eterogenea.



Il processo di triage del campione “pazienti non italiani” in esame presenta cinque asperità: insufficiente la performance del triage applicato alle patologie di natura addominale, cardiaca, respiratoria e neurologica; appena sufficiente la performance applicata alle patologie di natura eterogenea.

Nello specifico, le principali differenze evidenziate nell’applicazione del processo di triage ai due campioni in esame può essere dunque descritto relativamente alle “performance insufficienti”, alle “patologie ad alto rischio per la vita”, alla “sovrastima” e alla “sottostima” dei codici di triage.

Le performance di triage ad alto rischio, individuate come appena sufficienti e insufficienti, risultano numericamente maggiori nel campione di nazionalità non italiana rispetto al campione di nazionalità italiana; esse sono esattamente cinque, su sei aree indagate (83%), rispetto a tre su sei del campione italiano (50%). Da notare inoltre il grado “sfavorevole” del dato nel campione non italiano: quattro delle cinque performance negative (80%), lo sono in maniera completamente insufficiente; nel campione italiano questo dato si riduce al 66%.

Le performance di triage ad alto rischio, individuate come appena sufficienti e insufficienti, riguardano maggiormente patologie ad alto rischio per la vita nel campione di nazionalità non italiana rispetto al campione di nazionalità italiana; sono nello specifico patologie respiratorie, cardiache e neurologiche, note internazionalmente con l'acronimo A.B.C.D. – *Airways, Breathing, Circulation, Disability* – presente in ogni algoritmo di supporto vitale al paziente. Risultano altresì gravate dall'aggiungersi di patologie addominali, che per emergenza seguono nell'immediato le sopracitate. Nel campione italiano, le stesse patologie cardiache e addominali ottengono viceversa buone performance di triage.

Le attribuzioni dei codici di triage sovrastimati (dati bibliografici ufficiali indicano una tolleranza del 25%, senza che il processo globale venga inficiato), sono assegnati a un numero minore di patologie e con percentuali inferiori, nel campione di nazionalità non italiana rispetto al campione di nazionalità italiana. Risultano, applicati nel campione italiano a una sola area patologica (addominalgia), con percentuale dell'8% e una media pari a  $x=1.33$  dei casi totali; invece nel campione di nazionalità non italiana risultano applicati a tre aree patologiche (cardiache, traumatiche, eterogenee) con percentuali maggiori pari al 33%, 15%, 9% e una media pari a  $x=9.5$  dei casi totali.

Le attribuzioni dei codici di triage sottostimati (non esistono dati bibliografici ufficiali che indichino una tolleranza accettabile, alcuni autori cautamente si attestano su <10%), sono assegnati a un numero maggiore di patologie e con percentuali maggiori, nel campione di nazionalità non italiana rispetto al campione di controllo, di nazionalità italiana. Nello specifico, nel campione di nazionalità non italiana si ottiene una media pari al  $x=39.67$  dei casi totali; nel campione di nazionalità italiana ci si attesta ad una media pari a  $x=23.83$  dei casi totali.

### *Conclusioni*

Dalla ricerca, l'incrocio tra performance di triage insufficienti e patologie ad alto rischio, soprattutto riguardo ai pazienti stranieri e ai casi sottostimati, appare piuttosto preoccupante. Un'ulteriore riflessione può essere fatta relativamente ai dati sulle sovrastime. Nel campione dei pazienti di nazionalità non italiana la percentuale dei casi sovrastimati, come appare dalle tabelle, è praticamente assente. Si tratta di un aspetto piuttosto strano: nel dubbio determinato dalla differenza culturale, nel rischio del malinteso dovuto alla distanza etnica e all'incomprensione della lingua,

il triager dovrebbe essere naturalmente (e professionalmente) portato a sovrastimare, come fa di solito nei casi difficili. Qualcosa sembra invece fraporsi nelle decisioni, forse un elemento di natura ideologica, che ha a che fare con la costruzione sociale del “diverso” e i pregiudizi ad essa connessi. Potrebbe essere la convinzione o il sospetto che il paziente straniero (o il “clandestino”), presentandosi al Pronto Soccorso, approfitti dei servizi sanitari per ottenere cure specialistiche che altrimenti non potrebbe ricevere; che il servizio di Pronto Soccorso possa rappresentare una sorta di breccia attraverso la quale lo “straniero” usurpa i diritti degli autoctoni e grava sulla spesa sanitaria nazionale (cfr. CASTAÑEDA H. 2008; RESTA P. 2008; SPITZER D. 2004). Se questa ipotesi è plausibile, rappresenterebbe la parte più “ragionata” – ossia quella accettata nel discorso pubblico – di qualcosa di più grave. Il calcolo malthusiano sull’utile e sul “peso” che gli “altri” eserciterebbero sulla comunità, suscitano brutte evocazioni di periodi storici non lontani. Il dato sulla assenza di sovrastime nelle schede di triage riferite ai pazienti non italiani potrebbe rivelare un aspetto di violenza strutturale. Ossia la considerazione dello “straniero” o del “clandestino” come un essere umano con meno diritti, come qualcuno che in una certa misura viene considerato già “perduto” o compromesso, qualcuno che si immagina abbia già passato miserie e sofferenze disumane, e dunque vi sia già abituato, o alle quali comunque sia predestinato. Un essere umano “un po’ meno umano”, sul quale la mano può essere calcata, e la dignità ipotecata. Un essere umano che può essere disumanizzato. Non ci si deve stancare, a nostro parere, a ribadire gli assunti sulla violenza strutturale, per come sono stati presentati da Paul Farmer o Nancy Sheper-Hughes (FARMER P. 2006; SHEPER-HUGHES N. 2005).

Molti ospedali, lo sappiamo bene, soffrono di gravi carenze. Mancano i posti letto, a volte persino le barelle. Tuttavia, è proprio quando le ristrettezze economiche immiseriscono le relazioni umane che si affacciano le idee su chi può legittimamente spartirsi i pochi diritti rimasti e quale sia l’utile e il costo di concedere diritti agli “inutili” o agli “stranieri”. I segnali di violenza strutturale rischiano di moltiplicarsi corrispondentemente all’impoverimento della società, ma anche del pensiero e del linguaggio. Sul versante legislativo, il cosiddetto “reato di clandestinità” introdotto in Italia con la legge 94 del luglio 2009, non ha fatto che dare spalla a ogni pregiudizio sullo straniero che “grava” illegalmente sul nostro sistema. In queste condizioni, i campanelli d’allarme su quelli che Franco Basaglia definì “crimini di pace” (BASAGLIA F. - ONGARO BASAGLIA F. 1975), rischiano ancora una volta di suonare a vuoto.

La violenza strutturale, nel suo costo più immediato, nel suo più banale calcolo dell'utile, produce quella forma di disagio psichico purtroppo sempre più diffusa – tra gli autoctoni come gli immigrati – chiamata “sindrome da risarcimento” o “nevrosi da indennizzo” (MARAZZI A. - VALTOLINA G. 2006: 130). Il costo sociale e morale dell'immigrato che perde la positività del suo progetto migratorio, è il problema che oggi ci troviamo di fronte, rispetto al quale rischia di esserci una davvero scarsa coscienza. Lo scenario attuale rimane quello delineato da Tullio Seppilli ormai dodici anni fa: una “oggettiva disfunzionalità” dei vecchi modelli culturali e comportamentali, che produce “vissuti di inadeguatezza” destinati a tradursi in nuovi disagi e patologie (SEPPILLI T. 2000: 37)

Per queste ragioni, affiancare al triager una figura di mediazione, che possa muoversi al di là e al di qua del vetro, costruendo uno spazio di comunicazione e relazione veramente umano e civile nell'ospedale – un mediatore che abbia competenze di antropologia medica e che si occupi di coordinare il lavoro degli specifici mediatori linguistico-culturali – ci sembra un sogno impellente, in quello “stato di emergenza”, come lo chiamava Walter Benjamin, che rimane la regola in cui viviamo (BENJAMIN W. 1995: 79).

## Note

<sup>(1)</sup> Abbiamo preso in prestito il titolo di un famoso romanzo di Javier Marías, *Un cuore così bianco* (*Corazón tan blanco*, 1992, traduz. dallo spagnolo: Einaudi, Torino, 2005).

## Bibliografia

- ARMEZZANI Maria (2008), “Metodo clinico e intercultura”, pp. 107-125, in MANTOVANI Giuseppe (curatore), *Intercultura e mediazione. Teorie ed esperienze*, Carocci, Roma.
- BROWN Rupert (2000) [1988], *Psicologia sociale dei gruppi*, Il Mulino, Bologna [ediz.: orig.: *Group processes. Dynamics within and between groups*, II ediz., Blackwell, Oxford, 1988].
- BASAGLIA Franco - ONGARO BASAGLIA Franca (curatori) (1975), *Crimini di pace*, Einaudi, Torino.
- BENJAMIN Walter (1995) [1955], *Angelus Novus*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Schriften*, Suhrkamp, Berlin, 1955].
- CASTAÑEDA Heide (2008), *Paternity for sale. Anxieties over “Demographic Theft” and undocumented migrant reproduction in Germany*, “Medical Anthropology Quarterly”, vol. 22, n. 4, 2008, pp. 340-359.
- CONTARELLO Alberta - MARRAZZA Bruno (2000), *Le dimensioni sociali dei processi psicologici*, Laterza, Roma - Bari.

- COZZI Donatella - NIGRIS Daniele (1996), *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, ORISS, Pisa - Colibrì, Paterno Dugnano (provincia di Milano).
- DEI Fabio (curatore) (2005), *Antropologia della violenza*, Meltemi, Roma.
- DI MARIA Franco - FALGARES Giorgio (2005), *Elementi di psicologia dei gruppi*, McGraw-Hill, Milano.
- FARMER Paul (2006), *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, pp. 265-302, in QUARANTA IVO (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- FONDAZIONE ISMU (2010), *Sedicesimo rapporto sulle migrazioni. 2010*, Franco Angeli, Milano.
- GOOD Byron J. (1999 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994].
- GOOD DEL VECCHIO M.J. - BRODWIN P.E. - GOOD B.J. - KLEINMAN A. (1992), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN Arthur (1988), *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.
- LE BRETON David (2007 [2006]), *Antropologia del dolore*, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Anthropologie de la douleur*, Éditions Métailié, Paris, 2006].
- MARAZZI Antonio (curatore) (2005), *Voci di famiglie immigrate*, Franco Angeli - Fondazione ISMU, Milano.
- MARAZZI Antonio - VALTOLINA Giovanni G. (2006) (curatori), *Appartenenze multiple. L'esperienza dell'immigrazione nelle nuove generazioni*, Franco Angeli - Fondazione ISMU, Milano.
- MAROGNA Cristina (2008), *Principi di dinamica di gruppo*, CLEUP, Padova.
- NATHAN Tobie (2003 [2001]), *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Seuil, Paris, 2001].
- PANDOLFI Mariella (curatrice) (1996), *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi, Roma.
- PEDRON Arrigo - MAERAN Roberta (2002), *Psicologia e mondo del lavoro*, LED, Milano.
- PIZZA Gianni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- QUARANTA IVO (curatore) (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- RESTA Patrizia (curatrice) (2008), *Il vantaggio dell'immigrazione. Un progetto per una cultura condivisa*, Armando, Roma.
- SCARRY Elaine (1990 [1985]), *La sofferenza del corpo*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The body in pain. The making and unmaking of the world*, Oxford University Press, New York, 1985].
- SEPELLI Tullio (1996), *Antropologia Medica: fondamenti per una strategia*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 1-2, ottobre 1996, pp. 7-22.
- SEPELLI Tullio (2000), *Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 9-10, ottobre 2000, pp. 35-58.
- SPAGNA Francesco (1999), *La comunicazione della malattia nelle società multietniche*, pp. XIII-XIV, in *Atti del V Congresso Regionale ANIARTI Veneto “Umanizzazione in area critica: dalla comunicazione alla relazione”*, Padova, 23 maggio 1998, “Scenario”, suppl. al n. 2, 1999.
- SPAGNA Francesco (2012), *Uno sguardo antropologico sull'ospedale*, postfazione, pp. 74-80, in *Atti del Convegno “Culture diverse in ospedale” organizzato dall'Associazione Volontari Ospedalieri di Padova*, CSV - Centro Studi della Barbariga, Padova, 2012.
- SHEPER-HUGHES Nancy (2000 [1994]) *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, pp. 281-295, in BOROFKY Robert (curatore), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma [ediz. orig. del volume: *Assessing cultural anthropology*, McGraw-Hill, 1994].

SHEPER-HUGHES Nancy (2005 [2002]), *Questioni di coscienza. Antropologia e genocidio*, pp. 247-302, in DEI Fabio (curatore), *Antropologia della violenza*, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Coming to our senses: anthropology and genocide*, pp. 348-381, in HINTON A.L. (curatore) *Annihilating difference. The anthropology of genocide*, University of California Press, Berkeley, 2002].

SHEPER-HUGHES Nancy (1995), *The primacy of the ethical. Propositions for a militant anthropology*, "Current Anthropology", vol. 36, n. 3, giugno 1995, pp. 409-440.

SONTAG Susan (1992 [1978 e 1988]), *Malattia come metafora. Aids e cancro*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Illness as metaphor*, Strauss and Giroux, New York, 1978, e *Aids and its metaphors*, Strauss and Giroux, New York, 1988].

SPITZER Denise (2004), *In visible bodies. Minority women, nurses, time and the new economy of care*, "Medical Anthropological Quarterly", vol. 18, n. 4, 2004, pp. 490-508.

## Scheda sugli Autori

Alvise Da Lio, nato nel 1971, è infermiere e istruttore di Triage presso la ULSS 13 di Mirano (provincia di Venezia). Ha conseguito la Laurea in infermieristica presso la Facoltà di Medicina e chirurgia e nel 2010 la Laurea triennale in Psicologia sociale e del lavoro presso l'Università degli studi di Padova, con una tesi in Antropologia culturale. Possiede diverse abilitazioni professionali di Area Critica. Membro dell'A.N.I.F.E., Associazione nazionale infermieri formazione emergenza, e dell'A.I.S.A.C.E Associazione infermieri specializzati in area critica ed emergenza, si è occupato di formazione infermieristica, seguendo come co-relatore diverse tesi di laurea presso la Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata, dell'Università di degli studi di Padova e dell'Università degli studi di Udine; ha inoltre insegnato in corsi per infermieri e per operatori socio-sanitari.

Francesco Spagna, nato a Verona nel 1962, si è laureato in Filosofia e perfezionato in Antropologia culturale e sociale presso l'Università degli studi di Padova. Ha svolto un Dottorato di ricerca quadriennale in Antropologia culturale ed etnologia, compiendo ricerche sul terreno presso comunità Native Americane in Stati Uniti e Canada. Oltre alle ricerche sulla Capanna di Medicina e altre forme di sciamanismo amerindiano, ha cominciato a occuparsi di tematiche di antropologia medica dalla fine degli anni novanta. Ha insegnato per dieci anni etnoantropologia presso i corsi di Laurea in infermieristica delle Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Torino e dell'Università degli studi di Padova, dal 2001 al 2011. Ha insegnato Antropologia medica ai corsi per Educatori socio sanitari presso la Facoltà di Scienze della formazione dell'Università degli studi di Torino dal 2003 al 2008. Attualmente insegna Antropologia culturale presso le Facoltà di Psicologia, di Scienze della formazione e di Scienze politiche, ora confluite nel Dipartimento di filosofia, sociologia, pedagogia e psicologia applicata dell'Università degli studi di Padova. È membro del C.I.R.S.S.I., Centro interdipartimentale di ricerca e servizi per gli studi sull'interculturalità dell'Università degli studi di Padova dal 2007.



## Riassunto

*“Un codice così bianco”. Aspetti antropologici del triage in una ricerca sulle “priorità” presso il Pronto Soccorso di un ospedale veneto*

Il processo di triage è un atto decisionale di competenza infermieristica, che deve attribuire un codice di priorità per i pazienti afferenti al pronto soccorso, in base a criteri definiti. La necessità di eseguire delle non facili “scelte sul campo” in situazioni di emergenza è antica quasi quanto l’uomo stesso, nella sua storia di carestie, guerre o epidemie. Oggi le conoscenze acquisite dalla medicina e dall’infermieristica, attraverso l’utilizzo di parametri internazionali e algoritmi decisionali, permettono di applicare il processo di triage a scopo di valutazione e cura con valido margine di sicurezza, anche se alcuni altri elementi rendono il processo non immune da rischi. Valori, pregiudizi, rappresentazioni culturali, malintesi, possono riflettersi nel processo di triage, caricandolo di significati particolari e determinando esiti imprevedibili.

Partendo da tali considerazioni la nostra ricerca ha cercato di indagare su come l’infermiere “triagista” attribuisce significati e valori alla rappresentazione sintomatologica e all’esperienza di sofferenza del paziente di origine straniera, e come questo rapporto possa inficiare l’attribuzione corretta del codice di priorità, in termini di insufficienza e di sottostima. Il rischio che si producano forme di violenza strutturale è stato preso in considerazione. La ricerca è stata compiuta attraverso una rilevazione statistica e un’osservazione etnografica presso il Pronto Soccorso dell’Ospedale di Dolo (Venezia).

*Parole chiave:* sofferenza, diagnosi, immigrazione, infermieristica.

## Résumé

*“Un code si blanc”. Aspects anthropologiques du triage dans une recherche sur la priorité aux urgences d’un hôpital de Vénétie.*

Le processus de triage est un acte relevant de la compétence des infirmiers qui doivent appliquer un code de priorité aux patients admis aux urgences, sur la base de critères définis. La nécessité d’opérer des choix en situation difficile dans l’urgence remonte aussi loin que l’origine de l’homme, tout au long de son histoire de famines, de guerres ou d’épidémies. Aujourd’hui, les connaissances acquises dans le domaine médical et infirmier, grâce à l’usage de paramètres internationaux et des algorithmes décisionnels, permettent au processus de triage de diagnostiquer et de soigner avec une marge de sécurité solide, même si quelques éléments n’assurent pas le risque zéro. Valeurs, préjugés, traditions culturelles, malentendus peuvent

interférer dans le processus de triage avec d'importants détails pouvant entraîner des suites imprévisibles.

A partir de telles considérations notre étude a cherché à savoir quelles significations et quelle importance l'infirmier triagiste attribue aux symptômes apparents et à l'expérience de la souffrance du patient d'origine étrangère et comment ce rapport peut fausser l'application correcte du code de priorité pour insuffisances et sous-évaluation. Le risque de rencontrer des formes de violence structurelle a été pris en considération. La recherche a été effectuée au moyen de données statistiques et d'une observation ethnographique aux urgences de l'hôpital de Dolo (Vénétie).

*Mots clés:* souffrance, diagnostic, immigration, infirmier.

## Resumen

*“Un código tan blanco”. Aspectos antropológicos del “triage” en una investigación sobre la prioridad en el servicio de Primeros Auxilios en un hospital veneto*

El proceso de “triage” es un acto de decisión y de competencia del personal de enfermería, que debe atribuir un código de prioridad para los pacientes que hacen uso del servicio de urgencias, con base a los criterios definidos. La necesidad de tomar decisiones difíciles sobre el terreno, en situaciones de emergencia, es tan antigua casi como el hombre mismo a lo largo de su historia, en situaciones de hambrunas, guerras o epidemias. Hoy los conocimientos adquiridos desde la medicina y desde la enfermería, a través de la utilización de parámetros internacionales y algoritmos decisionales, permiten aplicar el proceso de “triage” con fines valorativos y de terapia con altos márgenes de seguridad, aunque existen otros elementos que no eximen el proceso de algunos riesgos. Valores, prejuicios, representaciones culturales y malentendidos, pueden reflejarse en el proceso de “triage”, cargándolo de significados particulares determinando resultados imprevisibles.

Partiendo de tales consideraciones nuestra investigación ha pretendido investigar sobre cómo el o la enfermera “triagista” atribuyen significado y valores a la representación sintomatológica y a la experiencia de sufrimiento del paciente de origen extranjero, y cómo esta relación pueda invalidar la atribución correcta del código de prioridad, en términos de insuficiencia o de subestima. El riesgo que se produzcan formas de violencia estructural ha sido tomado en consideración. La investigación ha sido realizada a través del levantamiento de datos estadísticos y la observación etnográfica en el reparto de Primeros Auxilios del Hospital del Dolo en Venecia.

*Palabra claves:* sufrimiento, diagnosis, inmigración, enfermería.

## Abstract

*“A code so white”. Anthropological aspects of triage in a research about “prioritizing” patients at the first aid of a Venetian hospital*

Prioritizing is a nursing assessment, the decision through which a code of priority is given to patients in Emergency Room, according to established criteria. The duty to take a decision in emergency situations is as old as manhood, especially during famines, wars or epidemics. Today the medical and nursing knowledge, through international standards and decisional algorithms, is able to apply triage prioritizing of patients, with caring objectives and with a good safety margin, even if risks cannot be excluded. Values, prejudices, cultural schemes, misunderstandings can interfere with triage prioritizing and determine erratic outcomes.

The research tried to inquire the way in which the triage nurse assigns values and meanings to the representation of symptoms and experience of pain of the foreign patient; and further, how this relationship could invalidate prioritizing, in terms of inadequacy and underestimation. The risk of structural violence has been considered. The research has been conducted by statistical data and ethnographic observation at the Emergency Room of the Hospital of Dolo (Venice).

*Keywords:* pain, diagnosis, immigration nursing.