

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 1 di 15
		PG RMQA 19	

INDICE

1. INTRODUZIONE	2
2. OBIETTIVO	3
3. AMBITI DI APPLICAZIONE	3
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	3
5. RESPONSABILITÀ.....	3
6. MODALITÀ OPERATIVE.....	4
6.1 Protocolli/procedure	4
6.2 Triage pazienti fragili (anziani, con abuso di alcool/stupefacenti, emarginato sociale)	11
6.3 Modalità di identificazione del paziente	11
6.4 Formazione del personale addetto al triage.....	12
6.5 Ambito logistico/strutturale.....	12
6.6 Segnalazione di eventi sentinella/avversi/near miss	13
7. INDICATORI.....	13
8. REVISIONE (CADENZA)	14
9. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE	14
10. RIFERIMENTI.....	14

DATA	REVISIONE	REDATTO	VERIFICATO DIRETTORE RMQA	APPROVATO DSA
22/07/2015 (Emissione)	Rev.0	GdL	_____ Dott.ssa M. Serva	_____ Dott.ssa M. Colombo

Gruppo di Lavoro (GdL)

Coordinatore: Dr. F. Mancini Pronto Soccorso

Dott. W. Roscetti UOC PS

Dott. P. Carducci DMO

Dott.ssa A. D'Amario UOC Anestesia e Rianimazione

Dott.ssa M.D. Cipolloni SAPS

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 2 di 15 PG RMQA 19

1. INTRODUZIONE

Il termine "triage" deriva dal verbo francese trier che significa "scegliere, selezionare, mettere in fila". Esso caratterizza il metodo attraverso il quale si effettua la scelta e l'assegnazione di priorità assistenziali a coloro che si trovano in un'area critica, sia essa intesa come zona in cui si è verificato un disastro o una calamità, sia come area di accoglienza di un pronto soccorso. In ambito sanitario, specificamente ospedaliero, si intende un processo mediante il quale l'ordine di accesso dei pazienti alle sale visita viene regolato in base alla priorità assegnata attraverso determinati criteri di valutazione e non in base all'ordine di arrivo in pronto soccorso.

Secondo il riferimento normativo in materia di triage 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 *"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"*.

Il triage:

1. permette una razionalizzazione dei tempi di attesa, superando il criterio dell'ordine di arrivo, scarsamente funzionale;
2. consente di recuperare efficienza ed efficacia del sistema dell'emergenza/urgenza;
3. permette di operare un'ottimizzazione delle risorse disponibili, in modo tale da rispondere alle reali necessità dell'utente, con prestazioni il più possibile personalizzate ed adeguate.

Attraverso il triage si agisce su tre punti fondamentali del sistema:

- riduzione del rischio di ritardo nell'intervento sul paziente urgente;
- redistribuzione delle priorità degli utenti del Pronto soccorso con l'attribuzione di un codice corretto;
- sistematizzazione delle procedure di accoglienza e di smistamento dei pazienti

I pazienti a cui è stato assegnato, da parte del personale addetto all'attività di triage, un codice di priorità di accesso sottostimato rispetto alla condizione clinica e al rischio evolutivo, possono andare incontro a morte o subire un danno severo a causa del mancato o ritardato intervento medico ovvero dell'invio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato.

La Raccomandazione Ministeriale N. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso" sottolinea come il triage consista *in un processo dinamico, volto a garantire che i pazienti ricevano il livello e la qualità di cura più appropriate alle loro necessità, in relazione alla migliore utilizzazione possibile delle risorse disponibili (o destinabili)*.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 3 di 15
		PG RMQA 19	

2. OBIETTIVO

La Procedura implementa la Raccomandazione Ministeriale N.15, mediante:

1. la predisposizione e l'adozione di protocolli e/o procedure per la corretta attività di triage e, quindi, per l'identificazione certa del paziente/utente e per l'idonea attribuzione del codice di priorità per i pazienti/utenti che richiedono un intervento del 118 o accedono al Pronto soccorso;
2. la predisposizione di PDTA;
3. la formazione specifica e l'addestramento del personale infermieristico addetto all'attività di triage mirata alla valutazione diversificata del paziente adulto e del paziente in età pediatrica in ambito intraospedaliero;
4. l'adozione, relativamente al triage di tipo intraospedaliero, di adeguate soluzioni organizzative, strutturali e logistiche dell'area di triage e delle sale di attesa.

3. AMBITI DI APPLICAZIONE

La procedura è rivolta a tutto il personale sanitario che opera in Pronto Soccorso e si applica a tutti i cittadini che accedono al Pronto soccorso dell'ospedale San Camillo de Lellis e di Amatrice F. Grifoni.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

PS: Pronto Soccorso

SIMES: Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità

DEA: Dipartimento di emergenza e accettazione

GIPSE: Gestione Informazione Pronto Soccorso Emergenza

Evento sentinella: evento avverso di particolare gravità, che causa morte o gravi danni al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario.

Evento avverso: evento non desiderabile che si verifica nel corso di procedure assistenziali, non correlato alla patologia naturale del paziente, e che può esitare senza alcun danno o con danno di diversa gravità

Near miss: quasi evento (evento intercettato e quindi non accaduto)

5. RESPONSABILITÀ'

Il personale triagista:

- è responsabile della conduzione del processo di triage
- è responsabile della corretta applicazione dei protocolli medesimi
- collabora per quanto di competenza alla stesura e aggiornamento dei protocolli di triage, evidenziando le criticità emerse nella loro applicazione

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditemento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva	 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 4 di 15
		PG RMQA 19	

Il coordinatore infermieristico:

- contribuisce, per quanto di competenza, a favorire condizioni organizzative adeguate
- provvede ad effettuare gli affiancamenti del nuovo personale, adeguatamente formato
- ne prevede il turnover
- collabora alla stesura dei protocolli di triage
- cura la condivisione e l'applicazione dei protocolli

Il personale Medico di PS:

- è responsabile della formulazione dei protocolli di valutazione di triage (validità scientifica, adeguatezza, corretto percorso di formulazione ed applicabilità) come da DM Sanità del 17/5/1996 in applicazione del D.P.R. del 27/3/1992 e Linee guida Triage accordo Stato-Regioni G.U. n. 285 del 7.12.2001

Il Direttore del Dipartimento di Emergenza:

- approva i protocolli di Triage

L'Azienda Sanitaria garantisce:

- gli standard formativi specifici
- l'adeguatezza logistico – strutturale
- l'appropriatezza organizzativa

La UOSD Risk Management Qualità e Accreditemento:

- è responsabile degli adempimenti previsti dal Flusso SIMES

6. MODALITÀ OPERATIVE

6.1 PROTOCOLLI/PROCEDURE

Il Triage 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. Nei P.S. dei Presidi Ospedalieri della ASL di Rieti, viene adottato il manuale "Il triage Ospedaliero Consultazione rapida dell'attribuzione del codice colore". Laziosanità - Gruppo "Triage Lazio" che prevede i percorsi di triage per il paziente ostetrico, pediatrico, psichiatrico, otorinolaringoiatrico e oculistico. È compito del triagista individuare i pazienti eleggibili per il fast trak.

Nell'applicazione dei protocolli relativi al triage, è necessario prestare particolare attenzione e considerazione dei seguenti aspetti:

- garanzia e mantenimento degli standard delle presenze del personale di triage per turno, con il P.S. dell'ospedale S. Camillo de Lellis è in DEA di I livello; l'accesso dei pazienti è del 78% nella fascia oraria 8-20 e del 22% nella fascia 20-8. I triagisti in servizio sono in numero di 2 h24.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 5 di 15
		PG RMQA 19	

- fase del passaggio delle informazioni al cambio di turno mediante l'utilizzo del libro delle consegne.
- valutazione dell'utente/paziente nella fase di attribuzione del codice di priorità.
- valutazione del nuovo accesso in PS di pazienti, a distanza di 48 ore dal primo accesso con monitoraggio periodico e relativo eventuale audit.
- allontanamento volontario di un paziente dal PS prima di essere visitato dal medico
- rivalutazione periodica dei pazienti per conferma o modifica del codice di triage
- corretta compilazione della scheda di triage e/o scheda clinica
- completezza delle informazioni ed istruzioni fornite al paziente in attesa e/o ai familiari/ accompagnatori
- osservazione ed ascolto attento del paziente e di quanto da lui riferito anche se sembra "non coerente" con quanto appare
- accurata comunicazione/informazione del paziente/utente tra il personale della centrale operativa del 118 mediante modulo cartaceo compilato dall'equipaggio del 118 e quello addetto al triage in PS, come pure nella fase di passaggio all'area di triage alla sala visita mediante sistema informatico GIPSE.

A. DEFINIZIONE DEL CODICE PRIORITÀ

La priorità è identificata con un codice colore secondo la seguente definizione:

- ROSSO: Pericolo di vita imminente - Accesso Immediato.
- GIALLO: Potenziale pericolo di compromissione delle funzioni vitali - Accesso entro 10-15 minuti.
- VERDE: Non c'è pericolo di vita - Accesso entro 30-60 minuti.
- BIANCO: Prestazioni sanitarie che non rivestono alcun carattere di urgenza - Accesso entro 60-120 minuti.

Tale priorità rappresenta il momento conclusivo del processo di valutazione del paziente all'ingresso in Pronto Soccorso. Le condizioni cliniche del paziente sono soggette a variazioni: pertanto il triage è un processo dinamico che prevede valutazioni successive.

L'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e il processo di triage ne rappresenta un ambito di applicazione.

I concetti espressi rientrano pienamente nel modello di triage definito "globale".

Il processo di triage così inteso avviene in un arco di tempo di 5 minuti al massimo.

B. IL METODO CLINICO DEL NURSING

Il processo di triage può essere ricondotto ad un'applicazione del problem solving, ossia il metodo di risoluzione dei problemi di tipo scientifico, applicato anche al paziente che accede al pronto soccorso. Il problem solving è strutturato in due momenti:

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 6 di 15
		PG RMQA 19	

1. il processo diagnostico infermieristico

a) raccolta e classificazione delle informazioni

b) interpretazione delle informazioni e identificazione del problema

2. la pianificazione degli interventi

a) individuazione di protocolli, procedure e standard predefiniti alla situazione in oggetto

b) attuazione degli interventi

Contestuale ad ogni fase e conclusiva del processo è la valutazione, pertanto, nella prima fase l'obiettivo è identificare e definire il problema che induce il paziente a rivolgersi al pronto soccorso. Nella seconda fase l'obiettivo è identificare e applicare le eventuali procedure o percorsi in relazione al codice colore o allo specifico problema per il quale il paziente si è presentato in PS.

C. COMPITI GENERALI DELL'INFERMIERE DI TRIAGE

- 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 nel sistema GIPSE
- Assegnare il codice colore in base ai 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.

D. FASI DEL TRIAGE

1. Valutazione sulla porta

2. Raccolta dati mirata

3. Rilevazione dei parametri vitali e breve esame fisico mirato

4. Attribuzione del codice colore

5. Rivalutazione

6. Assegnazione percorso di competenza

Le fasi del triage sono da eseguire in maniera consequenziale. In caso di grave peggioramento del paziente le fasi possono essere interrotte per accelerare l'inizio dei trattamenti.

1. VALUTAZIONE SULLA PORTA

La "valutazione sulla porta" consiste in un esame visivo dell'aspetto generale del paziente che consente di cogliere informazioni immediate sulla eventuale compromissione delle funzioni vitali (Airways, Breathing, Circulation, Disability) attraverso l'osservazione di:

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 7 di 15
		PG RMQA 19	

- 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)

La valutazione sulla porta deve essere immediata e in caso di compromissione di uno o più funzioni vitali si assegna il codice di massima priorità ed il paziente va immediatamente trasportato in sala Emergenza interrompendo il processo di Triage.

2. RACCOLTA DATI MIRATA

L'anamnesi consiste nella raccolta di informazioni mirate sul motivo dell'accesso in PS attraverso una intervista rivolta al paziente e/o agli accompagnatori (ambulanze 118 e private, parenti, conoscenti).

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, di informazioni aggiuntive quali allergie, vaccinazioni, terapie farmacologiche in corso, etc.


Nei casi in cui i pazienti/utenti che accedono al PS sono di nazionalità straniera, per la raccolta dei dati, è opportuno servirsi del supporto del mediatore culturale disponibile o utilizzare supporti tecnologici di traduzione a distanza.

Consigli per l'intervista

1. Ascoltare le dichiarazioni del paziente relative al sintomo principale
2. Validare e confermare il sintomo principale ponendo al paziente domande volte a stabilire le sue caratteristiche: esordio, decorso e durata.

- Quando è iniziato (chiedere di specificare esattamente il tempo di insorgenza)?
- Cosa stava facendo quando è iniziato?
- Per quanto tempo è durato?
- Va e viene?
- E' ancora presente?
- Qual è la sede?
- In caso di dolore far descrivere le caratteristiche, le eventuali irradiazioni e /a sua intensità usando la scala della sofferenza.
- Ci sono fattori aggravanti o allevianti?
- Ha mai avuto in passato lo stesso problema? Se sì, che diagnosi è stata fatta?

Fondamentale è porre la domanda ed attendere la risposta; porre una domanda per volta.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva	 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 8 di 15 PG RMQA 19

Adeguare il linguaggio alle capacità cognitive dell'individuo (in relazione all'età e a eventuali deficit cognitivi). Assicurarsi che il linguaggio adoperato sia comprensibile in relazione al livello culturale dell'utente.

Documentare sempre l'eventuale esistenza di tutti i quadri patologici concomitanti che possono essere significativi per un corretto inquadramento del paziente.

Tra i quadri patologici più significativi ricordiamo:

- Ipertensione Arteriosa
- Diabete Mellito
- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
- Cardiopatie
- Epilessia
- Ictus Cerebri
- Dipendenza o uso di sostanze di abuso
- Neoplasie

Documentare sempre eventuali allergie (in particolare farmaci) e le terapie farmacologiche in atto.

Per instaurare subito una relazione empatica con paziente è utile porre domande aperte (Come si sente? Cosa sente?). Le domande chiuse sono invece utili per ottenere informazioni realmente necessarie alla definizione del problema (ad es.: domande che prevedono una risposta si/no). È auspicabile che l'intervista venga svolta secondo i principi di riservatezza.

3. RILEVAZIONE DEI PARAMETRI VITALI E BREVE ESAME FISICO MIRATO

I Parametri Vitali e il breve esame fisico mirato sono l'espressione oggettiva delle principali funzioni dell'organismo (respiratoria, circolatoria e neurologica).

I principali parametri vitali sono:

- Pressione Arteriosa Sistolica e Diastolica (PAS-PAD)
- Frequenza Cardiaca (FC), Frequenza Respiratoria (FR)
- Saturazione periferica di Ossigeno (Sat O₂)

Altri parametri di rilevanza clinica per l'attribuzione del codice colore sono:

- Stato di coscienza (la scala Glasgowcoma scale - GCS o il sistema descrittivo AVPU)
- diametro pupillare, temperatura corporea (TC)
- il colorito della cute e il grado di sofferenza del paziente.

Per quanto riguarda il grado di sofferenza del paziente esistono scale semplici che misurano fondamentalmente la gravità del dolore. Le principali sono la scala analogico-visiva (VAS), la numerica (NRS; usualmente da 0 a 10) e verbale (VRS) e la cromatica.

Per quanto riguarda il processo di triage nel Lazio la scala di gravità del dolore utilizzata mette in relazione l'intensità del dolore, espressa in numero, con la durata del dolore. In questo modo la soggettività del paziente è resa oggettiva da un fattore tempo.

L'esecuzione dell'elettrocardiogramma (ECG) e dell'emogluco test (HGT), Emogasanalisi (EGA), quando ritenute opportune, rappresentano attività utili alla corretta gestione del paziente al triage.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 9 di 15
		PG RMQA 19	

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

I Valutazione della Funzione Respiratoria

- Frequenza Respiratoria (FR)
- Saturazione periferica di Ossigeno (Sat O2)
- Respirazione rumorosa (stridore, respiro sibilante e/o rantolante, cornage)
- Utilizzo dei muscoli accessori della respirazione (tirage, simmetria del respiro, volet costale)
- Colorito cute

II Valutazione della Funzione Circolatoria

- Pressione Arteriosa Sistolica (PAS)
- Pressione Arteriosa Diastolica (PAD)
- Frequenza Cardiaca (FC)
- Colorito cute

III Valutazione della Funzione neurologica

- Diametro pupillare
- Deficit neurologici focali
- Glasgow Coma Scale (GCS)
- AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive)

IV Valutazione gravità del dolore

- Scala del dolore

4. ATTRIBUZIONE DEL CODICE COLORE

Per assegnare i codici di priorità di accesso alle cure: i criteri adottati sono univoci e condivisi a livello regionale e si estrinsecano secondo protocolli approvati e validati dal responsabile di Unità Operativa, in conformità alle linee guida vigenti.

La legislazione italiana prevede quattro livelli di priorità, come riportato nella G.U. n. 285 del 7/12/2001.

I codici di criticità, in analogia con i criteri definiti dal decreto del Ministero della Sanità del 15/5/1992, articolati in quattro categorie ed identificati con colore sono quelli precedentemente descritti al punto 6.1 della presente procedura.

I quattro livelli di priorità, sia numericamente che nelle loro definizioni e i relativi tempi di previsione d'attesa appaiono non sempre adeguati all'attuale situazione. Comunque restano dei punti di riferimento fino a quando non saranno previste modifiche legislative dei livelli di priorità e dei tempi di attesa più flessibili che tengano conto delle attuali realtà organizzative.

Per l'attribuzione del codice, per particolari quadri clinici è opportuno valutare la presenza di segnali di allarme associati al sintomo principale che verranno dettagliatamente illustrati e analizzati nella descrizione dei singoli protocolli.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva	 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 10 di 15 PG RMQA 19

5. RIVALUTAZIONE

I pazienti in attesa della visita medica possono variare (migliorando o peggiorando) le proprie condizioni cliniche. Parte integrante del triage è la rivalutazione la cui tempistica e frequenza è correlata al codice colore assegnato o a richiesta del paziente (Canadian Triage Acuity Scale),

La rivalutazione rappresenta un momento strategico soprattutto per le strutture, che per l'alto numero di accessi, hanno tempi di attesa mediamente lunghi. La rivalutazione garantisce il paziente e l'operatore e comprende l'osservazione del comportamento del paziente, nonché l'andamento del quadro sintomatologico. Rappresenta un momento di cura/assistenza del paziente in attesa, consentendo di acquisire nuove informazioni per modificare o confermare il codice colore.

Tale osservazione continua è documentata nel GIPSE dalla rilevazione delle funzioni vitali e di tutte le eventuali osservazioni rilevanti, secondo gli intervalli temporali sopra indicati.

La rivalutazione è una fase fondamentale dell'attività di triage, in quanto permette di evidenziare elementi di aggravamento del quadro clinico iniziale che potrebbero portare ad una modificazione del codice di priorità assegnato; consente, nel contempo, di rassicurare il paziente e/o i familiari e gli accompagnatori sulle condizioni cliniche, in modo che la percezione dell'utente sia di una presa in carico continuativa.

6. PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI IN TRIAGE

Immediatamente dopo l'attribuzione del codice colore già nella fase di triage è importante individuare e applicare lo specifico protocollo o procedura per la gestione del paziente nella sala emergenza.

Un protocollo può essere in relazione a un codice colore o ad un problema specifico del paziente che sia chiaramente definibile in sede di triage.

Sono individuati i seguenti percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) di presa in carico del paziente, specifici per la sintomatologia presentata:

- a. Percorso Organizzativo area dipendenza e patologia da abuso (ADPA) e doppia diagnosi
- b. Gestione dell'insufficienza respiratoria nella BPCO riacutizzata
- c. Protocollo rispetto qualità della diagnosi secondo criterio APRO3 Diabete
- d. Il dolore toracico non traumatico nel paziente adulto
- e. Percorso organizzativo: obiettivo frattura di femore entro le 48 ore
- f. Gestione dell'ipertensione arteriosa pronto soccorso ambulatorio per ipertensione
- g. Protocollo trattamento dolore in pronto soccorso
- h. Polmonite acquisita in comunità negli adulti
- i. La sincope Upgrade

I documenti relativi ai PDTA devono essere disponibili per la consultazione nell'area di PS e sono pubblicati sul portale aziendale nell'area percorsi clinico assistenziali.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva	 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 11 di 15 PG RMQA 19

E. DOCUMENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI TRIAGE

Al fine di garantire la tracciabilità e la trasparenza del triage, tutte le attività, la valutazione e le successive rivalutazioni vanno documentate.

La scheda di triage è un documento stilato da un incaricato di pubblico servizio (Infermiere professionale) nell'esercizio delle sue funzioni e diventa parte integrante del verbale di pronto soccorso o della cartella clinica del paziente.

La scheda di triage è documentata su supporto informatico (Gipse— in uso nella Regione Lazio).
 Contiene:

- Data e ora di inizio e fine della valutazione di triage
- Nome dell'operatore di triage
- Dati anagrafici del paziente
- Modalità di accesso e di invio
- Dati relativi alla legge sulla privacy per comunicazioni notizie a terzi
- Codice numerico di identificazione progressivo
- Problema/Sintomo attuale
- Durata del sintomo
- In caso di trauma il luogo o la circostanza dell'evento
- Descrizione del problema attuale/annotazioni
- Anamnesi patologia
- Indicatori di trauma maggiore
- Parametri vitali, valutazione sofferenza, applicazione delle scale (Revised Trauma Score-RTS, GCS) ove indicate, stato della cute
- Posizionamento del paziente (deambulante, barella, carrozzina)
- Allergie, terapie domiciliari, trattamento preospedaliero
- Codice colore
- Ambulatorio di competenza
- Prestazioni e/o trattamenti effettuati al triage
- Rivalutazione

In caso di non funzionamento del sistema informatico gli stessi dati sono riportati in appositi registri e successivamente inseriti nel GIPSE al momento del suo rifunzionamento.

6.2 TRIAGE PAZIENTI FRAGILI (ANZIANI, CON ABUSO DI ALCOOL/STUPEFACENTI, EMARGINATO SOCIALE)

I pazienti “fragili” che accedono al PS vengono presi in carico dal triagista e se necessario, vengono visitati dal medico, altrimenti vengono garantite adeguate cure igieniche, nutrizionali e asilo in caso di accesso notturno. Inoltre il personale infermieristico si occupa del percorso per favorirne l'affidamento ai servizi sociali.

6.3 MODALITÀ DI IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva	 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 12 di 15
		PG RMQA 19	

L'identificazione certa ed univoca del paziente è elemento imprescindibile per migliorare la sicurezza delle cure e garantire livelli di assistenza appropriati.

Il paziente in carico al PS, destinatario della iniziale valutazione di priorità e delle successive rivalutazioni, deve essere identificato ogni volta in modo attendibile.

Nella fase di accoglienza di triage, i pazienti vengono identificati con lettore elettronico del codice a barre della tessera sanitaria quando presentata. I dati identificativi recepiti dal GIPSE portano alla produzione di un codice numerico relativo al paziente.

È in fase di acquisizione l'apposito bracciale identificativo che dovrà essere applicato a tutti i pazienti e fatto indossare per tutto il periodo di osservazione, fino al termine del percorso ospedaliero. Tale tecnologia rappresenta un utile strumento per l'immediato riconoscimento del paziente in carico, anche in considerazione della durata dell'attesa e dei possibili spostamenti del paziente verso altri servizi esterni al PS, durante la fase di inquadramento diagnostico.

In assenza di bracciale identificativo, il paziente viene identificato per mezzo dei dati anagrafici (cognome, nome, data di nascita) che devono essere sempre chiesti in modo esplicito e con domanda aperta (qual è il suo nome?, qual è il suo cognome? E non : lei è il Sig. Mario Rossi?).

In caso di pazienti minori o di soggetti non collaboranti/incoscienti la verifica dei dati anagrafici deve essere fatta con la collaborazione degli accompagnatori.

6.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO AL TRIAGE

Per la formazione del personale addetto all'attività di triage viene fatto riferimento alle Linee Guida per l'attività di triage della Regione Lazio. Sono previsti corsi di formazione specifici che analizzano non soltanto l'aspetto strettamente professionale, ma anche quello psicoemozionale, al fine di preparare gli operatori alla gestione dello stress lavorativo e relazionale, perché sia garantita un'efficace comunicazione con utenti e accompagnatori, particolarmente rispetto alle situazioni di conflittualità/aggressività, alla multiculturalità ed alla fragilità specifica di alcune categorie (bambini, anziani, pazienti psichiatrici, emarginati sociali).

Gli operatori di triage neoassunti o dislocati ex novo nei PS, oltre alla formazione prevista dalla normativa vigente, devono essere affiancati per un periodo di sei mesi da personale esperto.

6.5 AMBITO LOGISTICO/STRUTTURALE

In relazione al bacino di utenza devono essere previsti più locali dedicati al triage, in posizione attigua agli ingressi del PS e centrali rispetto alle sale visita, di ampiezza sufficiente a permettere l'espletamento della valutazione infermieristica nel rispetto della privacy del paziente.

Le aree di triage devono essere chiaramente ed immediatamente identificabili per tutti coloro che accedono al PS e devono poter permettere un controllo completo dei pazienti, barellati e non, delle ambulanze, nonché dei pazienti in attesa di visita. I locali di attesa devono essere sorvegliati a vista anche con l'ausilio di telecamere. Se è possibile, sarebbe opportuno identificare nell'area di triage

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva	 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 13 di 15
		PG RMQA 19	

uno spazio dove poter assistere, intervistare e valutare i pazienti più complessi garantendo loro la dovuta riservatezza.

6.6 SEGNALAZIONE DI EVENTI SENTINELLA/AVVERSI/NEAR MISS

L'evento sentinella (morte o grave danno per errata attribuzione del codice di priorità, morte o grave danno per caduta di paziente, atti di violenza a danno degli operatori sanitari da parte di paziente o accompagnatori, atti di violenza su paziente), deve essere obbligatoriamente e tempestivamente segnalato alla UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento utilizzando la scheda di incident reporting, pubblicata sul portale aziendale nell'area Risk Management. La segnalazione (scheda A) verrà trasmessa al Sistema di Monitoraggio del Ministero della Salute (SIMES) entro 5 giorni, e l'evento sarà oggetto di audit per la pianificazione delle azioni di miglioramento.

È responsabilità del Risk Manager trasmettere i risultati dell'analisi e le azioni emerse, al SIMES (scheda B) entro 45 giorni dalla segnalazione.

È responsabilità di tutti gli operatori segnalare inoltre, near miss ed eventi avversi al Risk Management anche in forma anonima, al fine di individuare e condividere appropriate azioni di miglioramento della sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari.

7. INDICATORI

La corretta applicazione della presente procedura e di conseguenza del livello di appropriatezza organizzativa dell'attività di PS, viene monitorata mediante la misura dei seguenti indicatori di processo e di esito:

- N. di eventi sentinella da errata attribuzione del codice di priorità / anno valore atteso =0
- % di pazienti codice emergenza che accedono immediatamente al trattamento
- % di pazienti codice urgenza che accedono al trattamento entro 15 minuti
- % di pazienti codice urgenza differibile che accedono entro 60 minuti
- % di pazienti codice urgenza minore che accedono entro 120 minuti
- % di pazienti codice non urgenza che accedono entro 240 minuti
- % di pazienti codice emergenza ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice emergenza
- % di pazienti codice urgenza ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza
- % di pazienti codice urgenza differibile ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza differibile
- % di pazienti urgenza minore ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato urgenza minore
- % di pazienti codice non urgenza ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 14 di 15
		PG RMQA 19	

stato assegnato codice non urgenza

8. REVISIONE (CADENZA)

La revisione della procedura dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

9. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura è diffusa a tutti i responsabili delle UU.OO. coinvolte che devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori del reparto.

La procedura è pubblicata sull'intranet aziendale, area documentazione Risk Management.

10. RIFERIMENTI

- Raccomandazione Ministeriale n. 15 “morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118e/o all'interno del Pronto Soccorso Febbraio 2013 – ministero della salute
- DELIBERA REGIONALE 7628 DEL 22/12/98 “attivazione del Sistema Informativo Emergenza Attivazione Emergenza Sanitaria (SIES), integrazione del Sistema Sanitaria Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)Informativo SIO”
- Gruppo “Triage Lazio” Il triage Ospedaliero Consultazione rapida dell'attribuzione del codice colore. Laziosanità – Agenzia di sanità pubblica
- DPR
- Linee d' indirizzo per l' attività di triage di pronto soccorso Proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso Luglio 2012
- Atto di Intesa Ministero della salute - Conferenza Stato-Regioni, G.U. n. 285, 7 dicembre 2001
- Linee guida sul Sistema di emergenza sanitaria, in “Atto di Intesa Stato-Regioni”, G.U. 17 DPR 27 marzo 1992: Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza maggio 1996, punto 3, funzione di triage.
- DM 15 maggio 1992: Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza
- Accordo 25 ottobre 2001 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»
- Accordo del 22 maggio 2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: “Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza” Atto

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management Qualità e Accreditemento Responsabile Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 15 di 15
		PG RMQA 19	

di intesa dell' 11 aprile 1996 tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992".

- Decreto 17 dicembre 2008: Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza
- Progetto "I Mattoni" del Servizio Sanitario Nazionale: Pronto soccorso e Sistema 118