



Regione Lazio



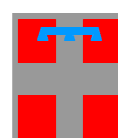
Regione Liguria

Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

Pronto Soccorso e sistema 118

Milestone 1.3 - Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (triage PS e 118)





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

RIFERIMENTI

Redatto da: Società:	Gruppo di Lavoro Ristretto
Verificato da: Società:	Dott.ssa Gabriella Guasticchi ASP Lazio
Approvato da: Data	Gruppo di Lavoro Ristretto 21/01/07



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

INDICE

1	INTRODUZIONE	3
2	DEFINIZIONE DEL TRIAGE E AMBITI DI ATTIVITÀ	3
3	CENNI STORICI	5
4	REVISIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA	6
4.1	ESPERIENZE INTERNAZIONALI	6
4.2	ESPERIENZE ITALIANE E NORMATIVA NAZIONALE	8
4.3	MODELLI DI TRIAGE	12
5	RICOGNIZIONE NAZIONALE DEI SISTEMI DI VALUTAZIONE DEI PAZIENTI ADOTTATI IN PS E SISTEMA 118	14
5.1	METODOLOGIA	14
5.2	RISULTATI	14
6	IL SISTEMA TRIAGE IN PS: MODELLO GLOBALE	18
6.1	METODOLOGIA DEL SISTEMA TRIAGE GLOBALE IN PS	18
7	GESTIONE DELL'EMERGENZA PREOSPEDALIERA	22
7.1	FASE DELLA CENTRALE OPERATIVA	22
7.1.1	<i>Acquisizione di informazioni generali</i>	22
7.1.2	<i>Attribuzione di un codice di priorità</i>	22
7.2	FASE TERRITORIALE	23
7.2.1	<i>Valutazione sanitaria sul territorio</i>	23
7.2.2	<i>Valutazione sanitaria alla consegna del paziente al pronto soccorso</i>	23
8	BIBLIOGRAFIA	25
9	APPENDICE	28
	ALLEGATI	54



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

1 INTRODUZIONE

L'importanza di ricorrere ad un efficace processo di valutazione dei pazienti deriva dalla necessità di razionalizzare ed ottimizzare l'intervento medico e di disporre di un sistema, sufficientemente flessibile, in grado di rendere ed assicurare una adeguata selezione dei pazienti in attesa in relazione all'urgenza dell'assistenza necessaria.

Il sistema più efficace per la valutazione del paziente è stato ormai individuato nel triage che, ancora oggi, presenta una forte disomogeneità di utilizzo nelle singole regioni italiane.

Il presente documento si propone di individuare un modello di triage ospedaliero e pre-ospedaliero ed un sistema di codifica uniforme utilizzabile a livello nazionale.

2 DEFINIZIONE DEL TRIAGE E AMBITI DI ATTIVITÀ

Una delle definizioni che meglio descrive l'attività di triage in ambito sanitario è quella fornita dall'American College of Surgeon: "Il TRIAGE consiste nell'attribuzione dell'ordine di trattamento dei pazienti sulla base delle loro necessità di cura e delle risorse disponibili".

Allo stesso tempo, oltre la funzione organizzativa, al *trriage* viene riconosciuto il valore aggiunto di vero e proprio atto terapeutico in quanto favorisce il miglior trattamento del paziente. Il concetto di *trriage*, pur mantenendo la sua importanza e peculiarità per quanto riguarda i pazienti traumatizzati e nelle maxi-emergenze, è esteso anche all'identificazione delle priorità terapeutiche legate alla gravità del singolo paziente con patologia non traumatica.

Il triage viene praticato nelle situazioni dove occorre effettuare delle scelte di priorità poiché non è possibile erogare immediatamente le cure necessarie a tutti i pazienti. Considerata la diversità del contesto assistenziale, dei criteri decisionali e delle risorse da allocare, gli studi sul triage si sono sviluppati e notevolmente differenziati tra loro a seconda del contesto nel quale tale attività si deve realizzare; oggi, infatti, si parla di triage:

- nelle maxiemergenze e catastrofi,
- nel soccorso extraospedaliero (valutazione telefonica e sul luogo dell'incidente),
- in Pronto Soccorso.

Queste tre tipologie di triage differiscono notevolmente tra di loro per obiettivi, metodologie, tipologia di operatori coinvolti e meccanismi operativi.

Il *trriage* consiste in una breve valutazione di segni apparenti e sintomi riferiti che determina una serie di azioni/decisioni da prendere:

1. Alla chiamata: (attività svolta dalle Centrali Operative provinciali del S.E.S. 118) la risposta all'allarme sanitario, la raccolta di informazioni essenziali per stabilire gli indici di gravità e le priorità di intervento, la loro comunicazione alle unità di soccorso al fine di garantire una risposta appropriata alla richiesta di soccorso;
2. Sul territorio: la velocità di trasporto e la scelta dell'ospedale idoneo;
3. Nel PS: il tempo e la sequenza con la quale il paziente deve essere curato.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Queste azioni/decisioni sono generalmente basate su una breve valutazione del paziente e delle funzioni vitali, considerando inoltre importanti lo stato generale del paziente, il suo stato mentale e la meccanica dell'incidente nel caso di lesioni traumatiche (*Derlet R, 2003*).

La metodica del Triage deve fundamentalmente essere di facile applicazione, comprensiva ed adeguata alle capacità di chi lo pratica.

Il suo utilizzo coinvolge personale medico-infermieristico ed ausiliario e comporta una stretta collaborazione tra queste figure, oltre alle figure esterne ai PS/DEA (mezzi di soccorso, centrali operative, etc.).

Per quanto riguarda la fase della chiamata, tutte le richieste di intervento raccolte dalla Centrale Operativa del 118 sono codificate per tipo (malattia, trauma, ecc.) e gravità (emergenza, urgenza, non emergenza/urgenza), secondo un appropriato *triage* telefonico (*dispatch*). In questo modo si assicura una migliore risposta all'emergenza realizzando un più rapido intervento, anche avvisando tempestivamente l'ospedale dell'arrivo del paziente grave. I limiti del *dispatch* derivano dall'imprecisione e dai problemi di dialogo fra chi richiede e risponde alla chiamata di soccorso e dalla poca compliance dovuta alle caratteristiche di questo sistema (*Nemitz B, 1995*).

La gravità dell'evento può essere prevista e codificata grazie all'impiego di domande standardizzate, anche con l'ausilio di supporti informatici, volte ad individuare la dinamica dell'accaduto, lo stato di coscienza e l'attività respiratoria delle vittime coinvolte. Non sempre chi chiama risponde adeguatamente alle domande, l'effettiva corrispondenza tra gravità prevedibile e quella riscontrata si verifica solo tra il 62 e l'88% dei casi (*Neely KW, 2000*) ed in genere i protocolli di codifica impiegati comportano l'utilizzo di mezzi con potenzialità di soccorso più avanzate (ALS) di quanto effettivamente sia necessario (*Palumbo L, 1996*).

Per quanto riguarda il *triage* sul luogo dell'evento l'American College of Surgeons sostiene che esso è parte integrante della valutazione e del trattamento iniziale che il paziente deve ricevere dai sanitari quando arrivano sulla scena del trauma (*ACS COT, 1999*).

Il triage intra - ospedaliero rappresenta, invece, uno strumento organizzativo introdotto nei Pronto Soccorso al fine di dare un'appropriata risposta ai bisogni e alle domande di salute del cittadino.

Il Triage, dunque, è un processo decisionale complesso e dinamico composto da un insieme di azioni necessarie a stabilire la priorità di accesso alla visita medica in Pronto Soccorso per garantire tempestiva assistenza a pazienti in condizione di emergenza/urgenza.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

3 CENNI STORICI

Il *trriage* sanitario si è sviluppato dalla necessità di determinare una priorità di cura tra i soldati feriti nei campi di battaglia. Il concetto di dare una priorità a certi pazienti e provvedere a cure immediate per i feriti che più avrebbero beneficiato di un intervento tempestivo si affermò in Francia nei primi anni del XIX secolo. La stessa parola *trriage* deriva dal francese “*trier*” che significa smistare. Nel secolo successivo questa pratica fu sviluppata negli eserciti di tutto il mondo; il risultato fu che molti feriti che sarebbero morti per interventi chirurgici tardivi, ricevettero in tempo le cure intensive necessarie. Durante la prima guerra mondiale il miglior outcome dei feriti di guerra fu attribuito ad un *trriage* appropriato.

La ricerca di letteratura ha evidenziato che il *trriage* venne praticato per la prima volta in ambito sanitario durante le guerre napoleoniche, quando il capo chirurgo dell'ospedale da campo dell'armata francese, il barone Jean Dominique Larrey, organizzò i primi soccorsi ai soldati feriti sul campo e scelse di soccorrere per primi quelli che avevano subito lesioni meno gravi ed erano quindi più rapidamente recuperabili per la battaglia. E' questa la prima volta nella storia che un sanitario opera delle scelte per stabilire le priorità di trattamento sulla base di criteri definiti, superando la casualità dettata dall'ordine di arrivo degli infortunati.

In seguito la pratica del *trriage* si diffuse in ambito bellico con caratteristiche sempre più evolute e perfezionate (metodo di applicazione e sua organizzazione) e contribuì notevolmente a migliorare i sistemi di soccorso sanitario.

Successivamente ritroviamo l'applicazione del *trriage* nella medicina delle catastrofi e nelle maxi emergenze dove, in caso di calamità occorre effettuare una rapida valutazione della situazione e una selezione dei pazienti, in modo da rendere utilizzabili le risorse disponibili nel modo più efficace possibile, stabilendo priorità di trattamento e di evacuazione.

Il concetto di TRIAGE intraospedaliero nasce negli Stati Uniti alla fine degli anni '50 e primi anni '60. La necessità di introdurre tale sistema fu motivata dall'analisi di due situazioni che si stavano verificando nei dipartimenti di emergenza: l'aumento progressivo del numero di pazienti trattati in PS e contemporaneamente l'incidenza sempre più elevata di casi non urgenti.

Si iniziò a parlare, quindi, di sovraffollamento dei PS e nacque l'esigenza di realizzare l'attività di *trriage* per razionalizzare i tempi di attesa in funzione delle necessità dei pazienti, superando il precedente criterio di ordine di arrivo ed evitando che persone in gravi condizioni si allontanassero senza essere visitate.

Gli statunitensi Grosman e Arne, descrivendo la situazione degli ospedali americani negli anni sessanta, individuarono come cause di sovraffollamento del PS cinque ordini di fattori: l'aumento della richiesta di cure non urgenti, l'aumento dei pazienti senza altre possibilità di accesso al sistema sanitario, l'incremento della popolazione con patologie acute o croniche con frequenti riacutizzazioni, il negativo impatto dell'uso di droghe e l'aumento dell'incidenza di crimini violenti e traumi, tutto ciò indusse ad attivare sistemi di *trriage*.

Anche indagini più recenti hanno confermato l'esistenza del problema: lo statunitense Derlet, analizzando la realtà americana alle soglie del 2000, ha individuato fra le cause di sovraffollamento dei PS: l'aumento del numero di accessi; la crescente complessità e gravità delle patologie dei pazienti legata all'invecchiamento; la carenza di posti letto; la valutazione ed il trattamento intensivi finalizzati alla riduzione dei ricoveri; la carenza di spazi fisici e di operatori; le difficoltà di linguaggio e culturali; la complessità del carico amministrativo; la difficoltà a predisporre un percorso di cura successivo. Lo stesso studio ha evidenziato le conseguenze del sovraffollamento quali: il prolungamento delle attese e delle situazioni di disagio e di dolore, l'insoddisfazione degli utenti e degli operatori, lo scadimento della qualità delle prestazioni, l'aumento degli episodi di



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

violenza e di problemi medico-legali, la chiusura temporanea ed il reindirizzamento delle ambulanze ad altri PS.

4 REVISIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Si è proceduto ad una vasta ricerca di materiale bibliografico e alla revisione della letteratura scientifica sui sistemi di triage adottati in ambito nazionale e internazionale specificamente per le attività di emergenza.

Le ricerche sono state effettuate sui maggiori motori di ricerca generici (Google, Altavista e Yahoo); su Pubmed e sulla Cochrane Library.

4.1 ESPERIENZE INTERNAZIONALI

La realtà statunitense.

Il modello di triage degli Stati Uniti è stato sicuramente fra i più significativi ed ha ispirato lo sviluppo dei sistemi di triage in molte nazioni fra cui l'Italia.

A differenza di quanto ci si possa attendere, negli USA non si è diffuso e costituito un unico e standardizzato modello di triage ma le differenti esperienze hanno contribuito a realizzare una situazione alquanto eterogenea sia nei metodi che nei sistemi di valutazione e codifica.

Una ricerca eseguita dall'E.N.A. (Emergency Nurses Association) nel 2001 ha evidenziato come, tra tutti i P.S. degli Stati Uniti con triage attivo, il 65% di essi ha istituito un sistema di triage Globale, il 24% Spot-check, il 4% direttore del traffico e nel 7% è stato riferito un sistema misto a 2 livelli di priorità. Nei P.S. con triage attivo, nell'89% dei casi era un infermiere ad attuare il triage, mentre negli altri le scelte sono state diverse (paramedici, medici, altri operatori); nel 12% dei Dipartimenti di Emergenza non era utilizzato alcun sistema di classificazione delle urgenze.

Nella stessa ricerca si è affermato che nei 2/3 dei P.S. americani è stato utilizzato un sistema a soli tre livelli di priorità (Emergenza, Urgenza, non Urgenza); mentre alcune indicazioni governative riportano come efficace il modello a quattro livelli di priorità (Emergenza, Urgenza, semi-Urgenza e non-Urgenza).

Gli obiettivi di miglioramento dell'uso del triage più significativi per il sistema americano sono quelli di:

- ridurre i tempi di attesa dei pazienti per la valutazione di triage e per l'attesa della visita medica;
- aumentare la consistenza e l'accuratezza della categorizzazione di triage;
- implementare sistemi di rivalutazione dei pazienti in attesa;
- definire un modello comune e adottare un sistema di codifica uniforme in tutti i dipartimenti di emergenza.

L'esperienza inglese.

Il Triage nel Regno Unito ha avuto inizio 20 anni fa mutuando dagli USA alcuni sistemi di selezione e valutazione dei pazienti per dare priorità d'accesso agli utenti in PS. Tuttavia il sistema non era diffusamente applicato e la sua pratica non era uniforme; le decisioni prese in Triage variavano da un'unità operativa all'altra e da un infermiere all'altro. La "Carta dei diritti del paziente", pubblicata nel 1992, fra altri indicava un obiettivo particolarmente rilevante per il PS: "Tutti i pazienti saranno accolti e valutati entro cinque minuti dall'arrivo". Per mettere in pratica questa direttiva governativa, la valutazione del triage fu ridotta a una valutazione rapida a "prima vista" e l'infermiere di triage fu



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

etichettato come "infermiere hello". Questo standard aveva poco a che fare con la qualità del servizio ma spinse molti dipartimenti di emergenza a introdurre una qualche forma di valutazione rapida.

Negli ultimi dieci anni i dipartimenti di emergenza hanno subito un incremento del numero degli utenti e della loro gravità. Per gestire questo variato ed imprevedibile carico di lavoro fu proposto un sistema formale per la gestione dell' accettazione del paziente. Un gruppo di infermieri e medici specializzati in emergenza hanno sviluppato un modello, chiamandolo, dalla città dove prese origine, Manchester Triage System (MTS), che fu pubblicato nel 1997 e che diventò poi il sistema di triage adottato in tutto il Regno Unito.

Tale sistema, finalizzato ad assicurare delle decisioni standardizzate e basate sulle priorità dei pazienti, attraverso un numero definito di sintomi/problemi che si possono presentare all'infermiere di Triage, si compone di diagrammi di flusso con elementi decisionali generali e specifici.

Il MTS, oltre a elaborare il modello di triage globale per le realtà europee, offre uno standard di valutazione e di assegnazione delle priorità cliniche. Grazie a questo sistema i Pronto Soccorso inglesi possono mettere a confronto l'attività dei singoli operatori tra loro ed in rapporto agli standard previsti.

In Inghilterra le indicazioni normative più recenti sono arrivate fino alla determinazione dei tempi massimi per l'intero processo di permanenza in pronto soccorso, determinando forti ricadute sulle modalità organizzative e di gestione dei percorsi dei Dipartimenti di Emergenza.

Il modello canadese

In Canada, il Triage è una parte essenziale nella valutazione del paziente in casi di emergenza.

Lo sviluppo storico del triage e della scala di gravità canadese CTAS "Canadian Triage Acuity Scale" fu generata dalla necessità di migliorare e standardizzare il triage a livello nazionale. Prima di questo lavoro le scale di triage in uso non erano affidabili ed era sentito il bisogno di aumentare l'attendibilità delle scale di valutazione. Il "vecchio" sistema di triage non si focalizzava sul paziente ma aveva variazioni nelle definizioni e nelle applicazioni che venivano interpretate in diversi modi dagli operatori .

Nel 1995, il Gruppo Nazionale di Triage Canadese, formato da medici ed infermieri, partendo dalle scale di triage australiane (NTS), attraverso un lavoro di adattamento al contesto canadese e l'aggiunta di una scala di valutazione del dolore, ha sviluppato il Canadian Triage Acuity System (CTAS). Ottenuta la validazione delle maggiori associazioni scientifiche dell' emergenza del Canada (le due associazioni, anglofona e francofona, dei medici d'emergenza e la Società Nazionale degli Infermieri di Emergenza) il CATS fu pubblicato nel 1999, e divenne il modello di riferimento nazionale.

Sempre lo stesso gruppo di lavoro, nel 2001 ha presentato le linee-guida specifiche per l'età pediatrica.

Il CTAS prevede una scala a cinque livelli di priorità definiti come segue: - livello 1 rianimazione - livello 2 emergenza - livello 3 urgenza - livello 4 urgenza minore - livello 5 non urgenza; per ogni livello è definito il limite di tempo massimo entro il quale il paziente deve essere visitato. La "valutazione infermieristica primaria" è il momento in cui il paziente riceve una prima valutazione e viene inviato in una area di trattamento. I tempi previsti per l'inizio del trattamento sono: livello 1 accesso immediato, livello 2 accesso immediato dopo il livello 1, livello 3 entro 30 minuti, livello 4 entro 60 minuti e livello 5 entro 120 minuti.

Il CTAS è stato oggetto di numerose verifiche e studi che riguardano l'attendibilità della scala CTAS i quali dimostrano eccellenti tassi di accordo fra medici e infermieri che usano la scala.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Il CTAS ha ricevuto un'estesa approvazione in tutto il Canada, è stato adottato nei dipartimenti d'emergenza di ogni provincia ed è ormai un elemento obbligatorio, previsto nei requisiti minimi dei dipartimenti di emergenza canadesi.

Attualmente si sta diffondendo il suo utilizzo anche tra gli operatori non infermieri delle ambulanze, è infatti allo studio l'ipotesi di adottare un unico modello di triage sia nel soccorso territoriale che nelle realtà ospedaliere.

Il CTAS è un processo dinamico che viene rivalutato ogni anno dal Gruppo Nazionale di Triage Canadese.

L'esperienza australiana.

L' "ATS" (Australasian Triage Scale), approvata nel 1995 ed utilizzata in tutta l'Australia e la Nuova Zelanda, è caratterizzata principalmente dalla stima dell'urgenza clinica e prevede un sistema di codici su cinque livelli.

L'ATS richiede che infermieri diplomati specificatamente addestrati pratichino il triage di tutti i pazienti al loro arrivo in PS, determinando categorie di triage in modo da completare la frase: "Questo paziente deve aspettare per la valutazione e il trattamento medico non più di minuti" . Per ogni categoria di triage viene indicato infatti un massimo di tempo che può trascorrere prima del trattamento; per ciascun codice è indicato anche il criterio di performance accettabile.

La valutazione richiede da due a cinque minuti; gli infermieri rilevano i segni vitali e altri dati ritenuti significativi a seconda del sintomo principale del paziente. Vengono anche fornite precise indicazioni sulle condizioni sintomatologiche più frequenti ed il relativo codice "consigliato". Una valutazione accurata del sistema dimostra un alto grado di affidabilità. In appendice è riportata una tabella esemplificativa.

L'esperienza tedesca.

Il triage infermieristico in P.S. è ancora quasi inesistente nei paesi di lingua tedesca (Germania, Austria, Svizzera).

Le motivazioni di questa situazione risiedono nel fatto che il sovraffollamento dei P.S. non è un problema particolarmente sentito. In queste realtà infatti i medici mutualisti coprono una ampia fascia di prestazioni a livello ambulatoriale, lavorando con orari lunghi ed in studi associati, esiste una vasta rete di specialisti sul territorio i quali inviano i pazienti con richiesta di ricovero in ospedale solo quando ne valutano la necessità, inoltre il servizio di guardia medica è ben funzionante.

Tutta questa serie di fattori fa sì che gli accessi alle strutture di PS siano limitati ai soli casi urgenti e che gli accessi impropri siano numericamente molto esigui.

Nonostante tutti questi aspetti positivi che consentono ancora di evitare un aumento dei pazienti così significativo come in Italia, negli ultimi anni si sta diffondendo nei PS in Germania/Austria un malcontento da parte sia dei pazienti sia del personale ospedaliero riguardante numerosi aspetti organizzativi e gestionali. Per questo motivo in alcune realtà si comincia a sentire la necessità di un sistema di triage infermieristico.

4.2 ESPERIENZE ITALIANE E NORMATIVA NAZIONALE

Il Triage in Italia nasce alla fine degli anni '80 in maniera pionieristica ed in assenza di riferimenti normativi specifici, guardando ad esperienze già consolidate negli USA ed in Gran Bretagna.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Agli inizi degli anni '90 gli ospedali di alcune città (Reggio Emilia, Bologna, Modena, Udine) “proposero” per primi l'attività di triage, che a poco a poco iniziò a diffondersi in numerose realtà italiane sensibili al problema della gestione dell' attesa in PS.

Una rivoluzione legislativa molto importante si ebbe nel maggio 1996 con la pubblicazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza-urgenza sanitaria in applicazione del Decreto del Ministero della Sanità (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 17/05/1996), nel quale viene prevista, per la prima volta in Italia, l'utilizzo della funzione di triage nelle strutture di emergenza.

In tale provvedimento di legge si afferma che in ogni DEA deve essere prevista la funzione di triage come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti. Tale funzione deve essere svolta da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti.

Questo ed altri provvedimenti di legge hanno favorito il processo di diffusione ed “evoluzione” del triage infermieristico in PS che da allora ad oggi entra sempre più a far parte delle normali attività dei PS italiani.

La necessità di attivare in PS la funzione di triage, selezionando gli utenti che vi affluiscono per attribuire priorità di accesso a quelli in condizioni cliniche a maggior rischio evolutivo origina essenzialmente dalla constatazione di una situazione di sempre maggiore affollamento di queste strutture.

Questa situazione di sovraffollamento continua a persistere e rischia seriamente di compromettere l'efficienza e l'efficacia dell'intero sistema dell' emergenza; nel 2001, in Italia, ci sono stati circa 4 accessi in PS ogni 10 abitanti per un totale complessivo di 23.638.300 accessi; di questi il 21,4% è stato seguito da ricovero. Anche nel nostro paese, come in USA, la maggior parte dei pazienti non necessita di prestazioni urgenti.

Secondo alcuni autori le principali cause di sovraffollamento dei PS italiani sono riferibili a:

- la concezione dell'ospedale, come luogo dotato di diagnostica strumentale;
- la crescente mancanza di fiducia nei confronti del medico di famiglia;
- i tempi di attesa troppo lunghi per ottenere prestazioni specialistiche ambulatoriali ed esami diagnostici;
- l'incremento della parte di popolazione non inserita nel Servizio Sanitario Nazionale;
- l'evoluzione organizzativa del PS da zona di transito e smistamento a vera e propria Unità di Diagnosi e Cura;
- la soppressione degli ospedali di piccole dimensioni con la conseguente riduzione del numero dei PS sul territorio.

Considerata la tendenza dei cittadini a ricorrere sempre più spesso alle prestazioni di PS anche per problematiche minori ed a basso contenuto di urgenza, l'attenzione maggiore è rivolta alla necessità di salvaguardare la capacità della struttura di svolgere il suo compito istituzionale: dare risposta nel più breve tempo possibile alle emergenze. Il Triage è così risultato lo strumento più adeguato per perseguire questo obiettivo, in quanto consente di ridistribuire i tempi di attesa a favore di chi è in condizione di maggiore urgenza e da questa attesa può subire un danno.

Normativa nazionale

Il primo riferimento normativo in materia di triage è contenuto nell'atto di Intesa Stato-Regioni sulle linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza/urgenza dell'11/4/1996, in applicazione al DPR 27/3/1992, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 114 del 17/5/1996.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

In questo documento la sezione dedicata al triage recita testualmente “all’interno del DEA deve essere prevista la funzione triage, come primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti, in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio”.

Questo documento tratteggia le 2 fasi di intervento del sistema dell’emergenza/urgenza (allertamento e intervento) e ne individua le caratteristiche organizzative e gli obiettivi essenziali. L’aspetto innovativo, contenuto nella sezione dedicata ai DEA, è l’istituzione di un sistema di accoglienza e valutazione dei pazienti affidata a personale infermieristico specificamente formato al fine di selezionare la priorità di accesso alla visita medica e garantire così la risposta più efficiente ed efficace all’emergenza/urgenza. Per la prima volta viene affidato all’infermiere un ruolo decisionale cruciale, con diretta assunzione di responsabilità e impatto diretto sia sulla risposta ospedaliera che sul percorso del paziente.

Nell’ottobre 2001 viene siglato l’accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente “Triage intraospedaliero (valutazione gravità all’ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza-urgenza sanitaria”, pubblicato sulla G.U. n. 285 del 7/12/2001.

Il documento analizza in maniera specifica e approfondita gli aspetti organizzativi e strutturali del triage; contiene anche la motivazione all’attivazione di tale funzione in tutte le strutture di emergenza ad elevato numero di accessi, vista la tendenza generalizzata al maggior ricorso al Pronto Soccorso.

Due sono le novità sostanziali di queste linee-guida: a) l’attivazione obbligatoria del triage in tutte le strutture ospedaliere con un numero di accessi > 25.000/anno, le cui risorse devono essere garantite da ogni Azienda Sanitaria; b) definizione puntuale e dettagliata degli aspetti che riguardano le caratteristiche del personale, la formazione, l’organizzazione del lavoro, le strutture e l’informativa all’utenza.

Nel testo si specifica che il triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificatamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del PS per determinare un codice di gravità per ciascun paziente al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica.

L’infermiere opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell’attività, e secondo protocolli predefiniti, riconosciuti e approvati dal responsabile del servizio di PS.

Il personale infermieristico deve seguire l’iter formativo specifico che deve essere rivolto a coloro che possiedono almeno sei mesi di esperienza in pronto soccorso e, deve riguardare anche lezioni di psicologia comportamentale, di organizzazione del lavoro e di conoscenza di tecniche relazionali.

Il documento contiene, oltre all’indicazione del numero minimo di accessi per l’istituzione obbligatoria del triage, anche la menzione del diretto coinvolgimento delle Aziende Sanitarie per l’approvvigionamento delle risorse necessarie alla realizzazione della metodica (strutturali, dotazioni, personale, formazione); importante è l’esplicita indicazione sulla metodologia da adottare per lo svolgimento del triage (rilevazione dei segni, sintomi e parametri vitali, codifica e rivalutazione) e le caratteristiche dell’infermiere, che non solo deve essere formato specificamente sulla metodica, ma deve soprattutto avere esperienza di almeno 6 mesi di PS.

Dalle indagini conoscitive effettuate in due regioni italiane (Piemonte e Lazio) è stato possibile rilevare la reale applicazione del “sistema triage” nella pratica. In entrambe le regioni è stata rilevata una graduale tendenza, nelle strutture che riferivano di utilizzare altri modelli di triage, a realizzare, quando necessario, un approccio di tipo globale al paziente.

Esperienza del Piemonte



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Nel piano di attività per l'anno 2003 dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS), approvato con delibera dalla Regione Piemonte, è stato definito un progetto di sperimentazione organizzativa dell'attività di Pronto Soccorso in cui è prevista l'identificazione di aree dedicate, a seconda della priorità dei pazienti, con la possibilità di attivazione, attraverso il triage infermieristico, di percorsi differenziati.

All'interno di tale progetto, in accordo con la Direzione e Programmazione Attività Sanitarie dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, è stato deciso di realizzare un'indagine sull'attività di triage.

Attraverso questo lavoro di indagine, si è cercato di descrivere, con precisione, la situazione riguardo l'attivazione e l'organizzazione del triage infermieristico presso le realtà operative.

E' risultato necessario, soprattutto, verificare l'eterogeneità tra i modelli e le caratteristiche operative delle diverse strutture.

L'obiettivo generale dell'indagine è stato quello di descrivere la situazione circa l'attivazione e le caratteristiche del triage infermieristico realizzato presso le strutture di Pronto Soccorso del Piemonte.

Altro obiettivo è stato quello di analizzare l'organizzazione e le modalità di esecuzione del triage infermieristico in Pronto Soccorso nelle strutture di DEA-Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte.

Per la rilevazione dei dati è stato costruito un questionario composto da 44 domande chiuse con risposte a scelta multipla e una domanda aperta. Il questionario, ha previsto la raccolta di alcuni dati generali sulla struttura e di dati specifici sul triage:

- le modalità operative ed organizzative (fasce orarie di attività, figure coinvolte, codici utilizzati, tempi di attesa);
- le risorse disponibili (organico dedicato e dotazione di materiali);
- la documentazione utilizzata (compilazione delle schede, uso di protocolli);
- la formazione del personale (formazione ad hoc degli operatori);
- i sistemi di verifica;
- le principali difficoltà incontrate nella realizzazione dell'attività di triage.

Dai risultati del questionario è emerso che in Piemonte il triage è attivo nel 96,8% delle strutture con più di 25.000 accessi/anno (unica eccezione un DEA specialistico che sta per attivarlo) e nel 68,4% delle strutture con meno di 25.000 accessi/anno. Anche le strutture a bassa affluenza avvertono quindi la necessità di attivare il triage pur non essendovi obbligate per legge.

Prevale il modello del triage globale (57%), utilizzato soprattutto nelle strutture con accessi annui superiori a 25.000. Questa modalità infatti garantisce una valutazione approfondita e completa delle condizioni del paziente, necessaria quando c'è maggiore affluenza e sovraffollamento. Il fatto che le strutture con meno di 25.000 accessi utilizzino un triage di bancone o "spot check" può essere dovuto alla più recente attivazione del triage; pertanto è possibile, con il tempo, un'evoluzione verso l'adozione di un modello globale.

La prevalenza del modello globale è confermata anche dall'elevata frequenza con cui le strutture hanno dichiarato di eseguire in triage una serie di attività tipiche di questo sistema (valutazione oggettiva, rilevazione di segni e sintomi).

Esperienza del Lazio

Sulla base di quanto previsto dal panorama normativo nazionale ed il Piano Sanitario Regionale, nel 2002 l'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) della regione Lazio ha verificato quale fosse lo stato di attivazione del triage nel Lazio, in merito a tutti gli aspetti contemplati nelle linee-guida nazionali.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Il metodo utilizzato per la rilevazione è stato quello di effettuare un censimento mediante intervista telefonica utilizzando un questionario predefinito, escludendo, da questa ricerca i PS specialistici.

Attraverso i risultati del censimento delle attività di triage è stata rilevata una estrema disomogeneità nell'attivazione di tale strumento. , pertanto, si è costituito un Gruppo di lavoro multiprofessionale composto da rappresentanti delle società scientifiche dell'Emergenza (SIMEU), da rappresentanti di medici ed infermieri di PS/DEA del Lazio e da tecnici dell'ASP, che ha dato vita ad un progetto regionale con l'obiettivo di proporre strategie condivise per promuovere l'attivazione del triage in tutte le strutture di emergenza e la diffusione di metodologie organizzative comuni.

Attraverso la stesura di un manuale per la formazione del personale addetto al triage e l'introduzione in PS dello strumento di raccolta dati informatizzato sulla base delle indicazioni previste dal modello di triage individuato dal gruppo.

Il gruppo ha espresso alcune considerazioni sull'organizzazione di un modello unico di triage:

- il triage, attivo h24, deve essere considerato un requisito indispensabile per l'accreditamento istituzionale dei servizi di emergenza;
- i criteri adottati per la codifica intraospedaliera devono coincidere con quelli utilizzati nella fase extraospedaliera, a garanzia di una maggiore integrazione tra 118 e PS/DEA;
- l'organizzazione di lavoro deve essere condivisa e uniforme attraverso una formazione specifica;
- è necessario individuare i profili di responsabilità dall'infermiere al responsabile della struttura ospedaliera;
- una formazione avanzata deve essere prevista per gli operatori del PS su organizzazione, attuazione e revisione del Triage , come strumento necessario al governo degli accessi e alla gestione del processo assistenziale in P.S.

L'organizzazione di lavoro dell'operatore sanitario di triage, inoltre, deve essere condivisa e uniforme anche attraverso l'identificazione di un unico strumento informatico, più flessibile alle esigenze dell'operatore sanitario, che permetta:

- di effettuare una valutazione “veloce” dei pazienti più critici
- di avere un sistema di valutazione più flessibile (griglia di valutazione)
- di ripetere il triage per la rivalutazione dell'urgenza

A tal proposito è stata creata una scheda di triage informatizzata compilabile dal personale amministrativo e sanitario.

4.3 **MODELLI DI TRIAGE**

Mentre si concorda sul fatto che esistano numerose e sostanziali differenze tra i sistemi di triage realizzati nelle varie realtà, poche ricerche sono state effettuate relativamente ai modelli di riferimento.

La revisione di Thompson & Dains del 1982 (“Comprehensive Triage”) descrive tre differenti modelli di triage in PS: direttore del traffico o sistema non infermieristico, “spot-check” e triage globale. Questi tre sistemi differiscono per quanto riguarda: le categorie di triage (codici di priorità), l'organico previsto, la documentazione richiesta, la valutazione e la rivalutazione dei pazienti, l'inizio del trattamento o delle procedure diagnostiche.

Il modello “**direttore del traffico o triage non infermieristico**” è il sistema di triage più semplice. In questo sistema il triage è generalmente attuato da un non-professionista, come un impiegato, un soccorritore o un ausiliario. La valutazione è minima, generalmente limitata alla valutazione del dolore ed al livello di percezione del non-infermiere di quanto “stia male” il paziente (emergenza o non-urgenza). Questa scelta è basata sulla osservazione, piuttosto che sull'utilizzo di standard o



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

protocolli. La documentazione è minima o assente. Questo sistema può essere utilizzato in un piccolo PS con un afflusso di pazienti ridotto.

Lo “**spot-check triage**”, o triage a controllo casuale è un sistema a “rapida occhiata”, nel quale un infermiere ottiene informazioni sui pazienti rispetto alla intensità del dolore e pochi altri dati soggettivi e oggettivi relativi al problema principale.

Il compito di triagista è svolto da un infermiere addetto alle sale visita, che si reca nell’area di triage solo all’arrivo dell’utente per assegnare un codice di priorità.

L’uso di protocolli o standard di riferimento per l’assegnazione dei codici di priorità e dei trattamenti necessari dipende dalla persona presente al triage; la documentazione prodotta ed utilizzata (scheda di accettazione, protocolli di valutazione) può essere varia e non sempre è presente. La rivalutazione è solitamente eseguita a richiesta del paziente e non segue nessun criterio formale prestabilito.

Il **Triage Globale** è definito come il sistema di triage ospedaliero più avanzato. La valutazione e l’assegnazione delle priorità ai pazienti è attuata da un infermiere preparato e con riconosciuta esperienza. Viene utilizzato un sistema articolato di categorie per stimare la priorità dei pazienti; si seguono precisi standard per la valutazione e la pianificazione degli interventi. Sono previsti protocolli per test diagnostici e trattamenti terapeutici. La rivalutazione dei pazienti è resa possibile dalla presenza costante dell’ infermiere nella zona di triage ed è regolata da precise indicazioni. La documentazione è sistematica e rende anche possibile la valutazione di qualità del sistema.

Questo modello si definisce triage globale in quanto l’infermiere si prende cura della persona nella sua globalità; così pure nel formulare il giudizio di priorità egli prende in considerazione la totalità dei problemi di salute del paziente, valutandone tutti gli aspetti.

Oltre ai sistemi sopra descritti, sulla base di altre esperienze, nel tempo sono stati individuati due ulteriori sistemi di triage ospedaliero: triage di bancone; triage a doppio step.

In realtà non si tratta di veri e propri modelli teorici ma di soluzioni organizzative a problematiche quali la necessità di velocizzare i tempi di valutazione e di fronteggiare un afflusso elevato di utenti al triage.

Il **Triage di bancone** è così denominato in quanto la valutazione viene svolta dall’ infermiere che si trova in una postazione aperta (bancone di accettazione) situata all’ingresso del P.S. e consiste in una rapida intervista ed analisi del reperto visivo dell’operatore, senza procedere nella valutazione oggettiva di segni, sintomi e dello stato clinico della persona. Spesso l’assegnazione del codice di priorità è fortemente vincolata all’utilizzo di flow-chart che lasciano poca discrezionalità decisionale all’infermiere. Questo sistema utilizza personale dedicato, livelli di categorizzazione definiti, strumenti di registrazione, ma ha come unico strumento di valutazione l’intervista ed il reperto visivo di segni e sintomi.

Esso recepisce alcune caratteristiche del sistema Globale, ma è carente in elementi giudicati fondamentali da molti autori quali la valutazione oggettiva.

Questo modello, elaborato in Italia all’inizio degli anni ’90, si riferisce al sistema americano “Emergency Medical Dispatch” che ha costituito la base, anche nel nostro paese, per i protocolli di valutazione telefonica nelle centrali operative 118 (Triage telefonico) ma si adatta con difficoltà alle esigenze del personale di triage in PS.

Il **Triage a doppio step** viene realizzato in alcune strutture ad elevato numero di prestazioni, anche in questi casi tutti i pazienti devono essere accolti da un infermiere entro 2-3 minuti dal loro arrivo in PS.

Il sistema prevede due infermieri che svolgono ruoli differenti.

Nella prima fase il paziente è accolto da un Infermiere “esaminatore” che:

1. accoglie il paziente,
2. valuta velocemente l’ABCD (Airway, Breathing, Circulation, Disability)



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

3. indaga sul problema di salute o sul motivo dell'accesso,
4. decide se il paziente è in grado di aspettare per la valutazione e la registrazione amministrativa o se deve essere immediatamente sottoposto al trattamento.

La seconda fase del processo è espletata dall'infermiere "valutatore" il quale gestisce i pazienti giudicati non-urgenti dall'"esaminatore". I pazienti, nella seconda fase, possono essere valutati in ordine di arrivo o a discrezione dell'infermiere, rispetto al problema segnalato dal collega. Il secondo infermiere completa la raccolta dei dati oggettivi e soggettivi, assegna il codice di priorità ed inizia i trattamenti. In qualunque momento del processo l'infermiere può decidere di portare il paziente nell'area di trattamento qualora le condizioni di questo dovessero aggravarsi.

5 RICOGNIZIONE NAZIONALE DEI SISTEMI DI VALUTAZIONE DEI PAZIENTI ADOTTATI IN PS E SISTEMA 118

5.1 METODOLOGIA

Le ricognizioni condotte nel Lazio e nel Piemonte hanno evidenziato una forte disomogeneità nell'uso del sistema di triage.

Al fine di valutare adeguatamente la situazione nelle diverse regioni, si è stabilito di effettuare una ricognizione inviando a ciascuna Regione e Provincia Autonoma uno specifico questionario relativo alle caratteristiche dei sistemi di triage adottati a livello regionale e nelle singole sedi di PS e nelle centrali operative del 118.

E' stato, quindi, richiesto alle Regioni e Province Autonome di compilare, secondo le istruzioni fornite, la parte di propria pertinenza e di somministrare il questionario alle singole strutture di emergenza (ad esclusione dei punti di primo soccorso) la parte di interesse. (Lettera d'invito e questionario sono riportati in allegato).

Il questionario

Per la rilevazione dei dati sono stati realizzati due questionari, uno specifico per il triage di Pronto soccorso, suddiviso in una parte specifica per la Regione, in cui sono state richieste informazioni sui codici utilizzati e sui sistemi informativi, e una parte relativa alle singole strutture di emergenza in cui sono stati richieste informazioni relative al tipo di triage utilizzato, le modalità organizzative e l'eventuale utilizzo di sistemi informativi.

L'altro questionario, specifico per il triage pre-ospedaliero, è stato suddiviso in una parte specifica per la regione e in una parte relativa alle singole centrali operative.

Nella sezione per le centrali operative sono state richieste informazioni sul triage di centrale "Dispatch", triage sul luogo dell'evento e triage per le maxiemergenze.

5.2 RISULTATI

Triage ospedaliero

La rispondenza delle Regioni al questionario relativo all'uso del triage in PS è stata del 42,86% (9 regioni di cui 2 del nord, Valle d'Aosta e Piemonte, 2 del centro, Lazio e Umbria e 5 del sud, Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania e Sardegna) per quanto riguarda le informazioni raccolte a



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

livello regionale, e del 66,67% per le informazioni specifiche delle strutture di emergenza (263 ospedali).

Informazioni relative alla regione

L'analisi relativa alle informazioni regionali mostra che nel 70% delle regioni esistono documenti o norme regionali che prevedono modalità standardizzate di assegnazione del codice triage. Il 50% delle regioni ha promosso corsi di formazione per il personale infermieristico e nel 40% delle regioni è previsto un sistema informativo relativo agli accessi in PS.

Informazioni relative alle singole strutture d'emergenza

Dei 263 ospedali che hanno risposto al questionario relativo all'attività di triage in PS, 48 sono DEA II livello, 92 DEA I, 99 Pronto Soccorso, mentre 24 ospedali non hanno specificato il livello del servizio d'emergenza.

Il triage è utilizzato in modo sistematico da 202 ospedali (76,81%). In 159 ospedali (60,46%) l'attività di triage è svolta con continuità nelle ventiquattro ore.

Il triage viene eseguito, esclusivamente, da personale infermieristico in 183 ospedali (69,58%).

I sistemi di triage maggiormente utilizzati sono il triage "globale" (30,42%), il triage da "bancone" (31,94%) e misto (12,17%), praticamente inutilizzati il sistema denominato "Direttore del traffico" e il "doppio step".

Si è osservato un maggior utilizzo del triage "globale" nelle strutture a più alto livello di specializzazione; tale sistema viene infatti utilizzato dal 50% dei DEA II, dal 34,78% dei DEA I, e dal 31,71% dei PS, mentre il triage da "bancone" è utilizzato maggiormente nei PS (39,02%).

In 189 ospedali (71,86%) le informazioni relative ai singoli accessi in Pronto soccorso vengono raccolte in modo informatizzato e tali informazioni comprendono i dati relativi al triage quali: codice triage (73%), parametri vitali (67%), descrizione problema principale (72%), anamnesi patologica (57%), prestazioni e attività svolte in triage (58%), valutazione del livello di sofferenza (43%), durata sintomi (54%), causa del trauma (70%), scenario in caso di trauma (38%), diagnosi codificate secondo la classificazione di malattie internazionale ICD9CM (39%).

Triage pre – ospedaliero

Come già espresso nei cenni storici il triage nasce come tecnica applicata sul territorio in una situazione caratterizzata da un'insufficienza delle risorse rispetto alle necessità della situazione, tipica degli eventi bellici.

In ambito preospedaliero il triage è articolato sul territorio in ambito di incidenti maggiori, maxiemergenze e catastrofi, mentre in centrale operativa il triage per il singolo paziente viene comunemente definito "dispatch".

La rispondenza delle regioni al questionario relativo all'uso del triage pre - ospedaliero è stata del 28,57% (6 regioni di cui 2 del nord, 2 del centro e 2 del sud) per quanto riguarda le informazioni regionali, del 76,19% per le informazioni specifiche delle strutture di emergenza (74 centrali operative 118).

Informazioni relative alla regione



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Le informazioni relative all'attività di centrale vengono raccolte in modo informatizzato da 4 regioni (66,67%) ma in nessun caso i sistemi informativi delle centrali sono integrati con quelli dei Pronto Soccorso.

Informazioni relative alle Centrali Operative

Sessantasette CC.OO. (90,54%) utilizzano codici standard e codici colore, indicati dal DM 15 maggio 1992 par. 2.1, per la valutazione dell'evento.

Quarantotto CC.OO. (64,86%) utilizzano un sistema informatizzato sviluppato da software house.

Il triage in centrale viene prevalentemente gestito da medici ed infermieri nel 36,49% dei casi, da questi insieme ad operatori sanitari nel 17,57%, solo da infermieri nel 14,86%.

Per quanto riguarda la formazione del personale, la percentuale indicata tra il 75 e il 100% viene raggiunta da 22 CC.OO. nel caso dei medici, da 34 per gli infermieri, da 13 per i tecnici e da 2 per i volontari.

Per quanto riguarda i medici, in 9 centrali la percentuale del personale formato varia tra il 50 e il 75%, in 4 casi tra il 25 e il 50% e in 14 tra 0 e 25%.

In 9 centrali la percentuale degli infermieri che hanno partecipato a corsi di formazione è tra il 50 e il 75%, in 10 tra il 25 e il 50% e in 3 da 0 a 25%.

In 34 centrali operative (45,95%) è previsto l'utilizzo di criteri di valutazione di qualità del processo di triage.

Triage sul luogo dell'evento

Il triage sul luogo dell'evento è gestito, prevalentemente, da infermieri (58,42%) o da questi in collaborazione solo con medici (10,89%) o con medici e operatori (19,80%).

In caso siano medici o infermieri a gestire il triage, quarantadue centrali operative (56,76%) utilizzano criteri standardizzati di attribuzione dei codici.

Il codice di valutazione sanitaria "I" ("India") viene comunicato nel 79% dei casi dal mezzo di soccorso alla centrale e dal 21% dei casi dal mezzo di soccorso al PS di destinazione, le centrali operative allertano il PS solo per alcuni codici (74,32%).

La percentuale di personale formato in corsi specifici di triage sul luogo dell'evento è tra il 75 e il 100% in 23 centrali operative nel caso dei medici, in 26 per gli infermieri, in 8 per i tecnici e in 12 per i volontari.

Per quanto riguarda i medici in otto centrali la percentuale del personale formato è tra il 50 e il 75%, in cinque casi tra il 25 e il 50% e in dodici tra 0 e 25%.

In quattro centrali la percentuale degli infermieri che hanno partecipato a corsi di formazione è tra il 50 e il 75%, in tredici tra il 25 e il 50% e in quattro da 0 a 25%.

Nel 27,03% dei casi si utilizzano modalità automatiche o informatiche di comunicazione tra il mezzo di soccorso e la centrale operativa e solo nel 6,76% dei casi tali modalità vengono utilizzate tra centrale e pronto soccorso.

Il 62,16% delle centrali operative valuta la corrispondenza tra attribuzione del codice evento e il codice "I", il 16,22% delle centrali valuta la corrispondenza tra il codice evento e il codice triage assegnato in Pronto Soccorso e il 20,27% delle centrali valuta la corrispondenza tra il codice "I" e il codice triage in PS.

Triage di maxiemergenza sul territorio



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Cinquantanove centrali operative (79,73%) hanno predisposto un metodo di triage specifico per le maxiemergenze che nel 72,88% dei casi risulta essere il metodo START.

Tale metodo è maggiormente utilizzato sia che siano medici, sia che siano infermieri, a gestire il triage sul luogo dell'evento in caso di maxiemergenze.

Quarantadue centrali operative rendono disponibili cartellini di triage per i pazienti.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

6 IL SISTEMA TRIAGE IN PS: MODELLO GLOBALE

Come evidenziato dalla letteratura gli obiettivi principali che deve perseguire l'attività di triage in PS sono:

- l'individuazione dei pazienti urgenti e il loro immediato inoltro all'area di trattamento;
- l'attribuzione per tutti i pazienti di un codice di priorità che regoli l'accesso alle cure mediche in relazione alla priorità della loro condizione.

Oltre a questi il triage si pone anche una serie di obiettivi "accessori" che contribuiscono a migliorare la qualità del servizio prestato dal sistema:

- mantenere e migliorare l'efficacia complessiva della struttura di PS;
- ridurre lo stato d'ansia delle persone che si rivolgono alla struttura;
- smistare i pazienti non urgenti
- valutare periodicamente le condizioni dei pazienti in attesa.

E' necessario che la persona si senta sicura all'arrivo in PS e che già dal primo approccio con l'infermiere si instauri un buon legame relazionale, riducendo così l'ansia ed aumentando il grado di collaborazione di paziente e familiari. L'infermiere allo stesso tempo deve valutare le priorità assistenziali, stabilendo il codice di triage e l'ordine di accesso alle sale visita secondo criteri oggettivi ed in base alla disponibilità di risorse della struttura.

L'introduzione di un sistema di triage in un PS non riduce necessariamente i tempi di attesa, ma li ridistribuisce a favore di coloro che si trovano realmente in una situazione di urgenza.

Per svolgere in maniera ottimale l'attività di triage, ogni PS deve sviluppare un modello capace di raggiungere gli obiettivi specifici e che tenga conto della tipologia della struttura (numero e tipologia di prestazioni, organizzazione del sistema territoriale dell'emergenza, presenza o assenza di altre strutture di riferimento, tipologia e disponibilità di personale sanitario in PS, aree di cura a disposizione, vincoli ambientali, legali e amministrativi).

Tra i vari modelli quello che sembra meglio garantire il raggiungimento degli obiettivi del triage e realizza una presa in carico completa della persona e delle sue problematiche è il triage "globale". Il Triage "globale" garantisce, di fatto, una valutazione approfondita e completa delle condizioni del paziente, necessaria soprattutto quando si verifica una maggiore affluenza e sovraffollamento in pronto soccorso.

Le stesse linee guida approvate nella conferenza Stato – Regioni del 2001, nella parte in cui viene trattata l'organizzazione del lavoro, specificano che tra le attività di triage deve essere inclusa la rilevazione dei parametri vitali, raccolta di dati e di eventuale documentazione medica, indicando con ciò la necessità di garantire una valutazione più approfondita e completa del paziente.

Dal censimento emerge, inoltre, che tra le strutture che hanno dichiarato di utilizzare il sistema triage "bancone" la maggior parte già raccoglie informazioni che sono tipiche del triage globale quali: parametri vitali (76%), descrizione del problema principale (82%), anamnesi patologica (63%), valutazione del livello di sofferenza (45%), causa del trauma (80%), segni e sintomi codificati secondo la ICD9CM (44%).

Da quanto riportato, risulta, pertanto, praticabile uniformare a livello nazionale il sistema di valutazione del paziente secondo quanto previsto nella metodologia del sistema triage globale in PS.

6.1 METODOLOGIA DEL SISTEMA TRIAGE GLOBALE IN PS



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Il sistema triage “globale” identifica una priorità di accesso alle cure mediche attraverso un processo metodologico effettuato dall’infermiere adeguatamente formato.

Tale processo metodologico assegna all’infermiere i seguenti compiti:

- Accogliere il paziente ed i familiari con atteggiamento empatico
- Effettuare una rapida valutazione dell’aspetto generale del paziente (“valutazione sulla porta”)
- Registrare i dati rilevati
- Assegnare il codice colore in base a protocolli prestabiliti
- Seguire i percorsi assistenziali predefiniti in base al codice colore o al sintomo principale rilevato
- Informare i pazienti e/o parenti del codice colore attribuito, delle procedure attivate e delle eventuali attese
- Rivalutare i pazienti in attesa
- Istruire il paziente e/o i parenti a comunicare all’infermiere ogni variazione dello stato clinico
- Individuare, in caso di arrivo contemporaneo di più urgenze, quale paziente abbia priorità di accesso.

Fasi del triage

Il processo di triage è distinto nelle seguenti fasi sequenziali:

1. Valutazione sulla porta
2. Anamnesi mirata
3. Rilevazione dei parametri vitali e breve esame obiettivo mirato
4. Attribuzione del codice colore
5. Rivalutazione del paziente

1. Valutazione sulla porta

La “valutazione sulla porta” consiste in un esame visivo dell’aspetto generale del paziente al fine di avere informazioni immediate sulla eventuale compromissione delle funzioni vitali attraverso l’osservazione di:

- Stato di coscienza (privo di coscienza, confuso, agitato e/o irrequieto, incapacità a mantenere la stazione eretta, etc.)
- Pervietà delle vie aeree (respirazione rumorosa, stridore inspiratorio, etc.)
- Respiro (assente, dispnea)
- Circolo (cianosi, pallore con sudorazione) in caso di sospette patologie neurovascolari e trauma
- Deficit motori
- Esposizione (evidenza di ferite, emorragie massive, deformità)

2. Anamnesi Mirata

L’anamnesi mirata consiste in una breve raccolta di informazioni sul motivo dell’accesso in PS attraverso una breve intervista rivolta al paziente e/o agli accompagnatori.

L’intervista deve essere volta all’individuazione e caratterizzazione del problema principale, alla presenza di sintomi associati, alla raccolta di dati relativi alle patologie concomitanti e/o pregresse e di informazioni aggiuntive quali allergie, vaccinazioni, etc.



3. Rilevazione dei Parametri Vitali e breve Esame Obiettivo mirato

La misurazione di alcuni parametri vitali fornisce un'informazione oggettiva dello stato clinico del paziente utile ai fini dell'attribuzione del codice colore e sono:

- *Pressione arteriosa*
- *Frequenza cardiaca centrale*
- *Frequenza respiratoria*
- *Temperatura corporea*
- *Saturazione in ossigeno*
- *Glasgow Coma Scale*

L'esame obiettivo mirato consiste nella valutazione del distretto corporeo in relazione al sintomo principale.

Per l'attribuzione del codice, per particolari quadri clinici è opportuno valutare, anche, la presenza di segnali di allarme.

4. Attribuzione del codice colore

La fase relativa all'attribuzione del codice colore segue quanto previsto dalla legislazione italiana (DM 15 maggio 1992) che prevede quattro livelli di priorità:

- ***Codice Rosso:*** molto critico, priorità massima, pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure;
- ***Codice Giallo:*** mediamente critico, priorità intermedia;
- ***Codice Verde:*** poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili;
- ***Codice Bianco:*** non critico, pazienti non urgenti.”

I tempi di attesa per casi di seguito riportati si riferiscono a standard internazionali:

- ***Codice Rosso:*** accesso immediato alle cure
- ***Codice Giallo:*** accesso entro 10-15 min
- ***Codice Verde:*** accesso entro 30-60 min
- ***Codice Bianco:*** accesso entro 60-120 min

5. Rivalutazione

Il triage non è un processo statico per cui è importante ricordare sempre che i pazienti in attesa della visita medica possono variare (migliorare o peggiorare) le proprie condizioni cliniche. E' quindi parte integrante dell'intero processo di triage la **rivalutazione** la cui tempistica (Canadian Triage Acuity Scale) è correlata al codice colore assegnato o alla richiesta del paziente:

Codice giallo	Codice verde	Codice bianco
Ogni 15 minuti	Ogni 30 minuti	A richiesta



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

7 GESTIONE DELL'EMERGENZA PREOSPEDALIERA

Il sistema di emergenza preospedaliero è articolato in due fasi fondamentali: centrale operativa, che prevede la ricezione della chiamata, la valutazione e l'impiego delle risorse più idonee e fase territoriale inerente il soccorso in tutti gli aspetti logistici, organizzativi e professionali.

7.1 FASE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Nell'emergenza preospedaliera la funzione fondamentale della centrale operativa è valutare la criticità dell'evento e provvedere conseguentemente all'invio delle risorse adeguate.

Questa funzione è definita con il termine anglosassone di dispatch.

Il dispatch svolto dai sistemi di emergenza sanitaria è fondato su una rapida intervista telefonica. L'obiettivo è quello di acquisire fondamentali informazioni sul luogo dell'evento, dinamica, numero di persone coinvolte e informazioni sanitarie inerenti il paziente in modo da formulare un'ipotesi di patologia prevalente e attribuire un codice colore che stabilisca la criticità presunta dell'evento.

Le fasi del dispatch sono:

1. Acquisizione di informazioni generali
2. Attribuzione di un codice di priorità
3. Invio del mezzo di soccorso adeguato.

7.1.1 Acquisizione di informazioni generali

Intervista telefonica :

1. Dov'è si è verificata l'urgenza?
2. Qual è il numero di telefono da dove chiama? (se il sistema operativo non è in grado di acquisire automaticamente questa informazione)
3. Qual è il problema? (Mi dica esattamente che cosa è successo)
4. Quante persone sono ferite (malate)?
5. Quanti anni ha il paziente?
6. E' cosciente?
7. Respira?
8. Ha dolore?
9. E' maschio o femmina?

Al termine di questa breve serie di domande l'operatore della centrale operativa 118 sarà in grado di individuare il sintomo principale (patologia prevalente) ed approfondire, se necessario, le informazioni acquisite con una anamnesi mirata o con una analisi più precisa della dinamica traumatica.

7.1.2 Attribuzione di un codice di priorità



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Condotta l'intervista telefonica viene assegnato all'intervento un codice colore (D.M. 15 maggio 1992) che ne identifica la criticità presunta:

- Codice rosso: molto critico. Si definisce molto critico un intervento di emergenza.
- Codice giallo: mediamente critico. Si definisce mediamente critico un intervento indifferibile.
- Codice verde: poco critico. Si definisce poco critico un intervento differibile.
- Codice bianco: non critico. Si definisce non critico un servizio che con ragionevole certezza non ha necessità di essere espletato in tempi brevi.

7.2 FASE TERRITORIALE

La fase territoriale è composta da:

1. Valutazione sanitaria sul territorio
2. Valutazione sanitaria alla consegna del paziente al pronto soccorso.

7.2.1 Valutazione sanitaria sul territorio

La centrale operativa 118 acquisisce dal personale intervenuto sul posto nuove e più approfondite informazioni riguardanti sia lo stato di salute del paziente/i che particolari importanti sulla dinamica dell'evento:

- Stato della coscienza
- Frequenza respiratoria
- Saturazione di ossigeno arterioso
- Frequenza cardiaca
- Pressione arteriosa
- Altre informazioni

Queste ulteriori notizie consentono di attribuire un codice di criticità riscontrata secondo il D.M. 15 maggio 1992 con il quale il paziente verrà inviato all'ospedale:

- India 4: deceduto
- India 3: paziente con compromissione delle funzioni vitali
- India 2: soggetto affetto da forma morbosa grave
- India 1: soggetto affetto da forma morbosa di grado lieve
- India 0: soggetto che non necessita di intervento.

7.2.2 Valutazione sanitaria alla consegna del paziente al pronto soccorso

Rappresenta la valutazione sanitaria del paziente all'arrivo in pronto soccorso e sebbene non inserita nel DM 15 maggio 1992, costituisce una proposta per una piena integrazione del sistema territoriale con quello ospedaliero.

La proposta deriva dall'analisi dei risultati dei questionari inviati recentemente alle centrali operative 118 italiane inerente il confronto del codice di criticità presunta assegnato dalla centrale 118 ed il



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

codice india all'arrivo in pronto soccorso, nonché il codice assegnato dal triage del pronto soccorso di destinazione.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

8 BIBLIOGRAFIA

Nemitz B. Advantages and limitations of medical dispatching: the French view. *Eur J Emerg Med* 1995;2(3):153-9.

Neely KW, Norton RL, Schmidt TA. The strength of specific EMS dispatcher questions for identifying patients with important clinical field findings. *Prehosp Emerg Care* 2000;4(4):322-6.

Palumbo L, Kubincanek J, Emerman C, Jouriles N, Cydulka R, Shade B. Performance of a system to determine EMS dispatch priorities. *Am J Emerg Med* 1996;14(4):388-90.

American College of Surgeons Committee on Trauma. Resource for optimal care of the injured patient 1999. In: <http://www.facs.org>.

American College of Surgeon Committee on TraumaATLS. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. Chicago, 1999

E.N.A. (Emergency Nursing Association). Triage: Meeting the Challenge. U.S.A. Paperback: 2nd Revision edition 1998

Perraro F. Il Triage: stato dell' arte. In: atti Le giornate italo americane di medicina d'urgenza e il triage. Torino: 2-4/4/1998: 207-220

Gai V., Jagoda A.S. Le giornate italo americane di medicina d'urgenza e il triage, Torino: MAF servizi Edizioni Scientifiche, 1998; 230 – 269

Noto R, Huguenard P, Larcan A. Medicina delle catastrofi. Milano: Masson, 1996: pag.40-43,76,233,344

Morra A, Odetto L, Bozza C, Bozzetto P. Disaster Management. Torino: Regione Piemonte, 2002: 37-46, 72-77

Weinerman ER, Edwards HR. "Triage" system shows promise in management of emergency department load. *Hospitals* 1964; 38: 55-62

Baker D.V., Patients who leave a public Hospital without being seen by a physician: causes and consequences., *JAMA* , 1991; 266: 1085-1090

Grossman VGA, Arne JF. Quick Reference to Triage. Philadelphia Lippincott, Williams & Wilkins Publishers, 1999



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Derlet R.W, Richards J.R. “Overcrowding in the Nation’s Emergency Departments: complex causes and disturbing effects” *Ann Emerg Med* 2000 35,1: 63-68

Ministero della salute. Sintesi della relazione sullo stato sanitario del paese 2001-2002. http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/relazione_179/sintesi.pdf

Pallotta B. Evoluzione storica e situazione attuale del triage infermieristico in PS. In: Atti I° Convegno Internazionale “Il Triage Infermieristico in Pronto SoccorsoP.S., i temi che scottano”, Torino 28-30/11/2002,

Morichetti A, Maffei C. L’ appropriatezza del ricovero in medicina di urgenza. In Atti 3° Congresso Nazionale SIMEU “Imparare dall’ Evidenza, dall’ errore, dall’ esperienza”, ROMA 21-24/10/2003, in GIMUPS giugno 2003 suppl. 2, vol 5 num 1-2: 54-58

Marchisio D, Boni D, Morichetti A, Regnani S, Triage Infermieristico in Pronto SoccorsoP.S.: Realtà e Prospettive. In Atti del 1° Congresso Regionale S.I.M.E.U. Campania, Caserta: 2003: 89-95

Linee guida sul Sistema di emergenza sanitaria . Atto di Intesa Stato Regioni, G.U. 17/5/1996 , punto 3 funzione di triage

G.F.T. (Gruppo Formazione Triage). Triage Infermieristico. Milano: MacGrow-Hill, 2000: 3-119

Manchester Triage Group. Emergency Triage. Londra: BMG Books, 1996

Baldi G, Braglia D, Regnani S. Il Traige (opinioni a confronto) in Atti del 3° congresso nazionale FIMUPS, Torino, 25-28 /11/1996: 297-301

Sintesi e conclusioni I° Convegno Internazionale “Il Triage Infermieristico in Pronto SoccorsoP.S., i temi che scottano”, Torino 28-30/11/2002

Thompson, June D. et Joyce E. Dains. Comprehensive Triage. A Manual for Developing and Implanting a Nursing Care System, Reston (Virginie), Reston Publishing Co., 1982, p. 7.

Clawson JJ, Democoeur KB. Principles of Emergency Medical Dispatch U.S.A: Paperback:1997

Clawson JJ, Democoeur KB. Principles of Emergency Medical dispatch. Priorità Press: 2000

Boni D. Differenti modelli di triage e loro applicazione in Italia in atti I° Convegno Internazionale “Il Triage Infermieristico in Pronto SoccorsoP.S., i temi che scottano”, Torino 28-30/11/2002

McMahon M. ED Triage: is a five-level triage system best?.*American journal of nursing* 2003; 103(3):61-63

Department of Health, England Reforming Emergency Care. DOH :2001 <http://www.doh.gov.uk/emergencycare/index.htm>;

Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. *Emergency Medicine* 2003; 15: 1 – 6



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Canadian Association of Emergency Physicians: “Position Statement- Emergency Department Overcrowding” dicembre 2000

The Australasian Triage Scale <http://www.acem.org.au/open/documents/triage.htm>

Australian College of Emergency Medicine. Policy documenti:the Australasian Triage Scale. In www.enw.org/AustralianTriageScales%20References.

Australian College of Emergency Medicine. GUIDELINES FOR IMPLEMENTATION OF THE AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE IN EMERGENCY DEPARTMENTS <http://www.acem.org.au/open/documents/triageguide.htm>

Wildner J. L’esperienza Tedesca, in atti I° Convegno Internazionale “Il Triage Infermieristico in Pronto SoccorsoP.S., i temi che scottano”, Torino 28-30/11/2002 http://www.triage.it/corsi/attitorino/attito2002_fr.htm

Atto di Intesa Ministero della salute conferenza Stato Regioni, G.U. n°285, 7/12/2001

Susi B, Velardi A, Guasticchi G, Genio S. Mannino J, Paganelli C, Pugliese F, Zulli L. Il triage nel lazio: censimento degli aspetti clinico-organizzativi. In: Atti I° Convegno Internazionale “Il Triage Infermieristico in Pronto SoccorsoP.S., i temi che scottano

Sirchia G. “Relazione sullo stato sanitario del paese 2001-2002”. <http://bari.fimmg.org/Notizie/StatoRegioni/20030730.htm>

Legge Regione Piemonte n°61 “Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario regionale per il triennio 1997-‘99”. 12/12/1997, Allegato B

Delibera della giunta della Regione Piemonte n° 19-8563 del 03/03/2003

Morichetti A, Pallotta B., Rapino K., Salvi A. I Pronto Soccorso nella Regione Marche: problematiche emergenti. In Atti del I° Congresso Nazionale SIMEU, Napoli 21-24/11/2001, GIMUPS settembre 2002 suppl. 2, vol 4 num 3: 75-83.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

9 APPENDICE

Revisione della letteratura: Scale di valutazione di priorità d'intervento

CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE CTAS 5 Level Triage

Level 1	Resuscitative
Level 2	Emergent
Level 3	Urgent
Level 4	Less urgent
Level 5	Non - urgent

Source: CTAS: Canadian triage and acuity scale implementation guidelines, CJEM Oct 1999 Special Supplement

AUSTRALASIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE (ACEM) POLICY DOCUMENT – GUIDELINES FOR IMPLEMENTATION OF THE AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE IN EMERGENCY DEPARTMENTS

THE AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE

ATS CATEGORY	TREATMENT ACUITY (Maximum waiting time)	PERFORMANCE INDICATOR THRESHOLD
ATS 1	Immediate	100%
ATS 2	10 minutes	80%
ATS 3	30 minutes	75%
ATS 4	60 minutes	70%
ATS 5	120 minutes	70%



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE: DESCRIPTORS FOR CATEGORIES

ATSCategory	Response	Description of Category	Clinical Descriptors (indicative only)
Category 1	Immediate simultaneous assessment and treatment	Immediately Life-Threatening Conditions that are threats to life (or imminent risk of deterioration) and require immediate aggressive intervention.	<ul style="list-style-type: none"> Cardiac arrest Respiratory arrest Immediate risk to airway – impending arrest Respiratory rate <10/min Extreme respiratory distress BP < 80 (adult) or severely shocked child/infant Unresponsive or responds to pain only (GCS ≤ 5) Clonus/tetanus/seizure IV overdose and unresponsive or hypoventilation Severe behavioural disorder with immediate threat of dangerous violence

Category 2	Assessment and treatment within 10 minutes (assessment and treatment often simultaneous)	<p>Imminently life-threatening</p> <p>The patient's condition is serious enough or deteriorating so rapidly that there is the potential of threat to life, or organ system failure, if not treated within ten minutes of arrival</p> <p>or</p> <p>Important time-critical treatment</p> <p>The potential for time-critical treatment (e.g. thrombolysis, antidote) to make a significant effect on clinical outcome depends on treatment commencing within a few minutes of the patient's arrival in the ED</p> <p>or</p> <p>Very severe pain</p> <p>Current practice mandates the relief of very severe pain or distress within 10 minutes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Airway risk – severe stridor or drooling with distress Severe respiratory distress Circulatory compromise <ul style="list-style-type: none"> Clammy or mottled skin, poor perfusion HR < 50 or > 100 (adult) Hypotension with haemodynamic effects Severe blood loss Chest pain of likely cardiac nature Very severe pain – any cause BSL < 2 mmol/l Disopy, decreased responsiveness any cause (GCS < 15) Acute hemiparesis/dysphasia Fever with signs of lethargy (any age) Acid or alkali splash to eye – requiring irrigation Major multi-trauma (requiring rapid organised team response) Severe localised trauma – major fracture, amputation High risk history: <ul style="list-style-type: none"> Significant sedative or other toxic ingestion Significant/dangerous envenomation Severe pain suggesting PE, A&A or ectopic pregnancy Behavioural/Psychiatric: <ul style="list-style-type: none"> Violent or aggressive Immediate threat to self or others Requires or has required restraint Severe agitation or aggression
------------	--	--	--



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

<p>Category 3</p>	<p>Assessment and treatment start within 30 mins</p>	<p>Potentially Life-Threatening</p> <p>The patient's condition may progress to life or limb threatening, or may lead to significant morbidity, if assessment and treatment are not commenced within thirty minutes of arrival</p> <p style="text-align: center;">or</p> <p style="text-align: center;">Situational Urgency</p> <p>There is potential for adverse outcome if time-critical treatment is not commenced within thirty minutes</p> <p style="text-align: center;">or</p> <p>Humane practice mandates the relief of severe discomfort or distress within thirty minutes</p>	<p>Severe hypertension</p> <p>Moderately severe blood loss – any cause</p> <p>Moderate shortness of breath</p> <p>SpO2 90 – 95%</p> <p>ESL >18 nmol/l</p> <p>Seizure (now alert)</p> <p>Any fever if immunosuppressed or oncology patient, steroid Rx</p> <p>Persistent vomiting</p> <p>Dehydration</p> <p>Head injury with short GCS – now alert</p> <p>Moderately severe pain – any cause – requiring analgesia</p> <p>Chest pain likely non-cardiac and mod severity / Abdominal pain without high risk features – mod/severe or patient age >85 years</p> <p>Moderate limb injury – deformity, severe laceration, crush laceration – altered sensation, acutely absent pulse</p> <p>Trauma - High-risk history with no other high-risk features</p> <p>Stable non-ac</p> <p>Child at risk</p> <p>Behavioural/Psychiatric:</p> <ul style="list-style-type: none"> - very distressed, risk of self-harm - acutely psychotic or thought disordered - situational crisis, deliberate self-harm - isolated, withdrawn <p>potentially aggressive</p>
-------------------	--	--	--

<p>Category 4</p>	<p>Assessment and treatment start within 60 mins</p>	<p>Potentially serious</p> <p>The patient's condition may deteriorate, or adverse outcome may result, if assessment and treatment is not commenced within one hour of arrival in ED. Symptoms moderate or prolonged</p> <p style="text-align: center;">or</p> <p style="text-align: center;">Situational Urgency</p> <p>There is potential for adverse outcome if time-critical treatment is not commenced within hour</p> <p style="text-align: center;">or</p> <p style="text-align: center;">Significant complexity or Severity</p> <p>Likely to require complex work-up and consultation and/or inpatient management</p> <p style="text-align: center;">or</p> <p>Humane practice mandates the relief of discomfort or distress within one hour</p>	<p>Mild haemorrhage</p> <p>Foreign body aspiration, no respiratory distress</p> <p>Chest injury without rib pain or respiratory distress</p> <p>Difficulty swallowing, no respiratory distress</p> <p>Minor head injury, no loss of consciousness</p> <p>Moderate pain, some risk features</p> <p>Vomiting or diarrhoea without dehydration</p> <p>Eye inflammation or foreign body – normal vision</p> <p>Minor limb trauma – sprained ankle, possible fracture, uncomplicated laceration requiring investigation or intervention – Normal vital signs, low/moderate pain</p> <p>Tight cast, no neurovascular impairment</p> <p>Swollen "hot" joint</p> <p>Non-specific abdominal pain</p> <p>Behavioural/Psychiatric:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semi-urgent mental health problem - Under observation and/or no immediate risk to self or others
-------------------	--	--	---



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

<p>Category 6</p>	<p>Assessment and treatment start within 120 minutes</p> <p>Less Urgent</p> <p>The patient's condition is chronic or minor enough that symptoms or clinical outcome will not be significantly affected if assessment and treatment are delayed up to two hours from arrival</p> <p>or</p> <p>Clinico-administrative problems</p> <p>needs review, medical certificates, prescriptions only</p>	<p>Minimal pain with no high risk features</p> <p>Low-risk history and now asymptomatic</p> <p>Minor symptoms of existing stable illness</p> <p>Minor symptoms of low-risk conditions</p> <p>Minor wounds - small abrasions, minor lacerations (not requiring sutures)</p> <p>Scheduled revisit eg wound review, complex dressings</p> <p>Immunisation only</p> <p>Behavioural/Psychiatric:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Known patient with chronic symptoms - Social crisis, initially well patient
-------------------	---	--



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Tabelle e grafici dei risultati della rilevazione nazionale sull'uso del triage

Risultati relativi al triage di pronto soccorso*Informazioni generali*

Regione	Popolazione	PS	PS in DEA I	PS in DEA II	Non noto livello del servizio d'emergenza	Totale Ospedali
Abruzzo	1299272	13	0	5	1	19
Basilicata	4068167	7	3	3	1	14
Calabria	2009268	10	3	3	2	18
Valle d'Aosta	122868	0	0	1	0	1
Marche	15.8780	0	10	1	0	11
Lazio	5269972	12	12	7	2	33
Liguria	1592309	2	6	1	4	13
Piemonte	4330172	9	15	9	0	34
Basilicata	596546	3	2	1	0	6
Trento (F.A.)	497546	2	2	0	3	7
Umbria	858938	1	2	0	3	6
Lombardia	9393092	24	30	11	4	69
Campania	5788986	10	5	5	3	24
Sardegna	1650032	7	0	0	1	8
Totale regioni con	38995968	100	91	48	24	263
Veneto*	4699950					
Friuli Venezia Giulia	1204718					
Bolzano (F.A.)	477067					
Sicilia	5073081					
Emilia Romagna	4151369					
Molise	321053					
Toscana	3598209					
Totale regioni con	19466407					

* consegnato dopo la scadenza dei termini previsti

Questionari PS consegnati (parte relativa alla regione)				
	Nord	Centro	Sud	
Totale Regioni:	9	4	8	21
Consegnati:	2	2	5	9
%	22,22	50	62,5	42,85



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Questionari Ps consegnati				
	Nord	Centro	Std	
Regioni	9	4	5	21
Consegnati:	5	3	5	14
%	55,56	75	75	66,67

Informazioni relative alla regione – PS

0.1 Esistono documenti o norme regionali che prevedono modalità standardizzate di assegnazione del codice triage		%
SI	7	70,00
NO	3	30,00
Non risponde	0	0,00
Totale	10	100,00

0.1.1 Se SI vengono utilizzati solo tali codici per la criticità del evento?		%
SI	7	70,00
NO	0	0,00
Non risponde	3	30,00
Totale	10	100,00

0.2 Se si, viene utilizzato nello scambio immediato delle informazioni tra CO e PS		%
SI	7	70,00
NO	1	10,00
Non risponde	2	20,00
Totale	10	100,00

0.2 la Regione ha promosso la formazione per il personale infermieristico regionale in relazione all'assegnazione del triage?		%
SI	5	50,00
NO	4	40,00
Non risponde	1	10,00
Totale	10	100,00



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

0.4 È presente un sistema informativo informatizzato regionale relativo agli accessi di PS?			%
SI	4		40,00
NO	3		30,00
Non risponde	3		30,00
Totale	10		100,00

0.4.1 Se SI è relativo a tutti gli accessi di PS			%
SI	5		50,00
NO	2		20,00
Non risponde	3		30,00
Totale	10		100,00

0.4.2 Se SI, comprende anche il codice triage			%
SI	5		50,00
NO	1		10,00
Non risponde	4		40,00
Totale	10		100,00

0.4.3 Se SI, comprende anche le diagnosi codificate			%
SI (CD9)	1		10,00
SI (altri sistemi)	0		0,00
NO	2		20,00
Non risponde	7		70,00
Totale	10		100,00

0.4.4 Se SI, comprende anche segni e sintomi codificati secondo la ICD-9-CM			%
SI	3		30,00
NO	0		0,00
Non risponde	7		70,00
Totale	10		100,00



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

3.4.5 Se SI, comprende anche le singole prestazioni erogate nel corso del singolo accesso opportunamente codificate			%
a) Farmaci	S	1	10,00
	NC	3	30,00
	Non risponde	6	60,00
b) Farmaci laboratorio	S	4	40,00
	NC	0	0,00
	Non risponde	6	60,00
c) Prestazioni specialistiche ambulatoriali	S	4	40,00
	NC	0	0,00
	Non risponde	6	60,00
d) Procedure diagnostiche/terapeutiche	S	3	30,00
	NC	0	0,00
	Non risponde	7	70,00
e) Visite / consulenze	S	1	10,00
	NC	0	0,00
	Non risponde	6	60,00
f) altro	S	0	0,00
	NC	0	0,00
	Non risponde	10	100,00

Informazioni relative alla strutture di PS

1.2 Tipo di servizio in emergenza		%
DCA II	48	18,25
DEA I	82	31,96
PS	59	37,64
Non noto	24	9,15
Totale	263	100,00



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

2. Il triage è previsto ed utilizzato in modo sistematico		%
Sì	202	76,81
NO	49	18,63
Non no.c	12	4,53
Totale	263	100,00



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

2.1.2 Disponibilità		%
1112	32	12,17
H24	159	60,43
Altro orario	16	6,08
Non noto	56	21,23
Totale	263	100,00

2.1.3 Locale dedicato		%
S	162	61,60
NO	53	20,15
Non noto	48	18,25
Totale	263	100,00

2.2.1 Si prevede il responsabile del triage		%
SI	101	38,40
NO	120	45,63
Non noto	42	15,97
Totale	263	100,00

2.2.2.1 Triage è svolto da persona dedicata		%
S	141	53,61
NO	81	30,80
Non noto	41	15,59
Totale	263	100,00

2.2.2.1 Tipologia di personale dedicato al triage		
	Infermieri	Altro
76-100%	183	9
51-75%	3	0
26-50%	7	1
0-25%	5	0
Non noto	65	253
Totale	263	263

2.2.2.3 Formazione del personale dedicato			
	Gruppo di formazione triage	Azienale	
		Aziendale	Altro
76-100%	36	32	18
51-75%	6	10	0
26-50%	18	14	15
0-25%	35	14	11
Non noto	168	132	219
Totale	263	232	263



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

2.3 Codici DMS 15/05/1992. Vengono utilizzati solo tali codici per la crit.cita col'evento?		
		%
Sì	208	79,09
NO*	24	9,13
Non note	31	11,73
Totale	263	100,00

* Sono femore indicati sotto codice nel DMS del 1992

2.4 Tipo di triage utilizzato		
		%
Direttore del traffico o sistema non infermieristico	1	0,38
Spot-check	14	5,32
Globale	80	30,42
Bancone	84	31,94
Doppio stop	3	1,14
Misto	32	12,17
Altro	14	5,32
Non note	35	13,31
Totale	263	100,00

Tip. triage	Medio	St.	Min.	Max.	Medio	St.	Min.	Max.	Medio	St.	Min.	Max.	Medio	St.	Min.	Max.	Medio	St.	Min.	Max.
Direttore del traffico o sistema non infermieristico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Spot-check	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Globale	2	2	0	4	2	2	0	4	2	2	0	4	2	2	0	4	2	2	0	4
Bancone	2	2	0	4	2	2	0	4	2	2	0	4	2	2	0	4	2	2	0	4
Doppio stop	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Misto	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Altro	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Non note	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Totale	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1

Tip. di triage	%	A.1	% A.1	A.2	% A.2	A.3	% A.3	A.4	% A.4	A.5	% A.5	A.6	% A.6	A.7	% A.7	A.8	% A.8	A.9	% A.9	A.10	% A.10
Direttore del traffico o sistema non infermieristico	0	0	0	1	100	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Spot-check	0	66,20	10,00	4	28,87	4	28,87	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	7,14	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Globale	28	30,5	5,71	30	33,0	30	33,0	20	22,2	50,00	55,56	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Bancone	30	33,0	5,71	30	33,0	30	33,0	5	5,56	34,09	37,78	0	0,00	5	5,56	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Doppio stop	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Misto	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Altro	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Non risposte	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Totale	72	78	100,00	72	78	100,00	72	78	100,00	72	78	100,00	72	78	100,00	72	78	100,00	72	78	100,00



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

2.4 G Altro tipo di triage	%	
Accesso diretto a PS	3	21,43
alla porta	1	7,14
Di funzioni vitali CCS in alcuni pazienti	1	7,14
E in orario notturno da gennaio a maggio e da settembre a dicembre. C H12 e H24 da giugno a settembre	1	7,14
Eifas co	1	7,14
D + occe e valutazione	1	7,14
D + parametri vitali ed ECG nei casi previsti	1	7,14
D r. del traffico con personale infermieristico è in corso di allineamento un'occe o ded cato	1	7,14
Triage di bancone seguito da post-triage con misurazione parametri vitali	1	7,14
Valutazione del paziente all'ingresso	1	7,14
Bancone 1 doppio step	1	7,14
Totale	14	100,00

2.5 Il codice triage è assegnato in modo automatizzato da eventuali software	%	
S	54	20,53
NO	230	63,83
Non noto	41	15,59
Totale	265	100,00



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Il codice triage è assegnato in modo automatizzato da eventuali software

Abruzzo	3
Fuglia	1
Calabria	1
Valle d'Aosta	1
Marche	2
Lazio	4
Liguria	3
Piemonte	3
Lombardia	19
Emilia-Romagna	1
Campania	3
Trentino	1
Umbria	1

2.6 Esistono protocolli per l'assegnazione del triage		
		%
S	177	67,31
NO	54	20,53
Non noto	32	12,17
Totale	263	100,01

2.7 Sono previsti criteri di verifica della qualità del triage svolto		
		%
S	177	67,31
NO	54	20,53
Non noto	32	12,17
Totale	263	100,01

2.8 Le informazioni relative ai singoli accessi di PS vengono raccolte in modo formalizzato		
		%
S	185	71,83
NO	45	17,11
Non noto	29	11,03
Totale	263	100,01



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

2.8.2 Tali informazioni comprendono i dati relativi all'età

	S	NO	Non noto	Totale
Codice d'età	192	10	61	263
Parametri vitali	176	22	65	263
Descrizione problema/principale	189	13	61	263
Anamnesi patologica	150	52	61	263
Prestazioni e attività svolte in	153	45	65	263
Valutazioni del livello di sofferenza	112	85	66	263
Durata sintomi	143	54	66	263
Causa del trauma	187	16	63	263
Scenario in caso di trauma	100	96	67	263

2.8.3 Tali informazioni comprendono anche le diagnosi codificate secondo la ICD9 CM		%
SI	103	39,16
NO	83	31,56
Non noto	77	29,28
Totale	263	100,00

2.8.4 Tali informazioni comprendono anche segni e sintomi codificati secondo la ICD9 CM		%
SI	48	18,25
NO	99	37,64
Non noto	113	44,11
Totale	263	100,00

2.8.5 Comprende anche le singole prestazioni erogate nel corso del singolo accesso opportunamente codificate				
	S	NO	Non noto	Totale
Farmaci	107	56	106	263
Esami di laboratorio	146	21	96	263
Prestazioni specialistiche	143	21	99	263
Procedure diagnostico-terapeutiche	117	19	100	263
Visite / conferenze	145	18	100	263



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Le informazioni raccolte per i singoli accessi comprendono i dati relativi al triage (strutture che utilizzano triage "bancone")				
	SI	NO	Totale	%
Parametri vitali	64	20	84	76,19
Descrizione problema principale	69	15	84	82,14
Anamnesi patologica	53	31	84	63,10
Prestazioni e attività svolte in triage	50	34	84	59,52
Valutazione del livello di sofferenza	38	46	84	45,24
Durata sintomi	57	27	84	67,86
Causa del trauma	67	17	84	79,76
Scenario in caso di trauma maggiore	37	47	84	44,05
Segni e sintomi secondo ICD9CM	37	47	84	44,05

Risultati relativi al triage di Sistema 118

Informazioni generali

Regione	Popolazione	Parte relativa alla regione consegnata	CO consegnate	CO Tot.
Abruzzo	1.299.112	SI	4	4
Puglia	4.068.167		3	5
Calabria	2.009.263		4	5
Valle d'Aosta	1.228.663	SI	1	1
Marche	1.518.780		3	4
Lazio	5.209.972		5	5
Liguria	1.592.309		5	5
Piemonte	4.430.112		8	8
Basilicata	596.546		1	1
Trento (P.A.)	497.546		1	1
Umbria	858.938		1	3
Lombardia	9.393.092		11	12
Campania	5.718.985	SI	10	10
Bolzano (P.A.)	477.067	SI	1	1
Toscana	3.598.260	SI	12	12
Sardegna	1.650.052		2	2
Totale	43.071.304		72	79
Veneto	4.599.950		0	7
Friuli Venezia Giulia	1.204.718		0	4
Sicilia	5.013.081		0	4
Emilia Romagna	4.151.369	SI	0	10
Molise	321.953		0	1
Totale regioni con questionari non consegnati	15.391.071		0	26



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Questionari 118 consegnati (parte relativa alla regione)				
	Nord*	Centro	Sud	
Regioni	9	4	8	21
Consegnati	2	2	2	6
Totale	22,22	50	25	28,57
*Il Trentino Alto Adige è suddiviso nelle due province autonome				

Questionari 118 consegnati				
	Nord*	Centro	Sud	
Regioni	9	4	8	21
Consegnati	5	4	6	16
%	66,67	100	75	76,19
*Il Trentino Alto Adige è suddiviso nelle due province autonome				

Informazioni relative alla regione – 118

0.2 Le informazioni relative all'attività delle centrali operative vengono raccolte in modo informatizzato dalla Regione?		%
SI	4	66,67
NO	2	33,33
Non risponde	0	0,00
Totale	6	100,00

0.2.1 Se SI riguardano le singole chiamate?		%
SI	2	33,33
NO	1	16,67
Non risponde	3	50,00
Totale	6	100,00

0.2.2 Riguardano le singole missioni?		%
SI	2	33,33
NO	1	16,67
Non risponde	3	50,00
Totale	6	100,00

0.2.3 Riguardano i singoli interventi?		%
SI	2	33,33
NO	1	16,67
Non risponde	3	50,00



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Totale	6	100,00
--------	---	--------

0.2.4 Riguardano i singoli pazienti?		%
SI	2	33,33
NO	1	16,67
Non risponde	3	50,00
Totale	6	100,00

0.3 I sistemi informativi delle centrali operative sono integrati con i sistemi informativi dei Pronto Soccorso (P.S.)?		%
SI	0	0,00
NO	6	100,00
Non risponde	0	0,00
Totale	6	100,00

0.3.1 Se SI sono integrati rendendo disponibile il codice del paziente in arrivo ed eventuali altri dati in tempo reale?		%
SI	0	0,00
NO	0	0,00
Non risponde	6	100,00
Totale	6	100,00

0.4 Il sistema di triage di centrale utilizzato e' lo stesso per la Regione?		%
SI	4	66,67
NO	2	33,33
Non risponde	0	0,00
Totale	6	100,00

0.4.1 Se si viene utilizzato nello scambio immediato delle informazioni tra CC.OO. regionali		%
SI	2	33,33
NO	1	16,67
Non risponde	3	50,00
Totale	6	100,00

0.5 Il sistema di triage del territorio (valutazione sanitaria) utilizzato e' lo stesso per la Regione?		%
SI	5	83,33



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

NO	1	16,67
Non risponde	0	0,00
Totale	6	100,00

Informazioni relative alla Centrale operativa 118

2.1 Uso di codici standard		%
SI	67	90,54
NO	1	1,35
Non risponde	6	8,11
Totale	74	100

2.3 Viene sempre attribuito un codice colore all'evento		%
SI	67	90,54
NO	1	1,35
Non risponde	6	8,11
Totale	74	100

2.4 Valutazione sanitaria sulla base di:			%
Segni e sintomi	SI	67	90,54
	NO	1	1,35
	Non risponde	6	8,11
	Totale	74	100
Dinamica dell'evento	SI	74	91,36
	NO	1	1,23
	Non risponde	6	7,41
	Totale	81	100
Rischio evolutivo	SI	64	86,49
	NO	2	2,70
	Non risponde	8	10,81
	Totale	74	100
Risorse a disposizione sul territorio	SI	34	45,95
	NO	28	37,84
	Non risponde	12	16,22
	Totale	74	100

2.5 Si utilizzano sistemi di supporto decisionale?		%
SI	39	52,70
NO	23	31,08
Non risponde	12	16,22
Totale	74	100

2.5.1; 2.5.2; 2.5.3 Si utilizza il sistema:			%
Dispatch medical priority	SI	22	29,73
	NO	37	50,00
	Non risponde	15	20,27
	Totale	74	100



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

National academy of medical dispatch	SI	4	5,41
	NO	46	62,16
	Non risponde	24	32,43
	Totale	74	100
Altro	Vari	18	

2.6 Il sistema utilizzato è informatizzato o cartaceo?		%	
Informatizzato	48	64,86	
Cartaceo	10	13,51	
Entrambi	5	6,76	
Misto	1	1,35	
Non risponde	10	13,51	
Totale	74	100,00	

2.6.1; 2.6.2; 2.6.3 Se il sistema utilizzato è informatizzato, l'applicativo è:			%	
Sviluppato da una software house	SI	48	64,86	
	NO	5	6,76	
	Non risponde	21	28,38	
	Totale	74	100	
Largamente commercializzato	SI	24	32,43	
	NO	14	18,92	
	Non risponde	36	48,65	
	Totale	74	100	
Sviluppato dal servizio dei sistemi informativi interno	SI	2	2,70	
	NO	55	74,32	
	Non risponde	17	22,97	
	Totale	74	100	

2.7 Quali figure gestiscono il triage nelle C.O.		%	
Solo medici	1	1,35	
Solo infermieri	11	14,86	
Medici e infermieri	27	36,49	
Medici, infermieri, operatori	13	17,57	
Non risponde	22	29,73	
Totale	74	100,00	



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

2.8 Il personale ha eseguito corsi di formazione specifici (con attestato)?		%	
Medici	76-100%	22	29,73
	51-75%	9	12,16
	26-50%	4	5,41
	0-25%	14	18,92
	Non risponde	25	33,78
Infermieri	76-100%	34	45,95
	51-75%	9	12,16
	26-50%	10	13,51
	0-25%	3	4,05
	Non risponde	18	24,32
Tecnici	76-100%	13	17,57
	51-75%	1	1,35
	26-50%	4	5,41
	0-25%	4	5,41
	Non risponde	52	70,27
Volontari	76-100%	2	2,70
	51-75%	6	8,11
	26-50%	1	1,35
	0-25%	6	8,11
	Non risponde	59	79,73

2.9 Esistono criteri di valutazione di qualità del processo di triage		%	
SI	34	45,95	
NO	32	43,24	
Non risponde	8	10,81	
Totale	74	100	



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Informazioni relative al triage sul territorio 118

3.1 Vengono utilizzati solo i codici suddetti per la valutazione sanitaria?		%
SI	42	56,76
NO	27	36,49
Non risponde	5	6,76
Totale	74	100,00

3.1.2 Se No, vengono utilizzati codici numerici		%
SI	13	17,57
NO	9	12,16
Non risponde	52	70,27
Totale	74	100,00

3.1.3 Se No, vengono utilizzati codici colore		%
SI	29	39,19
NO	1	1,35
Non risponde	44	59,46
Totale	74	100,00

3.2 Da quali figure professionali è gestito il triage?		%
Solo medici	5	4,95
Solo infermieri	59	58,42
Medici e infermieri	11	10,89
Medici, infermieri, operatori	20	19,80
Operatori	3	2,97
Non risponde	3	2,97
Totale	101	100,00



3.3 A seconda della figura professionale che gestisce il triage, esistono criteri standardizzati di attribuzione dei codici?			%
Medici	SI	42	56,76
	NO	20	27,03
	Non risponde	12	16,22
Infermieri	SI	42	56,76
	NO	19	25,68
	Non risponde	13	17,57
Tecnici	SI	11	14,86
	NO	19	25,68
	Non risponde	44	59,46
Volontari	SI	28	37,84
	NO	15	20,27
	Non risponde	31	41,89

3.4 Il codice "I" viene comunicato dal mezzo di soccorso a:			
	Alla centrale	Al PS di destinazione	Altro
SI	59	16	2
NO	6	27	0
Non risponde	9	31	72
Totale	74	74	74

3.5 La centrale operativa allerta il PS di destinazione?		%
Sempre	11	14,86
Solo per alcuni codici	55	74,32
Non risponde	8	10,81
Totale	74	100,00

3.6 Il personale ha seguito corsi di formazione specifici di triage sul territorio?		%
SI	42	56,76
NO	21	28,38
Non risponde	11	14,86



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Totale	74	100,00
--------	----	--------

Il personale ha eseguito corsi specifici di triage sul territorio		%	
Medici	76-100%	23	31,08
	51-75%	8	10,81
	26-50%	5	6,76
	0-25%	12	16,22
	Non risponde	26	35,14
Infermieri	76-100%	26	35,14
	51-75%	4	5,41
	26-50%	13	17,57
	0-25%	4	5,41
	Non risponde	27	36,49
Tecnici	76-100%	8	10,81
	51-75%	0	0,00
	26-50%	3	4,05
	0-25%	5	6,76
	Non risponde	58	78,38
Volontari	76-100%	12	16,22
	51-75%	9	12,16
	26-50%	3	4,05
	0-25%	6	8,11
	Non risponde	44	59,46

3.7 Esistono criteri di valutazione di qualità del processo triage?		%	
SI	29	39,19	
NO	37	50,00	
Non risponde	8	10,81	
Totale	74	100,00	

3.8 Si utilizzano modalità automatiche/informatiche di comunicazione tra M.S. e C.O.?		%	
SI	20	27,03	
NO	41	55,41	
Non risponde	13	17,57	
Totale	74	100,00	



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

3.9 Si utilizzano modalità automatiche/informatiche di comunicazione tra C.O. e P.S.?		%
SI	5	11,90
NO	55	130,95
Non risponde	14	33,33
Totale	74	176,19

3.10.1 Si valutano corrispondenze tra attribuzione del codice evento (telefonico) e codice valutazione sanitaria ("I")		%
SI	46	62,16
NO	14	18,92
Non risponde	14	18,92
Totale	74	100,00

3.10.2 Si valutano corrispondenze tra attribuzione del codice evento e codice triage PS		%
SI	12	16,22
NO	41	55,41
Non risponde	21	28,38
Totale	74	100,00

3.10.3 Si valutano corrispondenze tra attribuzione del codice valutazione sanitaria e codice triage PS		%
SI	15	20,27
NO	40	54,05
Non risponde	19	25,68
Totale	74	100,00



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Informazioni relative al triage in caso di maxiemergenza - 118

4.1 E' stato previsto un metodo di triage specifico per le maxi emergenze		%
SI	59	79,73
NO	9	12,16
Non risponde	6	8,11
Totale	74	100,00

4.1.1 Quale:		%
ATSL	1	1,69
Cesira	4	6,78
Inverso	1	1,69
MIMMS / SIEVE SORTS	6	10,17
Phast	1	1,69
Start	43	72,88
Non risponde	3	5,08
Totale	59	100,00

4.2.1 Se il triage sul luogo dell'evento è gestito da medici, quale metodo è previsto		%
ATSL	0	0,00
Cesira	2	3,28
Codice colore	2	3,28
FAST / Phast	2	3,28
MIMMS / SIEVE SORTS	6	9,84
RTS	1	1,64
Start	30	49,18
Non risponde	18	29,51
Totale	61	100,00

4.2.2 Se il triage sul luogo dell'evento è gestito da infermieri, quale metodo è previsto		%
ATSL	0	0,00
Cesira	4	6,78
Codice colore	2	3,39
FAST / Phast	1	1,69
MIMMS / SIEVE SORTS	6	10,17
RTS	1	1,69
Start	27	45,76
Non risponde	18	30,51



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Totale	59	100,00
--------	----	--------

4.2.3 Se il triage sul luogo dell'evento è gestito da OT, quale metodo è previsto	%	
ATSL	0	0,00
Cesira	1	11,11
Codice colore	0	0,00
FAST / Phast	0	0,00
MIMMS / SIEVE SORTS	1	11,11
RTS	0	0,00
Start	2	22,22
Non risponde	5	55,56
Totale	9	100,00

4.2.4 Se il triage sul luogo dell'evento è gestito da volontari, quale metodo è previsto	%	
ATSL	0	0,00
Cesira	4	13,79
Codice colore	0	0,00
FAST / Phast	0	0,00
MIMMS / SIEVE SORTS	4	13,79
RTS	0	0,00
Start	13	44,83
Non risponde	8	27,59
Totale	29	100,00

4.3 Sono disponibili cartellini di triage per i pazienti	%	
SI	42	56,76
NO	21	28,38
Non risponde	11	14,86
Totale	74	100,00



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

ALLEGATI

QUESTIONARIO TRIAGE DI PS

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA REGIONE

0. Regione _____

L'Accordo del 25/10/2001 stabilisce: "I codici di criticità, in analogia con i criteri definiti dal Decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992, articolati in quattro categorie ed identificati con colore sono:

Codice rosso: Molto critico, Priorità massima Pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure;

Codice giallo: Mediamente critico, Priorità intermedia;

Codice verde: Poco critico, Priorità bassa, Prestazioni differibili;

Codice bianco: Non critico, Pazienti non urgenti."

0.1. Esistono documenti e/o norme regionali che prevedono modalità standardizzate di assegnazione del codice triage? **SI NO**

0.1.1 Se **SI**, vengono utilizzati solo tali codici per la criticità dell'evento? **SI NO**

0.1.1.1 Se **NO**, vengono utilizzati altri codici? **SI NO**

01.1.1.1 Se **SI** quali

Codice_____ descrizione _____

Codice_____ descrizione _____

Codice_____ descrizione _____

Codice_____ descrizione _____

Codice_____ descrizione _____

0.2 Se **SI**, viene utilizzato nello scambio immediato delle informazioni tra centrali operative 118 e PS? **SI NO**

0.3 la Regione ha promosso la formazione per il personale infermieristico regionale in relazione all'assegnazione del triage? **SI NO**

Sistemi informativi

0.4 E' presente un sistema informativo informatizzato regionale relativo agli accessi di PS? **SI NO**

0.4.1 Se **SI**, è relativo a tutti gli accessi di PS **SI NO**

0.4.2 Se **SI**, comprende anche il codice triage **SI NO**

0.4.3 Se **SI**, comprende anche le diagnosi codificate **SI NO**

a. secondo la ICD-9-CM **SI NO**

b. secondo altri sistemi (specificare) **SI NO**

0.4.4 Se **SI**, comprende anche segni e sintomi codificati secondo la ICD-9-CM **SI NO**



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

0.4.5 Se **SI**, comprende anche le singole prestazioni erogate nel corso del singolo accesso opportunamente codificate ?

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| a. Farmaci | SI | NO |
| b. Esami di laboratorio | SI | NO |
| c. Prestazioni specialistiche ambulatoriali | SI | NO |
| d. Procedure diagnostico-terapeutiche | SI | NO |
| e. Visite / consulenze | SI | NO |
| f. Altro (specificare) _____ | | |

Il questionario, è stato compilato da:

Nome: _____ **Telefono** _____

Funzione: _____ **Ufficio** _____

Indirizzo e-mail _____

Data: _____ **Firma:** _____



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

QUESTIONARIO TRIAGE DI PS

INFORMAZIONI RELATIVE ALLE SINGOLE STRUTTURE DI EMERGENZA

1 DATI ANAGRAFICI E DIMENSIONALI

1. Regione _____
- 1.1 Struttura ospedaliera di emergenza
codice _____ denominazione _____
- 1.2 Tipo di servizio di emergenza PS ____ PS in DEA I ____ PS in DEA II ____
- 1.3 Numero di accessi in PS (ad eccezione dei ricoveri programmati registrati in PS) per l'anno 2004 _____

2. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'UTILIZZO DEL TRIAGE

2. Il triage è previsto ed è utilizzato in modo sistematico **SI NO**

2.1 Se **SI**

2.1.1 Anno di attivazione _____

2.1.2 Disponibilità

H 12 _____

H 24 _____

Altro orario (*specificare*) _____

2.1.3 Locale dedicato **SI NO**

personale dedicato al triage

2.2.1 Si prevede il responsabile del triage **SI NO**

2.2.2 il triage è svolto da personale dedicato al triage **SI NO**

2.2.2.1 Tipologia di personale dedicato al triage

(*indicare la proporzione rispetto al personale dedicato al triage*)

Medico _____ %

Infermiere _____ %

Altro (*specificare*) _____ %

2.2.2.2 Il personale può essere dedicato al triage PS

_____ solo dopo un periodo di attività in PS non inferiore a _____ mesi

_____ non è previsto alcun periodo minimo di attività in PS

2.2.2.3 Formazione del personale dedicato

(*indicare la proporzione rispetto al personale dedicato al triage*)

Gruppo di Formazione Triage (GFT) _____ %

Aziendale _____ %

Altro _____ %

Codici del triage



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

L'Accordo del 25/10/2001 stabilisce: "I codici di criticità, in analogia con i criteri definiti dal Decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992, articolati in quattro categorie ed identificati con colore sono:

Codice rosso: Molto critico, Priorità massima Pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure;

Codice giallo: Mediamente critico, Priorità intermedia;

Codice verde: Poco critico, Priorità bassa, Prestazioni differibili;

Codice bianco: Non critico, Pazienti non urgenti."

2.3 Vengono utilizzati solo tali codici per la criticità dell'evento? **SI NO**

2.3.1 Se **NO**, vengono utilizzati altri codici? **SI NO**

2.3.1.1 Se **SI** quali

Codice _____ descrizione _____

Codice _____ descrizione _____

Codice _____ descrizione _____

Codice _____ descrizione _____

Codice _____ descrizione _____

Modalità organizzative

2.4 Tipo di triage utilizzato (per la descrizione delle singole tipologie di triage si veda l'allegato)

A. Direttore del traffico o sistema non infermieristico

B. "Spot-check"

C. Globale

D. Bancone

E. Doppio step

F. Misto - *specificare la combinazione:* ____ ____ ____ ____ ____ (es. C E)

G. Altro (*specificare*) _____

2.5 Il codice triage è assegnato in modo automatizzato da eventuali software ? **SI NO**

2.6 Esistono protocolli predefiniti e approvati dal responsabile del PS per l'assegnazione del triage? **SI NO**

2.7 Sono previste criteri di verifica della qualità del triage svolto (verifica periodica della congruità codici assegnati) **SI NO**

2.7.1 Se **SI**, quali

Sistemi informativi

2.8 Le informazioni relative ai singoli accessi di PS vengono raccolte in modo informatizzato? **SI NO**



2.8.1 Se **SI**, il software è prodotto da:

- a. società certificata (*specificare*) _____
- b. sistema informativo aziendale **SI NO**
- c. altro (*specificare*) _____

2.8.2 Se **SI**, tali informazioni comprendono i dati relativi al triage ?

- a. Codice triage **SI NO**
- b. Parametri vitali **SI NO**
- c. Descrizione del Problema Principale riferito dal Paziente **SI NO**
- d. Anamnesi Patologica **SI NO**
- e. Prestazioni e attività svolte al triage **SI NO**
- f. Valutazione del livello di sofferenza **SI NO**
- g. Durata dei Sintomi **SI NO**
- h. Causa del trauma **SI NO**
- i. Scenario in caso di Trauma Maggiore **SI NO**

2.8.3 Se **SI**, tali informazioni comprendono anche le diagnosi codificate

- a. secondo la ICD-9-CM **SI NO**
- b. secondo altri sistemi (*specificare*) **SI NO** _____

2.8.4 Se **SI**, tali informazioni comprende anche segni e sintomi codificati secondo la ICD-9-CM **SI NO**

2.8.5 Se **SI**, comprende anche le singole prestazioni erogate nel corso del singolo accesso opportunamente codificate ?

- a. Farmaci **SI NO**
- b. Esami di laboratorio **SI NO**
- c. Prestazioni specialistiche ambulatoriali **SI NO**
- d. Procedure diagnostico-terapeutiche **SI NO**
- e. Visite / consulenze **SI NO**
- f. Altro(*specificare*) _____

Il questionario è stato compilato da:

Nome: _____ **Telefono:** _____

Funzione: _____ **Ufficio:** _____

Indirizzo e-mail _____

Data: _____ Firma _____



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

QUESTIONARIO "TRIAGE" 118 INFORMAZIONI RELATIVE ALLA REGIONE

Da compilarsi a carico delle regioni prima della distribuzione del questionario stesso alle singole centrali operative

0.1 Regione _____

0.2 Le informazioni relative all'attività delle centrali operative vengono raccolte in modo informatizzato dalla Regione¹? **SI NO**

0.2.1 Se **SI** riguardano le singole chiamate? **SI NO**

0.2.2 Riguardano le singole missioni? **SI NO**

0.2.3 Riguardano i singoli interventi? **SI NO**

0.2.4 Riguardano i singoli pazienti? **SI NO**

0.3 I sistemi informativi delle centrali operative sono integrati con i sistemi informativi del Pronto Soccorso (P.S.)? **SI NO**

0.3.1 Se **SI** sono integrati rendendo disponibile il codice del paziente in arrivo ed eventuali altri dati in tempo reale? **SI NO**

0.4 Il sistema di triage di centrale utilizzato è lo stesso per la Regione? **SI NO**

0.4.1 Se **SI**, viene utilizzato nello scambio immediato delle informazioni tra centrali operative regionali? **SI NO**

0.5 Il sistema di triage del territorio (valutazione sanitaria) utilizzato è lo stesso per la Regione? **SI NO**

Il questionario, per la parte Regionale, è stato compilato da:

Nome: _____ **Telefono:** _____

Funzione: _____ **Ufficio:** _____

Indirizzo e-mail _____

Data: _____ **Firma** _____

¹ Per esempio è possibile che ci sia una chiamata che origina un intervento con più missioni (auto medica, auto ambulanza, elisoccorso) e che coinvolge diversi pazienti: si registra la sola chiamata, l'intervento ad essa associata, ogni singola missione e i dati anagrafici di ogni singolo paziente?



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

QUESTIONARIO "TRIAGE" 118
INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SINGOLE CENTRALI OPERATIVE

Premessa: Il triage del 118 prevede due step:

- 1) la valutazione telefonica della chiamata con emissione di un codice di criticità presunto, patologia prevalente e luogo ed inoltre valuta: numero persone coinvolte, la possibilità di eventi non convenzionali;
- 2) il triage sul luogo dell'evento che verifica le notizie ricevute.

Questo questionario analizza unicamente la criticità.

1. Dati Anagrafici anno 2004

- 1.1 Centrale operativa: denominazione _____
- 1.2 Numero interventi anno 2004 _____
- 1.3 Bacino d'utenza: popolazione residente (ISTAT) _____ Km² _____
(esclusi i flussi turistici)

2. Triage di centrale "Dispatch" (esclusivamente chiamate di soccorso).

DM 15 Maggio 1992 par 2.1 "Definizione della criticità dell'evento"

Ai fini di una corretta codifica della definizione della criticità dell'evento si specifica che per stabilire tale codice vanno parametrare le caratteristiche della chiamata con la risposta assistenziale teorica, ponendo attenzione al fatto che questo codice rappresenta la criticità dell'evento e non la risposta effettivamente data.

Il codice è costituito da un unico carattere che può assumere uno solo dei seguenti valori:

"B" bianco non critico. Si definisce non critico un servizio che con ragionevole certezza non ha necessità di essere espletato in tempi brevi;

"V" verde, poco critico. Si definisce poco critico un intervento differibile;

"G" giallo, mediamente critico. Si definisce mediamente critico un intervento indifferibile;

"R" rosso, molto critico. Si definisce molto critico un intervento di emergenza.

2. In centrale, in fase di valutazione dell'evento:

2.1 Vengono utilizzati solo i codici suddetti per la criticità dell'evento? **SI NO**

2.2 Se **NO** indicare quali codici vengono utilizzati:

numerici (specificare) _____

blu (utilizzo DAE) **SI NO**

nero **SI NO**

altri (specificare) _____

2.3 Viene sempre attribuito un codice colore all'evento ? **SI NO**



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

2.4 Ai fini della codifica della criticità dell'evento quali condizioni vengono prese in esame?

- 2.4.1 Valutazione sanitaria sulla base di segni e sintomi **SI NO**
- 2.4.2 Dinamica dell'evento **SI NO**
- 2.4.3 Rischio evolutivo **SI NO**
- 2.4.4 Risorse a disposizione sul territorio **SI NO**

2.5 Si utilizzano sistemi di supporto decisionali? **SI NO**

- 2.5.1 Si utilizza il sistema "Dispatch medical priority" ? **SI NO**
- 2.5.2 Si utilizza il sistema "National academy of medical dispatch"? **SI NO**
- 2.5.3 Altro (specificare) _____

2.6 Il sistema utilizzato è informatizzato o cartaceo? _____

- 2.6.1 Se il sistema utilizzato è informatizzato, l'applicativo è stato sviluppato dal servizio dei sistemi informativi interno all'ospedale **SI NO**
- 2.6.2 Se il sistema utilizzato è informatizzato, l'applicativo è stato sviluppato da una "software house"? **SI NO Quale (specificare Software House)** _____
- 2.6.3 Se il sistema utilizzato è informatizzato, l'applicativo è largamente commercializzato? **SI NO Quale (specificare) ?** _____

2.7 Da quali figure professionali è gestito il triage in centrale operativa (C.O.)? (possibili risposte multiple)

- 2.7.1 Medici **SI NO**
- 2.7.2 Infermieri **SI NO**
- 2.7.3 Operatori tecnici **SI NO**
- 2.7.4 Volontari **SI NO**
- 2.7.5 Altro (specificare) _____

2.8 Il personale ha seguito corsi di formazione specifici (con attestato)? **SI NO**
Se **SI** (indicare percentuale del personale formato)

- 2.8.1 Medici **0 – 25%; 26 – 50%; 51 – 75%; 76 – 100%**
- 2.8.2 Infermieri **0 – 25%; 26 – 50%; 51 – 75%; 76 – 100%**
- 2.8.3 Operatori tecnici **0 – 25%; 26 – 50%; 51 – 75%; 76 – 100%**



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

2.8.4 Volontari **0 – 25%; 26 – 50%; 51 – 75%; 76 – 100%**

2.8.5 Altro **0 – 25%; 26 – 50%; 51 – 75%; 76 – 100%**

2.9 Esistono criteri di valutazione di qualità del processo di triage? **SI NO**

2.9.1 Se **SI** quali _____

3. Triage sul territorio (interventi)

*DM 15 Maggio 1992 par 3 "intervento degli operatori del mezzo di soccorso"
 d) valutazione sanitaria del paziente effettuata dal personale di soccorso giunto sul luogo dell'evento. Il codice è costituito da due caratteri che possono assumere uno solo dei seguenti valori:*

- "I0" = soggetto che non necessita di intervento;*
- "I1" = soggetto affetto da forma morbosa di grado lieve;*
- "I2" = soggetto affetto da forma morbosa grave;*
- "I3" = soggetto con compromissione delle funzioni vitali;*
- "I4" = deceduto;*

3.1 Vengono utilizzati solo i codici suddetti per la valutazione sanitaria? **SI NO**

3.1.1 Se **NO**, indicare quali codici vengono utilizzati:

3.1.2 numerici ? **SI NO**

3.1.3 codici colore ? **SI NO**

3.1.4 (specificare quali colori/numeri si utilizzano) _____

3.1.5 Altro _____

3.2 Da quali figure professionali è gestito il triage?
 (possibili risposte multiple)

3.2.1 Medici **SI NO**

3.2.2 Infermieri **SI NO**

3.2.3 Operatori tecnici **SI NO**

3.2.4 Volontari **SI NO**

3.2.5 Altro (specificare) _____



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

3.3 A seconda della figura professionale che gestisce il triage, esistono criteri standardizzati di attribuzione dei codici?

- | | | |
|-------------------------|-----------|-----------|
| 3.3.1 Medici | SI | NO |
| 3.3.2 Infermieri | SI | NO |
| 3.3.3 Operatori tecnici | SI | NO |
| 3.3.4 Volontari | SI | NO |
| 3.3.5 Altro _____ | SI | NO |

3.4 Il codice "I" viene comunicato dal Mezzo di Soccorso (M.S.) ?:

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 3.4.1 alla centrale | SI | NO |
| 3.4.2 al pronto soccorso di destinazione | SI | NO |
| 3.4.3 altro _____ | | |

3.5 La centrale operativa allerta il pronto soccorso di destinazione?:

3.5.1 sempre mai Solo per alcuni codici Quali? _____

3.6 Il personale ha seguito corsi di formazione specifici di triage sul territorio? **SI** **NO**
Se **SI** (indicare percentuale del personale formato)

3.6.1 Medici	0 – 25%;	26 – 50%;	51 – 75%;	76 – 100%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6.2 Infermieri	0 – 25%;	26 – 50%;	51 – 75%;	76 – 100%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6.3 Operatori tecnici	0 – 25%;	26 – 50%;	51 – 75%;	76 – 100%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6.4 Volontari	0 – 25%;	26 – 50%;	51 – 75%;	76 – 100%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6.5 Altro	0 – 25%;	26 – 50%;	51 – 75%;	76 – 100%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.7 Esistono criteri di valutazione di qualità del processo di triage? **SI** **NO**

ES.: revisione periodica della documentazione clinica dei pazienti soccorsi; procedure di confronto critico tra triage di centrale (sull'evento) e triage sul campo(sul paziente)....



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

3.7.1 Se **SI** quali _____

3.8 Si utilizzano modalità automatiche/informatiche di comunicazione tra M.S. e C.O.? **SI NO**

3.9 Si utilizzano modalità automatiche/informatiche di comunicazione tra C.O. e P.S.? **SI NO**

3.10 Si valutano corrispondenze tra:

3.10.1 attribuzione del codice evento (telefonico) e codice valutazione sanitaria ("I") **SI NO**

3.10.2 attribuzione tra codice evento e codice triage P.S. **SI NO**

3.10.3 attribuzione del codice valutazione sanitaria e codice triage PS **SI NO**

4. Triage di maxiemergenza sul territorio

4.1 E' stato previsto un metodo di triage specifico per le maxiemergenze? **SI NO**

4.1.1 Se **SI**, quale _____

4.2 Da quali figure professionali è gestito il triage sul luogo dell'evento in maxiemergenza?

4.2.1 Medici **SI NO** con quale metodo? _____

4.2.2 Infermieri **SI NO** con quale metodo? _____

4.2.3 Operatori tecnici **SI NO** con quale metodo? _____

4.2.4 Volontari **SI NO** con quale metodo? _____

4.2.5 Altro (specificare) _____

4.3 Sono disponibili cartellini di triage per i pazienti? **SI NO**

4.3.1 Se **SI**, in che numero per M.S. _____

4.3.2 Se no cosa si usa per identificare e triagiare i pazienti sul campo? _____

Il questionario è stato compilato da:

Nome: _____ **Telefono** _____

Funzione: _____ **Ufficio** _____

Indirizzo e-mail _____



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Data: _____

Firma _____

Prot. 282 /ASP/DS

Roma, 12-01-2006

Agli Assessori alla sanità delle
Regioni e Province Autonome
LORO SEDI

Ai referenti regionali per il progetto
mattoni “Pronto soccorso e sistema
118”:

Regione Liguria – dr.ssa P. Gabrielli

Regione Marche – dr.ssa S. Di Tizio

Regione Sicilia – dr. A. Di Grande

Regione Umbria - dr. C. Romagnoli

Regione Valle d’Aosta - sig.ra M.

Junod

Oggetto : Progetto “mattoni” “Pronto soccorso e sistema 118” – Ricognizione circa l’utilizzo del “trriage”

Il progetto “Pronto soccorso e sistema 118”, inserito nell’ambito del Progetto per la costruzione di classificazioni, codifiche, metodologie comuni per il Servizio Sanitario Nazionale (progetto “mattoni del SSN”), si propone di perseguire, quale principale obiettivo, la creazione delle fondamenta su cui costruire una “rete dell’emergenza” che, operando in modo efficiente ed efficace, superando i confini regionali, attraverso il tempestivo scambio di informazioni, si proponga di ottimizzare l’assistenza ai singoli pazienti. Tale “rete dell’emergenza”, privilegiando le relazioni funzionali, non avrà implicazioni con la configurazione degli specifici servizi regionali, la cui organizzazione e gestione rimarrà di esclusiva pertinenza locale.

Affinché sia possibile costruire la “rete dell’emergenza”, è necessario individuare una serie di “strumenti” che, condivisi tra le regioni, costituiranno il linguaggio comune attraverso cui si attuerà lo scambio di informazioni rispetto ai molteplici aspetti dell’emergenza, così da rendere possibile l’interoperabilità tra i sistemi regionali.

Dalle prime ricognizioni, nonostante l’importanza del ruolo svolto e dalle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il sistema dell’emergenza si presenta frazionato nei singoli ambiti regionali, frequentemente tra loro non coordinati.

In particolare, la ricognizione, condotta attraverso l’analisi della normativa delle singole regioni, circa l’utilizzo del “trriage”, che costituisce lo strumento essenziale per la valutazione della priorità degli interventi sanitari, si è rivelata frequentemente insufficiente per ottenere le informazioni necessarie, evidenziando comunque una forte disomogeneità nell’uso di tale strumento.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Pertanto, al fine di definire le caratteristiche del “triage” che potrebbero essere utilizzate per lo scambio di informazioni tra regioni e tra queste e il ministero della salute (indipendentemente dalla tipologia di triage adottata localmente), con l’obiettivo di valutare adeguatamente la situazione nelle diverse regioni, si è stabilito di effettuare una specifica ricognizione, inviando a ciascuna Regione e Provincia Autonoma uno specifico *questionario*, articolato tra sistema 118 e Pronto Soccorso, relativo alle caratteristiche dei sistemi di triage adottati a livello regionale e nelle singole sedi di PS e nelle centrali operative del 118.

Si richiede, quindi, alle Regioni e Province Autonome di compilare, secondo le istruzioni fornite, la parte di propria pertinenza e di somministrare il questionario alle singole strutture di emergenza (ad esclusione dei punti di primo soccorso) la parte di interesse.

I questionari compilati dovranno, entro il 28 febbraio 2006, essere trasmessi all’Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio – dr.ssa Isabella Morandi – Via di Santa Costanza 53, 00198 Roma, e-mail morandi@asplazio.it .

Si chiede, inoltre, gentilmente agli Egregi Assessori, nel caso non lo abbiano già fatto, di indicare il nominativo del rappresentante regionale con riferimento al progetto in oggetto, il quale abbia competenze rispetto all'oggetto dell'incontro e la cui volontà sia espressione della volontà regionale

Il Responsabile Tecnico del progetto
Dr.ssa Gabriella Guasticchi