



PROCEDURA	ASL LATINA UOC RISCHIO CLINICO, MEDICINA LEGALE E QUALITÀ	VERS. 3 04/02/2026	Pag.1 di 17
-----------	---	-----------------------	-------------

**RACCOMADAZIONE PER MORTE O GRAVE DANNO
CONSEQUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL
CODICE TRIAGE NELLA CENTRALE OPERATIVA 118 EO
ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO DELLA ASL DI
LATINA**

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
VERS. 2 01.10.2022	Dirigente UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dott. E. Pilia</i>	Direttore UOC Pronto Soccorso <i>Dott.ssa R. DAL PIAZ F.TO</i>	Responsabile Sostituto UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dott.ssa A. Rizzo</i>	2 Anni
VERS. 3 04/02/2026	Responsabile F.O. Qualità Risk e Management <i>Dott. R. Masiero</i>	Direttore Sostituto UOC Professioni Sanitarie rete Ospedaliera <i>Dott. S. Di Mauro</i>		
VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		Riunioni
	X			X

La stesura della suddetta procedura rappresenta lo stato dell'arte della conoscenza al momento della sua redazione.

La procedura è stata revisionata effettuando l'editing.

La U.O.C. Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità è referente dell'implementazione della procedura

Sommario

INTRODUZIONE	4
1. SCOPO / OBIETTIVO	6
2. AMBITO / CAMPO DI APPLICAZIONE	7
3. ABBREVIAZIONI	7
4. RESPONSABILITA'	8
5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ.....	9
6. DESCRIZIONE DELLE AZIONI.....	10
<i>6.1 Protocolli/procedure</i>	<i>10</i>
<i>6.2 Formazione del personale addetto al triage</i>	<i>11</i>
<i>6.3 Ambito logistico/strutturale</i>	<i>12</i>
<i>6.4 Modalità di identificazione del paziente</i>	<i>12</i>
<i>6.5 Segnalazione di eventi sentinella/avversi/near miss</i>	<i>13</i>
<i>6.6 Aggressioni agli operatori</i>	<i>14</i>
7. INDICATORI	15
8. BIBLIOGRAFIA	16

INTRODUZIONE

Il triage, secondo quanto riportato nell'Atto di Intesa Stato Regioni del 17/5/96), è “*il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento*”. 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 presente Raccomandazione vuole incoraggiare l'adozione di appropriate misure organizzative, formative e assistenziali per prevenire l'insorgenza di eventi avversi o contenere gli effetti conseguenti a una non corretta identificazione del grado di criticità.

Il triage consiste 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).

Si distinguono essenzialmente tre modalità di triage:

- *il triage telefonico*, svolto dalla Centrale operativa 118 in base ad un'intervista strutturata;
- *il triage sul posto*, svolto sul luogo dell'evento dall'èquipe dei mezzi di soccorso;
- *il triage di Pronto soccorso*, svolto all'interno di una struttura sanitaria da personale infermieristico.

Ospedaliero, cioè quello effettuato dai Pronto soccorso, che si articola in una fase di triage che si svolge all'arrivo del paziente e prevede la valutazione sulla porta, la raccolta dei dati, la decisione sull'attribuzione del codice di priorità e in una fase di rivalutazione del paziente.

Il triage ospedaliero è quello effettuato nei Pronto soccorso ospedalieri che garantiscono prestazioni di ampia variabilità rispetto alle caratteristiche dell'urgenza: dall'emergenza all'urgenza "differibile" fino alla "non urgenza". Il triage rappresenta il primo momento di accoglienza e valutazione delle persone che giungono in Pronto soccorso; è un'attività volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del rischio evolutivo, in modo da garantire la presa in carico e definire l'ordine di accesso al trattamento. La funzione fondamentale del triage non è, pertanto, quella di ridurre i tempi d'attesa dei pazienti, ma di effettuare una ridistribuzione a favore di chi ha necessità di interventi da erogare in emergenza e urgenza.

In tal senso il triage:

- permette una razionalizzazione dei tempi di attesa, superando il criterio dell'ordine di arrivo, scarsamente funzionale;
- consente di recuperare efficienza ed efficacia del sistema dell'emergenza/urgenza;
- 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;
- ridistribuzione delle priorità degli utenti del Pronto soccorso con l'attribuzione di un codice corretto;
- sistematizzazione delle procedure di accoglienza e di smistamento dei pazienti.

L'attività di triage intraospedaliero è affidata a personale infermieristico in possesso di specifiche competenze promosse attraverso un percorso formativo mirato (formazione clinica specifica, relazionale e metodologica) e esperienza lavorativa di almeno sei mesi in Pronto soccorso. L'infermiere triagista opera sempre secondo protocolli stabiliti dal Manuale Regionale triage intra-ospedaliero modello Lazio, a 5 codici.

1. SCOPO / OBIETTIVO

Ridurre i rischi di grave danno o morte legati ad una errata attribuzione di codice triage in Centrale operativa 118 o all'interno del Pronto soccorso.

Inoltre, implementa:

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 e dei percorsi della Rete Ospedaliera;
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.

2. AMBITO / CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è rivolta al personale sanitario delle Centrali operative, dei mezzi di soccorso 118 e dei Pronto soccorso situati su tutto il territorio di competenza della ASL di Latina. Si applica a tutte le strutture sanitarie di emergenza extra e intraospedaliere in cui è presente la funzione di triage e riguarda tutti i cittadini che effettuano una chiamata alla Centrale Operativa 118, che vengono soccorsi sul territorio da una équipe 118 e/o che accedono ai Pronto soccorso

3. ABBREVIAZIONI

PS	Pronto Soccorso
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
DEA	Dipartimento di Emergenza ed Accettazione
GIPSE	Gestione Informazione Pronto Soccorso Emergenza
SIMES	Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
SIO	Sistema Informatico Ospedaliero

4. RESPONSABILITA'

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.

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 Direttore Medico U.O.C. 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;
- approva i protocolli di Triage.

L'Azienda Sanitaria garantisce:

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

5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	DGE	UOGR	DDE	DUO-PS	CPSI-T	CPSE
Processo di Triage	I	I	I	I	R	C
Osservanza protocolli	I	C	C	R	C	R
Aggiornamento protocolli	R	C	C	R	C	R

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

6. DESCRIZIONE DELLE AZIONI

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 Latina, 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;
- 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 Gestione Informazioni Pronto Soccorso Emergenza (GIPSE).

6.2 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.

Il triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificatamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso e in grado di considerare i segni e sintomi del paziente per identificare condizioni potenzialmente pericolose per

la vita e determinare un codice di gravità per ciascun paziente al fine di stabilire le priorità di accesso alla sala visita medica.

Per favorire una buona pratica del personale di triage è necessario avere di facile consultazione il manuale “Il triage Ospedaliero Consultazione rapida dell’attribuzione del codice colore”, sia in formato digitale sia cartaceo, per poter consultare rapidamente gli algoritmi per la giusta assegnazione del codice numerico.

6.3 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. Se è possibile, sarebbe opportuno identificare nell’area di triage uno spazio dove poter assistere, intervistare e valutare i pazienti più complessi garantendo loro la dovuta riservatezza.

6.4 Modalità di identificazione del paziente

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. L'apposito bracciale identificativo deve 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.

6.5 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 UOC Rischio Clinico utilizzando la scheda di incident reporting, pubblicata sul portale aziendale nell'area Risk Management. La segnalazione viene trasmessa al Sistema di Monitoraggio del Ministero della Salute (SIMES) entro 5 giorni, e l'evento è 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 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.

6.6 Aggressioni agli operatori

Le aggressioni (verbali e fisiche) durante l'attività lavorativa, e in particolare nell'ambito sanitario, rappresentano una seria problematica, maggiormente presente nei Dipartimento di Emergenze ed Accettazione (DEA) e in costante incremento, altamente traumatizzanti non solo a livello fisico, che a volte, possono esitare in veri disturbi post-traumatici da stress e nel migliore dei casi alla propensione marcata a cambiare sede di lavoro e tipo di lavoro.

Il fenomeno resta tendenzialmente sottostimato, poiché gli operatori sanitari sono poco propensi a denunciare gli episodi, anche se attualmente, grazie alle nuove disposizioni legislative e ad una maggiore attenzione delle Direzioni Sanitarie, si è avuta una maggiore consapevolezza e partecipazione degli attori a segnalare e denunciare gli episodi.

Da dati statistici risulta che almeno il 50% delle aggressioni nell'ambito sanitario, riguarda personale del DEA e i più esposti risulterebbero gli addetti al Triage, i quali sicuramente riportano almeno 1 minaccia verbale nel turno lavorativo (altamente sottostimata)

Dal rapporto SIMES (Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità) del Ministero sul monitoraggio degli Eventi Sentinella (eventi tra cui rientra l'aggressione a danno di operatore sanitario) gli atti di violenza sono collocati al 4 posto tra i 16 indicati.

Inoltre il Ministero della Salute ha emanato nel 2007 una specifica raccomandazione, e precisamente la numero 8 , per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, attraverso l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi atti ad evitarli.

Questo pone il triagista nella condizione di poter facilmente commettere errori, legati anche ad un errata assegnazione del codice numerico.

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 stato assegnato codice non urgenza

8. BIBLIOGRAFIA

- 1) 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.
- 2) DELIBERA REGIONALE 7628 DEL 22/12/98 “attivazione del Sistema Informativo Emergenza Attivazione Emergenza Sanitaria (SIES), integrazione del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) Informativo SIO”.
- 3) Gruppo “Triage Lazio” Il triage Ospedaliero Consultazione rapida dell’attribuzione del codice colore. Laziosanità – Agenzia di sanità pubblica.
- 4) DPR Linee d’ indirizzo per l’ attività di triage di pronto soccorso Proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso Luglio 2012.

- 5) Atto di Intesa Ministero della salute - Conferenza Stato-Regioni, G.U. n. 285, 7 dicembre 2001.
- 6) 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.
- 7) DM 15 maggio 1992: Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza