Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SSN
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO III

Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso

L'errata attribuzione del codice triage può determinare evento sentinella che richiede la messa in atto di misure di prevenzione e protezione

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 minimizzare gli effetti conseguenti a** una non corretta identificazione del grado di criticità e complessità dell'evento segnalato alla Centrale Operativa 118 e ad una non corretta attribuzione del codice triage da parte dall'équipe di soccorso 118 e/o in Pronto Soccorso.

Raccomandazione n. 15, Febbraio 2013

INDICE

1. Premessa 3

2. Obiettivo 6

3. Ambiti di applicazione 6

4. Azioni 7

4.1 Predisposizione ed adozione di protocolli e/o procedure per la corretta attribuzione del codice triage, per l'identificazione certa e per la rivalutazione del paziente/utente ... 7

4.1.1 Protocolli/procedure 7

4.1.2 Identificazione certa del paziente 8

4.1.3 Rivalutazione del paziente/utente in attesa 8

4.2 Formazione e addestramento del personale addetto all'attività di triage 10

4.3 Ambito Logistico/Strutturale 11

5. Implementazione della raccomandazione a livello aziendale 11

5.1 Monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione 11

5.2. Attivazione del protocollo di monitoraggio 11

6. Aggiornamento della Raccomandazione 12

7. Suggerimenti per il miglioramento dell'efficacia della Raccomandazione 12

Riferimenti normativi 13

1. Premessa

I servizi di emergenza/urgenza (Centrale operativa 118, mezzi di soccorso, Punti di primo intervento, Pronto soccorso ospedalieri) hanno l'obiettivo di garantire prestazioni immediate agli utenti che presentano alterazioni delle funzioni vitali tali da compromettere potenzialmente e gravemente lo stato di salute.

L'importanza di utilizzare il triage nei contesti sopra citati nasce dalla necessità di avere a disposizione un efficace processo di valutazione/selezione degli utenti, in relazione all'urgenza dell'assistenza e della cura. Infatti, poiché, non è possibile erogare immediatamente le cure necessarie a tutti i pazienti, il triage rappresenta uno strumento indispensabile nelle situazioni in cui occorre effettuare delle scelte di priorità, operando, in tal modo, una ottimizzazione dell'intervento diagnostico-terapeutico ed assistenziale.

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.

Dal punto di vista logistico e organizzativo il triage si differenzia in:

1. Extraospedaliero o preospedaliero, articolato in una fase di triage effettuata dalla Centrale operativa 118 ed in una fase di triage sul posto.
2. 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.

Triage extra ospedaliero o preospedaliero

Il triage telefonico, svolto presso le Centrali operative del Sistema di emergenza urgenza da operatori dedicati al ricevimento delle chiamate di soccorso consiste in un'intervista all'utente che chiede l'intervento (paziente, parente, astante, soccorritore) per valutare la richiesta di soccorso e conseguentemente inviare l'equipe più adeguata ed il mezzo di soccorso

più tempestivo ed idoneo.

La responsabilità operativa, come previsto dalle vigenti normative, è affidata a personale infermieristico nell'ambito di protocolli definiti e condivisi dal medico responsabile della Centrale operativa.

Il triage sul posto è effettuato dalle équipe di soccorso 118 sul luogo dell'evento, in presenza del paziente ed è finalizzato a effettuare una valutazione delle esigenze dello stesso, con la conseguente risoluzione immediata della problematica o la stabilizzazione del paziente ai fini del trasporto verso la Struttura sanitaria più adeguata Questo tipo di triage permette di ridurre l'intervallo di tempo libero da trattamento (*therapy free interval*), facilitando in tal modo il recupero dell'individuo ed aumentando le possibilità di sopravvivenza

Triage ospedaliero

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 dirigente del Servizio (DPR 27 marzo1992)

Non è oggetto della presente raccomandazione il triage relativo alle maxiemergenze.

Criticità del processo

Il triage è un processo articolato, che prevede una serie di attività con diversi gradi di complessità e come tale non scevro dalla possibilità che si verifichi un evento avverso.

Si possono identificare essenzialmente **tre ambiti di criticità** che possono condurre a una non corretta attribuzione del codice di priorità e, quindi, al rischio che si verifichi un evento avverso: l'ambito strutturale/organizzativo, assistenziale e relazionale.

Le criticità di **tipo organizzativo/strutturale** che possono verificarsi a livello extraospedaliero e ospedaliero, sono da riferirsi principalmente a:

1. insufficiente modalità di interazione tra i sistemi extra e intraospedalieri
2. insufficiente dotazione di personale infermieristico assegnato alla ricezione delle chiamate in Centrale Operativa 118, al triage sul posto e al triage in Pronto soccorso;
3. collocazione logistica delle sale d'attesa, rispetto all'area triage, tale da non consentire la rilevazione immediata di repentini ed imprevedibili aggravamenti della sintomatologia negli utenti in attesa o da permettere l'allontanamento del paziente dal Pronto soccorso senza aver informato gli operatori o all'insaputa degli stessi.

Tra le criticità di tipo "**assistenziale**", riferibili essenzialmente alla tipologia di triage intraospedaliero, ma per alcuni aspetti anche al triage extraospedaliero, si rilevano:

1. raccolta, da parte del personale della Centrale Operativa 118, durante l'intervista telefonica all'utente che richiede il soccorso, di informazioni incomplete e/o inadeguate, comunque non sufficienti all'inquadramento alla localizzazione e alla valutazione della gravità dell'evento
2. non corretto utilizzo delle risorse tecnologiche disponibili, da parte del personale della Centrale Operativa 118 (es. errato utilizzo dell'applicazione informatica finalizzata a guidare l'intervista telefonica, errato utilizzo degli strumenti di geolocalizzazione dell'evento)

3. raccolta dei dati del paziente incompleta e/o inadeguata, sia nella componente soggettiva, cioè la raccolta delle informazioni necessarie all'anamnesi mirata e alla valutazione sintomi, che nella valutazione oggettiva (rilevazione dei segni e dei sintomi, dei parametri vitali e analisi della documentazione clinica eventualmente in possesso del paziente)
4. inadeguata valutazione del paziente:
    - all'arrivo dell'équipe di soccorso 118 sul luogo dell'evento
    - all'ingresso del paziente in Pronto Soccorso
5. mancata osservazione e rivalutazione del paziente:
    - durante il trasporto sul mezzo di soccorso
    - in attesa nei Pronto Soccorso
6. mancato rispetto di protocolli e/o procedure

Le criticità di tipo **relazionale**, rilevabili sia nel triage extraospedaliero che ospedaliero, sono legate essenzialmente a:

- - situazione sbilanciata, relativamente a competenze e ruoli (*over-rule*), tra gli operatori di Pronto soccorso;

- limiti di comunicazione, dovuti sia a problemi linguistici, culturali e anagrafici, che alla inadeguata e incompleta, comunicazione fra paziente/utente (e/o eventuali familiari, accompagnatori) e operatore sanitario e fra i vari operatori.

2. 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.

3. Ambiti di applicazione

A CHI	La Raccomandazione è rivolta al personale sanitario: -delle Centrali operative e dei mezzi di soccorso 118. -dei Pronto soccorso
DOVE	La Raccomandazione si applica a tutte le strutture sanitarie di emergenza **extra e intraospedaliere** in cui è **presente la funzione di triage**
PER CHI	La Raccomandazione riguarda tutti i cittadini: - che effettuano una chiamata alla Centrale Operativa 118 - che vengono soccorsi sul territorio da una équipe 118 -che accedono ai Pronto soccorso

4. Azioni

Per prevenire o mitigare i danni dovuti alla **errata attribuzione di codice triage** in ambito extraospedaliero e ospedaliero, le organizzazioni sanitarie devono prendere in considerazione:

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 ai Pronto soccorso.
2. 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, sia in ambito intraospedaliero che extraospedaliero;
3. l'**adozione**, relativamente al triage di tipo intraospedaliero, di adeguate **soluzioni organizzative, strutturali e logistiche** dell'area di triage e delle sale di attesa, diversificate tra adulto e bambino se la numerosità degli accessi lo giustifica.

4.1 Predisposizione ed adozione di protocolli e/o procedure per la corretta attribuzione del codice triage, per l'identificazione certa e per la rivalutazione del paziente/utente

4.1.1 Protocolli/procedure

Al fine di rendere il più possibile uniforme, da parte del personale infermieristico addetto al triage, la valutazione degli utenti che accedono ai Pronto Soccorso o richiedono l'intervento di emergenza 118, è necessario che le Aziende sanitarie predispongano **protocolli e/o procedure cliniche e organizzative aziendali basati su Evidence Based Medicine (EBM) ed Evidence Based Nursing (EBN),** condivise con gli operatori.

L'adozione di questi strumenti **consente** all'organizzazione sanitaria di **assicurare al triage un elevato livello di appropriatezza e contribuisce a ridurre la componente di variabilità nelle decisioni legata alla soggettività interpretativa sullo stato del paziente.**

Tale variabilità, infatti, può influenzare negativamente i risultati dell'assistenza e condurre ad una situazione in cui l'assistenza fornita risulta carente, al disotto degli standard attesi, sia in termini di efficacia che di efficienza (*substandard care*).

A tal riguardo, si evidenzia anche la necessità che **i criteri adottati per la attribuzione dei codici di** priorità intraospedaliera siano in condivisione con quelli utilizzati nella fase

extraospedaliera, ad esclusione del dispatch, a garanzia di una maggiore integrazione tra 118 e Pronto soccorso.

Si sottolinea, inoltre, l'opportunità che nella predisposizione di procedure/protocolli di triage, si faccia **specifico riferimento a fasce di popolazione in condizioni di fragilità, disabilità**, **emarginazione sociale**

4.1.2 Identificazione certa del paziente

L'identificazione certa e univoca del paziente è elemento imprescindibile per migliorare la sicurezza delle cure e garantire livelli di assistenza appropriati. Pertanto, il paziente in carico al Pronto Soccorso, destinatario della iniziale valutazione di gravità (triage) e delle successive rivalutazioni, deve essere identificato ogni volta in modo attendibile, per garantire l'univoca attribuzione del codice di priorità stesso e consentire l'avvio del paziente stesso al percorso diagnostico-terapeutico più appropriato.

Il paziente può essere identificato per mezzo dei dati anagrafici (cognome e nome, data di nascita) che devono essere sempre richiesti in modo esplicito e con domanda aperta *("Qual è il suo nome?" "Qual è il suo cognome?" e non: "Lei è il Signor Mario Rossi?")*. In caso di pazienti minori o di soggetti non collaborante/incoscienti la verifica dei dati anagrafici deve essere fatta con la collaborazione degli accompagnatori.

L'identificazione del paziente può essere garantita, inoltre, attraverso l'attribuzione di un numero progressivo di identificazione (es. numero nosografico) e/o di un codice a barre ovvero mediante l'utilizzo di *tecnologie sanitarie* quali il bracciale identificativo. Tale tecnologia rappresenta un utile strumento per consentire l'immediato riconoscimento del paziente in carico, anche in considerazione della durata dell'attesa per i pazienti con basso livello di gravità e dei possibili spostamenti del paziente verso altri Servizi, esterni al Pronto Soccorso, durante la fase dell'inquadramento diagnostico.

In caso di ricorso al bracciale identificativo, lo stesso dovrà essere applicato a tutti pazienti nella fase di accoglienza al triage e dovrà essere indossato per tutta la durata dell'osservazione fino al termine dell'accesso

E' opportuno che l'operatore addetto al triage abbia cura di informare il paziente e/o gli accompagnatori circa la rilevanza dell'azione di identificazione, nell'ottica di incrementare innanzitutto il livello di sicurezza, ma anche il grado di accettazione dell'adempimento e quindi di collaborazione degli utenti.

4.1.3 Rivalutazione del paziente/utente in attesa

Particolare attenzione deve essere posta alla **rivalutazione del paziente/utente in attesa**, **in particolare dei soggetti in condizioni di fragilità e/o disabilità**.

E'utile ricordare come la rivalutazione sia 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.

E' opportuno che, per consentire un'**adeguata comunicazione** con gli utenti di altra lingua, nelle procedure/protocolli si faccia specifico riferimento alla gestione dell'aspetto multiculturale, cui gli operatori devono essere preparati a far fronte. Per quanto possibile, sarebbe utile inserire a livello dei Pronto soccorso e dei DEA, figure di **mediatori culturali o utilizzare supporti tecnologici di traduzione a distanza.**

Nell'elaborazione dei protocolli e/o delle procedure relative al triage, è necessario prestare particolare attenzione e considerazione ai seguenti aspetti:

- **il mantenimento degli standard** delle presenze del personale di triage per turno, con attenzione ai picchi di maggiore richiesta e affluenza;
- **la fase del passaggio delle informazioni** durante il cambio del turno
- la **valutazione** dell'utente/paziente nella fase di attribuzione del codice di priorità;
- la **valutazione del nuovo accesso** al pronto soccorso di pazienti, a distanza di 48 ore dal primo accesso;
- l'**allontanamento volontario** di un paziente dal Pronto soccorso senza che questi sia stato visitato dal medico
- la **rivalutazione periodica** dei pazienti in attesa, per la conferma o la modifica del codice di triage;
- la **compilazione** della scheda di triage e/o scheda clinica;
- **le informazioni** ed istruzioni fornite al paziente in attesa e/o ai familiari/accompagnatori;
- l'**osservazione e l'ascolto** attento del paziente e di quanto da lui riferito anche se sembra "non coerente" con quanto appare;
- la **comunicazione/informazione** sul paziente/utente tra il personale del Servizio 118 e quello dedicato al triage in Pronto soccorso, come pure nella fase di passaggio del paziente dall'area di triage alla "sala visita "

Relativamente alle strutture di emergenza/urgenza con volumi di attività particolarmente elevati, in cui l'infermiere triagista è sottoposto a ritmi di lavoro

particolarmente intensi e pressanti, si invitano le Direzioni generali a valutare, laddove possibile, l'opportunità di una rotazione degli infermieri durante il turno lavorativo o, in alternativa, la possibilità di effettuare un certo numero di pause, al fine di ridurre lo stress lavorativo che rappresenta uno dei fattori di rischio più frequente di una errata attribuzione del codice di priorità.

4.2 Formazione e addestramento del personale addetto all'attività di triage

Una formazione adeguata e continua riduce sensibilmente i rischi di una errata attribuzione di codice di priorità, aumenta i livelli di appropriatezza dell'intervento, nonché la qualità e la sicurezza della prestazione erogata.

La formazione, sia di tipo clinico che relazionale e sulla metodologia del triage e l'addestramento continuo del personale addetto al triage, pertanto, deve rappresentare un impegno primario e costante delle Aziende sanitarie.

In particolare, le organizzazioni sanitarie devono progettare, programmare e realizzare corsi di formazione specifici per gli operatori sanitari coinvolti nell'attività di triage, curando non soltanto l'aspetto strettamente professionale, ma anche quello psico emozionale al fine di preparare gli operatori alla gestione dello stress lavorativo e relazionale, perché sia garantita un'efficace comunicazione con utenti ed accompagnatori, particolarmente rispetto alle situazioni di conflittualità/aggressività, alla multiculturalità ed alla fragilità specifica di alcune categorie di utenti (es. bambini, anziani, pazienti psichiatrici, soggetti in situazioni di emarginazione sociale).

Si richiama l'attenzione sulla necessità di prevedere, per gli operatori triage neo assunti o dislocati ex novo nei Pronto soccorso e in Centrale operativa, oltre che la formazione prevista dalla normativa vigente, un opportuno periodo di affiancamento da parte di personale esperto o di un formatore aziendale, laddove presente.

Si raccomanda, inoltre, per ciò che attiene al triage extraospedaliero, particolare attenzione alla formazione continua e all'aggiornamento del personale appartenente alle associazioni di volontariato operanti nel sistema di emergenza in regime convenzionale di cui le Centrali operative 118 possono avvalersi nell'espletamento della propria attività.

Si richiama l'attenzione sulla necessità di definire e pianificare le verifiche periodiche relative alla formazione, al fine di *controllare il mantenimento delle abilità acquisite (livello di prestazione)* degli operatori, compresi gli appartenenti alle associazioni di volontariato.

4.3 Ambito Logistico/Strutturale

La funzione di triage intraospedaliero deve essere espletata in posizione strategica rispetto agli accessi ai reparti ospedalieri od agli ambulatori; a seconda del volume di attività o del bacino di utenza dovrebbero essere previsti, pertanto, uno o più locali dedicati al triage, collocato/i in posizione attigua agli ingressi del Pronto soccorso e centrali rispetto alle sale visita, di ampiezza sufficiente a permettere l'espletamento della valutazione infermieristica nel rispetto della riservatezza del paziente. Le aree triage devono essere chiaramente ed immediatamente identificabili per tutti coloro che accedono al Pronto soccorso e dovrebbero permettere un controllo completo dell'ingresso dei pazienti, barellati e non e delle ambulanze, nonché dei pazienti in attesa di visita. I locali di attesa devono permettere una sorveglianza a vista di tutte le persone presenti e, ove possibile, è opportuno prevedere aree dedicate ai pazienti che necessitano di maggiore sorveglianza. Se possibile è utile identificare nell'area di triage uno spazio dove poter assistere, intervistare e valutare i pazienti più complessi garantendo loro la dovuta riservatezza.

5. Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale

Le Direzioni Generali, le Direzioni Sanitarie, le Direzioni Mediche di Presidio, le Direzioni Infermieristiche e il Direttore del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, nonché il Sistema 118 devono implementare la seguente Raccomandazione.

Le Direzioni Aziendali che decidono di non utilizzare la presente raccomandazione devono predisporre proprie procedure scritte e standardizzate per l'individuazione di idonee misure preventive della morte o grave danno conseguente ad errata attribuzione del codice di triage.

5.1 Monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione

Si raccomanda di monitorare attivamente l'implementazione della "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso, anche tramite la checklist allegata (all. 1).

5.2. Attivazione del protocollo di monitoraggio

L'evento sentinella "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso" deve essere segnalato

alla Direzione Generale della Programmazione sanitaria secondo il Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute.

6. Aggiornamento della Raccomandazione

La presente Raccomandazione sarà oggetto di revisione periodica e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

7. Suggerimenti per il miglioramento dell'efficacia della Raccomandazione

Al fine di migliorare la Raccomandazione nella pratica clinica, le Aziende/Strutture sanitarie sono invitate a fornire suggerimenti e commenti rispondendo alle domande del questionario accluso "Insieme per migliorare la prevenzione degli eventi sentinella (All. 2)

Riferimenti normativi

- DPR 27 marzo 1992: Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza

- 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»

- Decreto 13 febbraio 2001 Dipartimento della protezione civile: Adozione dei "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi"

- 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 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

RINGRAZIAMENTI

La presente Raccomandazione è stata elaborata da ex Ufficio III- Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del SSN- Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (Alessandro Ghirardini, Roberta Andrioli Stagno, Velia Bruno, Rosetta Cardone, Susanna Ciampalini, Antonietta Colonna, Angela De Feo, Daniela Furlan, Lucia Guidotti, Giorgio Leomporra, Claudio Seraschi), con il supporto tecnico dell'Ufficio V della Direzione generale della Programmazione sanitaria (Angela Rita Panuccio) e la collaborazione di Maria Cristina Trotta, Uff. II Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del SSN- Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

La Raccomandazione è stata, quindi, sottoposta ad un processo di consultazione con le seguenti Società Scientifiche, Federazioni, Associazioni: SIAARTI, SIMEU, SIMEUP, FNOMCeO, IPASVI, ARES 118 Lazio, AREU Lombardia e con il Coordinamento Tecnico Interregionale Emergenza-Urgenza e il Coordinamento Tecnico Interregionale sul Rischio clinico.

In particolare si ringraziano per il Coordinamento Tecnico Interregionale Emergenza-Urgenza: Mario Raviolo, Paola Magrassi (Piemonte), Annamaria Giammaria (Abruzzo), Libero Mileti (Basilicata), Manfred Brandstatter (Bolzano), Salvatore Lopresti (Calabria), Marco Vigna (Emilia Romagna), Alessandrino Fanzutto (Friuli V. Giulia), Antonio De Santis, Chiara Marcelli (Lazio), Francesco Bermano (Liguria), Maria Antonietta Banchero, Alberto Zoli (Lombardia), Riccardo Sestili (Marche), Fedele Clemente (Molise), Gaetano Di Pietro, Marco De Giosa, Francesco Stea, Pasquale D'Erasmo, Luca Cimino (Puglia)

Si ringraziano per il Coordinamento Tecnico Interregionale sul Rischio clinico: Angelo Muraglia (Abruzzo), Mario Greco, Aldo Di Fazio (Molise), Horand Meier (Bolzano), Rosalba Barone (Calabria), Marcello Pezzella, Renato Pizzuti, Virginia Scafarto, Patrizia Cuccaro (Campania), Alessandra De Palma, Ottavio Nicastro, Ester Sapigni, Gabriella Negrini, Stefania Rodella (Emilia Romagna), Silvana D'Alonzo, Silvio Brusaferro (Friuli Venezia Giulia), Adriana Ianari (Lazio), Sergio Vigna, Alessandra Moisello (Liguria), Davide Mozzanica (Lombardia) Alberto Deales, Andrea Soccetti (Marche), Mario Verrecchia (Molise), Marco Rapellino (Piemonte), Alessandro Dell'Erba, Francesco Bux (Puglia), Federica Loi, Flore Alessandro, Antonello Antonelli (Sardegna), Giuseppe Murolo (Sicilia), Emanuele Torri (Trento), Paola Casucci (Umbria), Piero Gaillard, Pierlugi Berti (Valle d'Aosta) Adriano Marcolongo (Veneto)

Si ringraziano per l'attenta lettura e i suggerimenti forniti: Sergio Bovenga, Azienda Sanitaria ASL 9 di Grosseto; Anna Santa Guzzo, Dipartimento Emergenza Accettazione A. U. Policlinico Umberto 1° Sapienza Università di Roma; Assunta De Luca, Azienda Ospedaliera S. Andrea (già in servizio presso ARES 118); Silvia Scelsi, ARES 118 Lazio, Paola Sapio, Direzione sanitaria ASL 2 Napoli.