



sum.school  
**SIMEU**  
accademia  
dei direttori  
BOLOGNA 19-20 SETTEMBRE 2018

Beniamino Susi

# Coordinamento Nazionale Triage

✗ GFT, ANIARTI, SIMEU



✗ Gruppo regionale Toscana, Lazio, Piemonte, Liguria



Anno XI numero 29 2012

Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA  
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

## Linee d'indirizzo per il triage in pronto soccorso

Proposta del Coordinamento nazionale Triage di Pronto Soccorso

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

## COORDINAMENTO NAZIONALE TRIAGE

### Gruppi di Lavoro Istituzionali:

- Gruppo analisi accessi a bassa priorità in P.S. ARéSS Piemonte Agenzia Regionale Servizi Sanitari della Regione Piemonte
- Gruppo di Lavoro su Corso Regionale di formazione sul Triage ospedaliero Regione Liguria
- Gruppo Regionale Triage Modello Lazio ASP Lazio Agenzia Sanità Pubblica Regione Lazio
- Gruppo Triage Toscano (Gruppo Regionale Formatori Triage) Regione Toscana Assessorato alla Salute – Direzione Generale diritto alla salute e politiche di solidarietà

### Società Scientifiche:

- A.N.I.A.R.T.I.: Associazione Nazionale Infermieri di Anestesia, Rianimazione, Terapie Intensive
- G.F.T. : Gruppo Formazione Triage
- S.I.M.E.U.: Società Italiana di Medicina d'Emergenza - Urgenza

### Componenti:

- Giovanni Becattini

Responsabile Infermieristico DEA e Medicina e Chirurgia Generale e d'urgenza AOU Careggi di Firenze. Formatore Gruppo Toscano Triage. Componente Gruppo di sperimentazione See and Treat Regione Toscana

- Duilio Braglia

Direttore UOC Pronto Soccorso Area Sud (Scandiano – Montecchio - Castelnovo ne' Monti). AUSL di Reggio Emilia. Coordinatore del DEU di Reggio Emilia. Consigliere Regionale SIMEU. Presidente Nazionale GFT

- Marina Cappugi

Dirigente Medico, Direzione Generale Diritti alla cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana. Gruppo Toscano Triage. Componente Gruppo di sperimentazione See and Treat Regione Toscana.

- Cecilia Deiana

Infermiere dirigente SC. Medicina d'Urgenza ed Accettazione - Pronto Soccorso P.O. Gradenigo Torino. Coordinatore Gruppo lavoro ARéSS Regione Piemonte. Docente Infermieristica d'urgenza e area critica Corso laurea in Infermieristica Università di Torino facoltà di Medicina e Chirurgia. Delegato Regionale ANIARTI Piemonte

- Luca Gelati

Coordinatore Infermieristico Pronto Soccorso-118 Ospedali di Mirandola e Finale Emilia - Dipartimento Emergenza Urgenza-Azienda Sanitaria Modena. Coordinatore Nazionale Area Nursing SIMEU

- Anna Santa Guzzo

Responsabile UOS Gestione del Rischio Clinico in area critica Azienda Universitaria Policlinico Umberto 1° Sapienza Università di Roma. Resp Gruppo Aziendale Triage. Gruppo Triage Modello Lazio (TML)

- Daniele Marchisio

Coordinatore Infermieristico Area Omogenea SIRA A.O. C.T.O. M. Adelaide Torino. Coordinatore Gruppo lavoro ARéSS Regione Piemonte. Docente Infermieristica d'urgenza e area critica Corso laurea in Infermieristica Università di Torino facoltà di Medicina e Chirurgia. Vicepresidente Nazionale GFT

- Luciana Moschettini

Infermiera DEA ACO San Filippo Neri Roma. Gruppo Triage Modello Lazio (TML)

- Fiorella Paladino

Responsabile Osservazione Breve Ospedale San Paolo ASL 1 Napoli

- Antonietta Pandolfo

Infermiera DEA AOU Pisa. Formatore Gruppo Toscano Triage. Componente Gruppo di sperimentazione See and Treat Regione Toscana

- Alessandro Rosselli

Direttore UO Medicina d'Urgenza, Ospedale Santa Maria Annunziata, AS di Firenze. Responsabile Gruppo di lavoro Regione Toscana per il progetto di miglioramento del Pronto Soccorso. Coordinatore Gruppo Toscano Triage. Coordinatore Gruppo di sperimentazione See and Treat Regione Toscana.

- Marco Ruggeri

Infermiere DEA AOU Careggi di Firenze. Formatore Gruppo Toscano Triage. Componente Gruppo di sperimentazione See and Treat Regione Toscana

- Maria Paola Saggese

Dirigente Medico SC Pronto Soccorso ASL 4 Chiavarese (GE), sede DEA 1° livello. Proboviro Nazionale SIMEU biennio 2011 - 20113. Referente del Gruppo Regionale di Coordinamento per il Corso Regionale di Formazione sul Triage Ospedaliero Regione Liguria.

- Beniamino Susi

Direttore UOC Pronto Soccorso - OBI, Policlinico Tor Vergata Roma. Consigliere nazionale SIMEU e responsabile gruppo lavoro triage SIMEU. Gruppo Triage Modello Lazio (TML)

PROT-2012/P/E/03

Ministero della Salute  
DGPROGS  
0025478-P-15/10/2012



## Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E  
DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
Direzione generale della programmazione sanitaria  
Ufficio V e X ex DGPROG  
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma



AL PRESIDENTE SIMEU  
(SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA  
D'EMERGENZA-URGENZA)  
VIA MAURO MACCHI, 8 -  
C/O MILANO BUSINESS CENTER -  
20124 MILANO

**Oggetto:** Attivazione gruppo di lavoro per elaborazione proposta di linee guida nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva e di aggiornamento Linee guida sul Triage (accordo 2001). Individuazione componente.

Si rappresenta che, su indicazione del Direttore Generale, dott. Francesco Bevere, è stato istituito, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, un gruppo di lavoro composto da rappresentanti delle Regioni, dell'Age.Na.S e delle Società Scientifiche di settore con l'obiettivo di pervenire a una proposta condivisa di Linee guida nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva (OBI) e di aggiornamento delle Linee guida sul Triage (accordo 2001).

Pertanto, al fine di consentire l'avvio dei lavori in tempi brevi, si invita codesta Società Scientifica a voler individuare un proprio referente ed a comunicarne il nominativo e i relativi recapiti, entro il 31 ottobre p.v., all'indirizzo e-mail di seguito riportato.

Si rappresenta che l'attività del gruppo di lavoro non comporta oneri per il bilancio dello Stato e, pertanto, non è previsto alcun compenso per spese di missione.

Cordiali saluti

IL COORDINATORE DELL'UFFICIO V  
dott.ssa Angela Panuccio

*Angela Panuccio*

email: [a.panuccio@sanita.it](mailto:a.panuccio@sanita.it)  
tel: 06 59942107

LETT.4/SIMEU/OBI/TRIAGE



Congresso Nazionale

**TRIAGE**

"condividere... verso il futuro..."



Riccione - Palazzo del Turismo - 21 - 22 Marzo 2013

[Home](#) | [Comitato Promotore](#) | [Segreteria Organizzativa](#) | [Moderatori e Relatori](#) | [Segreteria Scientifica](#) | [Contatti](#)

Congresso

Congresso

Programma

Locandina PDF

Atti Congresso

Apertura Congresso

I° Sessione

Tavola Rotonda

II° Sessione

Sei qui: [Home](#) ▶ [Atti Congresso](#) ▶ [I° Sessione](#) ▶ La Proposta delle linee di indirizzo 2012 del Coordinamento Nazionale di Triage, lo spirito e gli aspetti generali.

## La Proposta delle linee di indirizzo 2012 del Coordinamento Nazionale di Triage, lo spirito e gli aspetti generali.

[Stampa](#) | [Email](#) | [Video](#)

Vota questo articolo



(2 Voti)





# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
UFFICIO V

“GRUPPO DI LAVORO TRIAGE- OBI ”

**Riunione del 25-26 giugno 2014**  
Verbale n. 19

Data : 25-26/06/14

Sede incontro : *Ministero della Salute, Roma – Via G. Ribotta , 5*

Partecipanti : Coordinatore del tavolo di lavoro: *Dr Francesco Bevere*  
(Direttore generale DGPROGS);  
componenti:

- Dr. I. Casagrande/ Dr. P. Piccioni (AcEMC)
- Dott.ssa S. Scelsi/ Dr. G. Becattini (ANIARTI)
- Dr. D. Braglia/ Dr. D. Marchisio (GFT)
- Dr. L. Pinto/ Dr. A. Urbino (SIMEUP)
- Dr.ssa C. Barletta/ Dr.ssa G. Esposito (FIMEUC)
- Dr. B. Susi/Dr. L. Gelati (SIMEU)
- Dr. G. Pia ( REG. SARDEGNA)
- Dr. F. Perlasca (REG.LOMBARDIA)
- Dr.ssa R. Rossi (REG. ABRUZZO)
- Dr.ssa F. Carle (Ministero della Salute. Dir. UFF VI DGPROGS)
- Dr.ssa L. Lispi (Ministero della Salute. Dir UFF X DGPROGRS)
- Dr.ssa A. Panuccio (Ministero della Salute. UFF V DGPROGS )
- Dr. ssa A. De Luca (AOU S. Andrea)

Le funzioni di segreteria sono svolte dalla  
*Dr.ssa M. Cristina Trotta ( coll. esterno)*  
*Uff. V DGPROG*



# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

UFFICIO V

*TRIAGE INTRAOSPEDALIERO  
AGGIORNAMENTO LINEE GUIDA*

*DOCUMENTO DI PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO  
DELLE LINEE GUIDA SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO  
(ACCORDO in Conferenza Stato-Regioni 25 ottobre 2001\*)*



*Ministero della Salute*

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

**UFFICIO V**

**OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)**

**LINEE GUIDA NAZIONALI**

**DOCUMENTO DI PROPOSTA**

*Gruppo di lavoro TRIAGE E OBI*

**(Istituito con D.D. del 12 dicembre 2012)**



## “Non vorrei mai essere accolta da un infermiere in Pronto Soccorso”. È bufera contro *La 7*. Ipasvi scrive a Ministero, Regioni e Procura

*La Federazione dei Collegi Ipasvi in campo dopo l'ultima puntata di Tagadà. Alcune affermazioni della conduttrice sono state giudicate offensive e pericolose. Chiesta formale rettifica alla TV di Cairo. “Si è offesa la professione infermieristica e generato un allarme infondato che provoca un danno all'assistenza, nel momento stesso in cui fa scattare nei pazienti dubbi del tutto inconsistenti sulla sua qualità”.*



**21 MAR** - La trasmissione televisiva *Tagadà* del 18 marzo, andata in onda su *La 7* "ha offeso gravemente gli infermieri e messo a rischio l'assistenza e i servizi ai cittadini". Lo sottolinea, [tramite una nota](#), la Federazione Ipasvi. Ma cosa è successo? Il caso oggetto della polemica è quello di un signore romano di 55 anni morto durante la notte alcuni giorni fa dopo essersi recato al pronto soccorso del Pertini per forti dolori all'addome e dove gli era stato assegnato un codice verde da revisionare. La revisione avviene, come riferito dalla moglie del defunto, dopo circa 30/40 minuti ma di fatto passeranno ancora alcune ore prima di rendersi effettivamente conto della gravità della situazione e richiedere il ricovero presso un altro ospedale, il San Filippo Neri, per un intervento chirurgico d'urgenza che purtroppo non avrà successo.

Sul caso sono in corso indagini interne e della procura che ha indagato 8 medici dei due ospedali. Ma è l'affermazione della conduttrice **Tiziana Panella** a scatenare l'ira dell'Ipasvi "lo arrivo al pronto soccorso - dice Panella - e davanti ho un infermiere. Pur con il massimo di rispetto per la categoria, resta il fatto che quell'infermiere deve decidere della mia vita. E forse non ha studiato per quello, c'è un errore di base?" si chiede la conduttrice.

## È pace tra Ipasvi e Cecchi Paone dopo il caso Tagadà. “Nessun dubbio su capacità infermieri. Un errore quella frase sul Triage”

*Il noto giornalista scrive alla presidente Ipasvi per chiarire una sua frase detta in tv sulle capacità degli infermieri nella gestione del Triage. “Non ho riserve o dubbi sulla capacità della vostra categoria di esercitarne la titolarità. Resto a disposizione per ogni ulteriore approfondimento e mi considero un amico di voi professionisti sanitari”.*



**16 NOV** - “Non ho riserve o dubbi sulla capacità della vostra beneamata categoria di esercitare la titolarità del triage, al netto di singoli errori, peraltro rarissimi, su cui il giudizio resta affidato alle autorità amministrative o giudiziarie”. Così scrive **Alessandro Cecchi Paone** in un messaggio inviato alla presidente della Federazione Ipasvi, **Barbara Mangiacavalli**. A darne notizia Ipasvi sul suo sito.

Il noto giornalista e divulgatore scientifico intende chiudere così l'incidente mediatico avvenuto nel marzo scorso, quando in un suo intervento alla trasmissione Tagadà, aveva affermato che “l'infermiere non ha studiato per fare questo”.

Il messaggio alla Federazione Ipasvi è arrivato dopo un chiarimento di persona tra Cecchi Paone e la presidente Mangiacavalli, a margine di un convegno che li vedeva entrambi coinvolti a Milano.

**Ecco il messaggio di Cecchi Paone a Barbara Mangiacavalli.**

“Gentilissima Presidente Mangiacavalli, sono molto felice di averLa incontrata personalmente e di poterLe scrivere ufficialmente a proposito di un involontario incidente che ha seminato amarezza e sconcerto fra molte e molti suoi aderenti.

Solo di recente, ho scoperto di avere espresso più di sei mesi fa un parere su un episodio di cronaca che ha provocato reazioni contrariate sui vostri social media.

Mi spiace di non averne saputo niente prima e di non aver potuto di conseguenza intervenire prima per chiarire la mia posizione. Intanto comincio col ribadire ciò che ho sempre sostenuto convintamente privatamente e pubblicamente. E cioè che la vostra categoria è quella più vicina ai pazienti, che realmente li cura e li accudisce in tempo reale e continuativo, sulla base delle indicazioni e degli interventi terapeutici dei medici. Siete voi sempre pronti al nostro giaciglio, che con estrema competenza

30 mar  
2016

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

## Triage in Pronto soccorso, addio ai codici colore e infermieri protagonisti

di Barbara Gobbi



L'ultima bozza delle linee guida sul triage intraospedaliero

**Anteprima.** I quattro codici colore in soffitta e maggiore autonomia per gli infermieri. Il documento che aggiorna le linee guida sul triage ospedaliero, ora alla firma della Dg Programmazione del ministero della Salute, punta





# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

UFFICIO V

*TRIAGE INTRAOSPEDALIERO  
AGGIORNAMENTO LINEE GUIDA*

*DOCUMENTO DI PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO  
DELLE LINEE GUIDA SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO  
(ACCORDO in Conferenza Stato-Regioni 25 ottobre 2001\*)*

## 1.2 MODELLO DI RIFERIMENTO

I sistemi di Triage implementati nelle realtà italiane si ispirano a un modello che garantisce un approccio globale alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica basata sulla raccolta di dati soggettivi e oggettivi e degli elementi situazionali significativi e sulle risorse disponibili.

I presupposti di questo modello di Triage sono identificabili nelle seguenti attività.

- Realizzare l'effettiva presa in carico della persona e degli accompagnatori dal momento in cui si rivolgono al Pronto Soccorso;
- Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere specificamente formato;
- Garantire l'assegnazione del codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute;
- Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- Disporre di un sistema documentale adeguato e informatizzato.

CODICE	DENOMINAZIONE	DEFINIZIONE	TEMPO MAX DI ATTESA PER ACCESSO ALLE AREE DI TRATTAMENTO
<b>1</b>	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più FUNZIONI VITALI	INGRESSO IMMEDIATO
<b>2</b>	URGENZA	Rischio di compromissione stabilità con elevato rischio evolutivo o dolore severo	15 MINUTI
<b>3</b>	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile, no rischio evolutivo necessità di prestazioni complesse	60 MINUTI
<b>4</b>	URGENZA MINORE	Condizione stabile, no rischio evolutivo prestazioni semplici monospecialistiche	120 MINUTI
<b>5</b>	NON URGENZA	Problema non urgente, minima rilevanza clinica	240 MINUTI

## Anziani al Pronto Soccorso: niente attesa con il nuovo "codice d'argento"

Novità per gli anziani al Pronto Soccorso: ai consueti "codici" che segnalano l'urgenza o meno con cui una persona deve essere visitata - codice bianco, codice verde, codice giallo e codice rosso - se ne aggiunge uno nuovo, dedicato proprio agli anziani, il "codice d'argento", che eviterà ai più fragili l'attesa e il disagio.

Presentato oggi a Mestre con una conferenza stampa, il "codice d'argento" viene introdotto in questi giorni all'Ospedale dell'Angelo e al Civile di Venezia. Realizzato grazie alla collaborazione tra i Pronto Soccorso e i Reparti di Geriatria, permetterà agli anziani "over 75" più fragili di accedere dal "triage" - cioè dalla visita di accettazione del Pronto Soccorso - direttamente al Reparto di Geriatria, per la visita vera propria, e poi per la cura e l'eventuale ricovero.

"Le persone anziane - spiega il Direttore Generale dell'Ulss 12, Giuseppe Dal Ben - debbono essere trattate con grande attenzione, tanto più quando sono costrette a vivere un'esperienza delicata come quella del Pronto Soccorso. Abbiamo quindi ritenuto di introdurre nei nostri Ospedali un percorso rapido, un 'fast track' che eviti a queste persone particolarmente fragili la permanenza e l'attesa in una zona, quella dell'emergenza, che può provocare ansia, malessere e squilibrio a chi invece necessita di rassicurazione e di cura".

Il "codice d'argento" viene attribuito dall'infermiere triagista del Pronto Soccorso alle persone anziane che sommano una serie di caratteristiche di fragilità. Letà avanzata, le patologie in atto o pregresse, i precedenti ricoveri, le terapie farmacologiche in corso sono tutti elementi che vengono valutati e che contribuiscono ad attribuire all'utente il "codice d'argento"; e nella valutazione rientrano anche il sesso (i medici considerano più fragili gli uomini delle donne) e la condizione familiare, poiché al triage si terrà conto dell'ulteriore debolezza propria di un anziano non coniugato, vedovo o divorziato.

Quando scatta il "codice d'argento", l'anziano viene affidato ad un operatore sanitario e accompagnato al Reparto di Geriatria per la visita da parte dello specialista. Se poi l'esito è il ricovero, il Reparto lo comunica al Pronto Soccorso per la chiusura dell'iter burocratico; allo stesso modo, il Reparto segnala al Pronto Soccorso, senza che l'utente debba passare di persona, l'avvenuta dimissione nel caso in cui le condizioni dell'anziano visitato la consentano.

Non usufruiscono del "codice d'argento", ovviamente, gli utenti anziani che in Pronto Soccorso hanno una condizione da "codice rosso" o da "codice giallo", i quali accedono direttamente all'area rossa; né ne usufruiscono i pazienti anziani con problematiche minori e immediatamente risolvibili (piccoli traumi, fast track verso altri ambulatori, visite specialistiche richieste dal medico curante).

Il "codice d'argento" viene introdotto dall'1 luglio nei Pronto Soccorso di Mestre e Venezia; è già in corso l'attivazione del percorso informatico e la formazione del personale infermieristico del triage.



# Codice Rosa per chi subisce violenza: ecco come funziona

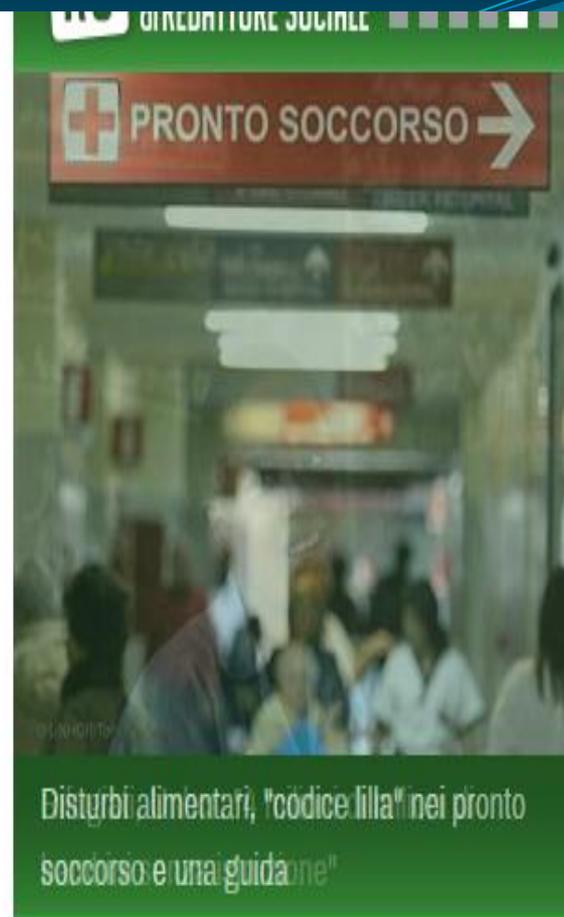
SCHEDA. Percorso di accoglienza al pronto soccorso: il punto di forza del progetto nella task force (personale socio-sanitario, magistrati, ufficiali di Polizia giudiziaria) che permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico alle vittime. In Toscana nel 2015 emersi 3.049 (426 minori)

05 agosto 2016

su **RS** L'AGENZIA  
di REDATTORE SOCIALE

Violenza sulle donne, Lorenzin:  
servono mezzi per superare il  
fenomeno

ROMA - Il "Codice Rosa" è un percorso di accoglienza al pronto soccorso dedicato a chi subisce violenza, che si colloca e si armonizza con la storica rete dei centri antiviolenza e delle altre associazioni di volontariato e solidarietà. Parte da una stanza dedicata all'interno del pronto soccorso, nella quale operano tutti gli specialisti che



Disturbi alimentari, "codice filla" nei pronto soccorso: e una guida

## Lette in questo momento

Disabilità, quasi 275 mila  
persone in strutture



Il **Codice Rosa non sostituisce il codice di gravità del pronto soccorso**, ma viene assegnato insieme al codice di triage da personale formato a riconoscere segnali spesso taciuti di violenze. **Agli utenti ai quali viene attribuito il Codice Rosa è dedicata una stanza**, dove vengono create le migliori condizioni per l'accoglienza, la cura e il sostegno, nonché l'avvio delle procedure d'indagine in collaborazione con le forze dell'ordine e, se necessario, l'attivazione delle strutture territoriali per la tutela di situazioni che presentano livelli di rischio elevati.

**In Toscana nel 2015 sono stati 3.049 (2.623 adulti e 426 minori) i casi emersi grazie al progetto** : 2.877 per maltrattamenti (2.504 adulti e 373 minori); 147 per abusi (94 adulti e 53 minori); 25 per stalking (solo adulti). Nel 2014 erano stati 3.268.

**Dall'inizio del 2016 nella Asl Toscana Centro è partita una sperimentazione che ha migliorato e reso più efficace il progetto** del Codice Rosa, introducendo un servizio che consente di seguire e assistere sul piano sociale e psicologico le persone vittime di violenza che si sono presentate al pronto soccorso. La regione ha destinato **70.000 euro per questa sperimentazione**, prevedendo anche il proseguimento delle attività formative a carattere regionale, per garantire la formazione del personale delle aziende che opera nell'assistenza, cura e tutela delle persone vittime di violenza nell'ambito del progetto Codice Rosa.

*Fonte: regione Toscana*

AL POLICLINICO GEMELLI DI ROMA

## Codice viola, il percorso salva-vita quando l'infarto è «senza speranza»

L'equipe multidisciplinare del Cardiac Arrest Center ha recuperato quattro pazienti in condizioni disperate che non rispondevano alle manovre di rianimazione

di **Ruggiero Corcella**



Altri Codici colore:

**CODICE NERO:** viene assegnato al paziente deceduto

**CODICE ARANCIONE:** indica che il paziente è contaminato e viene assegnato in presenza di un'emergenza NBCR (Nucleare Biologico Chimico Radiologico).

**CODICE BLU:** significa funzione vitale compromessa e viene assegnato fuori dal reparto ospedaliero, dal personale di soccorso che sta effettuando operazioni di rianimazione come il BLS (Basic Life Support) o la defibrillazione con defibrillatori automatici (DAE).

Durante l'attesa può succedere che le condizioni del paziente vadano peggiorando; in questo caso è possibile cambiare il Codice colore, assegnandone uno fra quelli più urgenti.

Di solito all'interno del Pronto Soccorso, viene data la precedenza ai bambini, alle persone anziane e alle donne in stato di gravidanza, indipendentemente dai loro sintomi.

Il Codice Bianco è soggetto al pagamento del ticket di 25 euro per la prestazione di Pronto Soccorso, ad eccezione di determinate categorie, come i disoccupati, gli invalidi, i titolari di pensioni minime o sociali, le persone con più di 65 anni di età e sotto ad un certo limite di reddito, le persone in possesso di una esenzione per patologia ed i bambini fino ai 14 anni. Ogni Pronto Soccorso ha la facoltà di decidere in che modo applicare la suddetta normativa.



**INNOVARE IN EMOFILIA**  
Una questione di trasporto

**CSL Behring**  
Biotherapies for Life™

[Tweet](#)

Condividi 333



stampa

## Disturbi dell'alimentazione. Arriva il 'Codice Lilla' in Pronto soccorso. Dal Ministero della Salute anche una nuova guida per le famiglie

**Due nuove raccomandazioni da Ripa sul trattamento dei disturbi alimentari. Il primo documento riguarda il triage in Pronto soccorso dov'è prevista l'istituzione di un percorso ad hoc denominato 'Codice Lilla'. In un secondo documento sono invece fissate le nuove raccomandazioni per i familiari.**



**29 AGO** - Un percorso specifico, un vero e proprio "codice lilla", per aiutare gli operatori sanitari ad accogliere i pazienti in pronto soccorso e avviarne da subito il giusto cammino terapeutico. Ma anche raccomandazioni specifiche ai familiari per renderli consapevoli delle forme di disagio, soprattutto iniziale e a volte nascosto, dei loro parenti, che può sfociare in gravi problemi sanitari". Sono queste le principali novità di due documenti pubblicati dal **Ministero della Salute** per far fronte a disturbi alimentari.

"I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione – scrive il Ministero – sono ormai

all'interno del SSN, riducendo di 1 anno l'iter formativo. Soluzioni semplici a problemi complessi, a mio parere, sono sempre da vedere con sospetto. LO STUDIO di *Claudio Cappelli (Fimmg Ca)* [Leggi >](#)

### Lavoro e Professioni

## Disturbi alimentari. Ecco come funziona il Codice Lilla nei PS. Gli infermieri che l'hanno ideato ne spiegano il percorso e l'evoluzione



**04 SET** - Come Associazione Perle Onlus abbiamo presentato il Codice lilla, durante la 3° giornata nazionale della salute della donna che si è svolta a Roma su volontà dell'allora ministro della salute Beatrice Lorenzin. E dopo due anni di duro lavoro oggi il codice lilla diventa un percorso ufficiale e ci auguriamo che questo primo passo possa essere il preludio per un reale coinvolgimento dei familiari, delle associazioni e degli infermieri, che il codice Lilla lo hanno ideato e elaborato di *Mariella Falsini* [Leggi >](#)

### Lavoro e Professioni

## Università. Al via i test per i corsi ad accesso programmato. Si inizia oggi con Medicina



**04 SET** - Quest'anno i posti disponibili sono aumentati, come annunciato il 28 giugno scorso. Sono stati definiti 9.779 posti per Medicina (erano 9.100 lo scorso anno), 1.096 posti per Odontoiatria (erano 908 nel 2017), 759 per Veterinaria (erano 655). Le domande per la prova in Medicina e Odontoiatria sono 67.005, erano 66.907 nel 2017. Anche quest'anno sono previsti 60 quesiti a cui i candidati dovranno rispondere in 100 minuti. [Leggi >](#)

### Approfondimenti

- L'allarme di Consulcesi: "Pervenute numerose segnalazioni di irregolarità. Stimiamo aumento dei ricorsi"



▶▶
blicità
0:15
🔊
🗄️

ANSA NEWS PUBBLICATO IL 30 AGOSTO 2018

f 368
🐦
G+

# Pronto Soccorso: arriva il codice lilla per i disturbi alimentari

La guida del Ministero della Sanita', anche per i genitori



ANSA NEWS PUBBLICATO IL 30 AGOSTO 2018



## Pronto Soccorso: arriva il codice lilla per i disturbi alimentari

La guida del Ministero della Sanita', anche per i genitori



# *Ministero della Salute*

## **INTERVENTI PER L'ACCOGLIENZA, IL TRIAGE, LA VALUTAZIONE ED IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE**

### ***“RACCOMANDAZIONI IN PRONTO SOCCORSO PER UN CODICE LILLA”***

**Gruppo di lavoro:**

*Giuseppe Ruocco, Denise Giacomini, Giovanna Romano, Ministero della salute.*

*Esperti: Donatella Ballardini, Armando Cotugno, Laura Dalla Ragione, Riccardo Dalle Grave, Angela Emanuele, Giorgio Galanti, Valerio Galeffi, Giovanni Gravina, Patrizia Iacopini, Palmiero Monteleone, Andrea Pezzana, Paolo Santonastaso, Rosa Trabace, Massimo Vincenzi.*

# Addio codice rosso e verde, al pronto soccorso si cambia

 **SANITÀ**

 Mi piace 671 [Condividi](#) [Tweet](#)  Condividi



**Publicato il: 30/05/2018 20:10**

Il 'codice rosso' non sarà più sinonimo di pericolo immediato **nei pronto soccorso del Lazio**. Cambierà, infatti, nella Regione, dal prossimo anno il sistema di 'filtro' per i pazienti che arrivano nei dipartimenti di emergenza. E' stato presentato questa mattina l'aggiornamento delle linee guida sul triage intraospedaliero (che verrà sancito dalla Conferenza Stato-Regioni) e che sarà operativo a partire dal 2019. Un gruppo di lavoro regionale composto da operatori e professionisti ha infatti studiato e sperimentato negli ultimi due anni un nuovo triage ospedaliero **a 5 codici**. Una classificazione che permette più 'sfumature'

**TABELLA 4 – TRIAGE: tempi da rilevare (data e ora)**

<b>T<sub>0</sub></b>	PRESA IN CARICO AL TRIAGE
<b>T<sub>1</sub></b>	INIZIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE
<b>T<sub>2</sub></b>	INIZIO DELLA PRESTAZIONE MEDICA

<b>T<sub>3</sub></b>	ESITO DELLA PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO
<b>T<sub>4</sub></b>	INIZIO DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA
<b>T<sub>5</sub></b>	TERMINE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Organizzazione dei flussi



Necessità di cure  
Risorse necessarie  
Garanzia di sicurezza

## 3.2 ORGANIZZAZIONE DEI FLUSSI DI TRATTAMENTO

Al termine della valutazione l'infermiere, assegnato il codice di Triage, può attivare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) più appropriato tra quelli previsti dall'organizzazione, ottimizzando i tempi di presa in carico e trattamento e contribuendo alla diminuzione dei tempi di attesa globale.

L'attivazione dei flussi di trattamento, basati su diversi livelli d'intensità di cura, richiede la redazione di appositi protocolli e la realizzazione delle attività formative utili alla loro implementazione. In particolare in relazione al livello di complessità del Presidio ospedaliero, in coerenza con le indicazioni della programmazione regionale, si raccomanda lo sviluppo di percorsi dedicati per Fast Track, See and Treat patologie tempo-dipendenti (rete SCA, rete Stroke e rete Trauma grave) e condizioni particolari (fragilità/vulnerabilità).

Sulla base di quanto affermato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, nel quale si indica di "realizzare all'interno di PS e DEA percorsi separati clinico organizzativi diversi in base alla priorità", appare evidente come sia necessario prevedere lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici rapidi che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA, facilitando, contemporaneamente, l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri.

Il **See and Treat** è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che si basa sull'adozione di protocolli per il trattamento di specifici problemi clinici preventivamente definiti. Tale modalità, diffusa nel Servizio Sanitario Inglese, è stata introdotta anche in alcune realtà del panorama nazionale (es. Regione Toscana) fornendo risultati soddisfacenti riassumibili nella riduzione delle attese e dei tempi di permanenza nei Pronto Soccorso, nonché nella riduzione della quota di pazienti che si allontanano spontaneamente, con conseguente miglioramento della qualità percepita dai cittadini e dagli operatori. È uno dei percorsi che può essere attivato dal Triage; il paziente è accolto direttamente in un'area specifica del Pronto Soccorso dall'infermiere dedicato. L'infermiere esperto valuta, in autonomia, l'appropriatezza dell'accesso e avvia tutte le procedure previste dai protocolli, facilitando il percorso del paziente fino alla dimissione.

Il **Fast Track** è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. Anche per questo percorso l'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di protocolli validati localmente. Questo percorso prevede la dimissione diretta del paziente da parte dello specialista, ad esclusione dei casi non risolvibili con questa modalità ma che necessitano della presa in carico del problema clinico da parte del Medico dell'Emergenza.

# See&Treat



Ambulatorio Infermieristico

Creato Lunedì, 02 Marzo 2015 09:24

Ultima modifica il Mercoledì, 01 Aprile 2015 09:02

Visite: 1651



Il servizio *See&Treat* della Asl Roma C è un **ambulatorio infermieristico** attivo presso il Presidio Sanitario Integrato Santa Caterina della Rosa, in via Nicolò Forteguerra 4, nel Distretto Sanitario 6. E' composto da personale esperto e specificamente formato che valuta, interviene e risolve problemi di salute di piccola e media entità.

Il modello operativo di questo servizio nasce per rispondere ai bisogni di salute del cittadino. Il *See&Treat* mira ad offrire risposte efficaci e immediate per **problemi clinici minori** e orienta il paziente verso i successivi percorsi di cura adeguati.

L'infermiere si occuperà di valutare tempestivamente le urgenze e interverrà secondo protocolli scientificamente validati in collegamento diretto con i medici del Pronto Soccorso. Al paziente verranno date tutte le informazioni utili per una completa risoluzione del problema trattato.

Aperto 7 giorni su 7, da lunedì a lunedì, dalle 7,30 alle 19,30, il *See&Treat* è un **servizio gratuito** a cui si può accedere senza appuntamento.

Vengono trattati problemi oculistici, otorinolaringoiatrici, muscolo-scheletrici, odontostomatologici, gastrointestinali, urinari, traumatologici, dermatologici come piccole ferite, dermatiti, contusioni, ustioni solari, punture di insetti, riniti, congiuntiviti, otiti, dolori articolari e altre urgenze minori. **Per saperne di più** sulle problematiche trattate [clicca sul](#)

## Le problematiche trattate



Sospetto>>

N° Prog F047

Scheda 2018017630

Data/ora 12/05/2018 10.43

Esito

Codici diagnosi/prestazioni

Destinazione

Data:

14/05/2018

Ora:

16:45

Appropriatezza Accesso:

Non eseguito

Prof.Antitetanica:

Medico Dimettente:

Diagnosi:

Polmonite, versamento pleurico

Note e Prescrizioni:



Rifiuto prestazioni:



Relazione medica:



Trasf. per consul.:



Prognosi:

Riserv.  gg

Esito:

Deceduto in P.S.

Prenotazioni:

Preced.

Success.



Aggiunti



Annulla



Nuovo



Ticket



Note



Print



Dati



Apri



Logout

DR. SUSI  
BENIAMINO

### 8.1.3. DATI DA RILEVARE NEL SISTEMA EMUR - CODICE DI USCITA DA P. S.

L'attività di Triage è caratterizzata dall'assegnazione di Codici di priorità per l'accesso alla visita medica distinti in funzione della situazione di stabilità clinica dei segni e sintomi riferiti dai pazienti.

Al termine della prestazione (visita ed eventuali accertamenti o consulenze specialistiche) il medico di Pronto Soccorso ha l'obbligo di identificare il livello di gravità del paziente assegnando un *codice d'uscita* che, attualmente, è rappresentato dai codici colore analoghi a quelli assegnati con altra finalità al Triage. Questa duplice attribuzione di codici colore, in ingresso ed in uscita, crea confusione sia al personale operante nel Pronto Soccorso (medici ed infermieri) che agli utenti stessi. Le due valutazioni non hanno niente in comune: non si deve confondere la priorità dell'accesso alla visita rispetto alla gravità clinica complessiva.

Si ritiene quindi opportuno esprimere il *codice di uscita* come descrittivo della acuzie clinica del paziente, suddividendola nelle seguenti codifiche:

C = Paziente Critico (almeno un parametro vitale compromesso)

A = Paziente Acuto (stabile con possibile compromissione in breve tempo dei parametri vitali)

D = Paziente Urgente Differibile (stabile che necessità di trattamento non immediato)

N = Paziente Non Urgente (paziente la cui terapia può essere programmata nel tempo).

Il codice di uscita, diverso da quello del Triage, può essere considerato un indicatore di appropriatezza del ricorso alla prestazione di PS. Queste informazioni sono sostitutive del set di dati già rilevati attraverso il sistema EMUR, con l'informazione relativa al *livello di appropriatezza dell'accesso*.

## 9. SISTEMA DI VERIFICA E QUALITÀ

Considerata l'importanza del Triage intra-ospedaliero in quanto momento fondamentale del percorso del paziente in Pronto Soccorso, l'accuratezza nello svolgimento di questo "processo decisionale" da parte dell'infermiere di Triage, rappresenta un importante "*gold standard*" da raggiungere. Tale accuratezza va

# DOLORE

- il motivo più frequente di accesso in Ps (presente nel 60% degli accessi e nel 50% è il solo sintomo lamentato) *Albani*
  - Valutazione del dolore obbligatoria come un PV
  - Se correlato a codici a medio-bassa priorità ha lunghi tempi di attesa
  - Trattamento tempestivo è obbligo morale ed è utile dal punto di vista clinico.
- 
- NO al dolore inutile!!!

# I principi della legge

I temi di questo  
programma  
comunicazione

Web editing

Nel 2010 è stata emanata la **Legge 15 marzo 2010, n. 38** concernente “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010).

Si tratta di una legge fortemente innovativa, che per la prima volta garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La legge, tra le prime in Europa, tutela all'art. 1 “il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore”, ed individua tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico. Per quest'ultimo, inoltre riconosce una particolare tutela ed attenzione come soggetto portatore di specifici bisogni ai quali offrire risposte indirizzate ed adeguate alle sue esigenze e a quella della famiglia che insieme deve affrontare il percorso della malattia.

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore devono assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; della tutela e promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale, e di un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

Gli aspetti più rilevanti del testo legislativo riguardano:

## **Rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica**

All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.

# Protocolli gestione dolore al triage

- Decine di esperienze in Italia (Pisa 2009, S.Martino Genova 2008, Ancona, Treviso, Rimini, Modena.....)
- *Guidotti It JEM nov 2013*
- **Presupposti:** presenza di protocolli condivisi e validati, formazione specifica, risorse umane e spazi dedicati
- Percorso della gestione del **dolore; paziente non più in attesa ,ma inizia la presa in carico**
- Acquisizione del consenso del paziente
- Non è visita medica
- Ci deve esser traccia nel verbale di Ps
- Diagnosi, prescrizione farmacologica e certificazione sono di esclusiva responsabilità medica

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	<b>TRATTAMENTO ANTICIPATO DEL          DOLORE ACUTO IN PRONTO          SOCCORSO</b>	Procedura Dipartimento Emergenza P 010 DE
---	---	---

## SOMMARIO

1. OGGETTO E OBIETTIVI.....	3
2. CAMPO E LUOGHI DI APPLICAZIONE .....	5
3. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI.....	4
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	4
5. RESPONSABILITA' .....	6
 6. PROCESSO .....	7
6.1 Valutazione del dolore.....	7
6.2 Scelta del trattamento appropriato.....	8
6.2.1 Farmaci antidolorifici.....	9
6.2.2 Farmaci adiuvanti.....	12
6.2.3 Vie di somministrazione.....	12
6.2.4 Trattamento di specifiche condizioni cliniche.....	15
6.3 Trattamento anticipato.....	23
6.4 Presa in carico medica.....	25
6.5 Dimissione.....	25
Matrice delle Responsabilità .....	26
7. Indicatori .....	26

# Alcune PROPOSTE di miglioramento

## ATTENZIONE AL DOLORE

**Cultura:** rilevazione, rivalutazione e trattamento del dolore *in acuto* in PS, e al momento della *dimissione*

*90% dei medici del PS ha modificato modalità approccio al dolore;  
80% ha aumentato la somministrazione precoce di farmaci per il dolore;  
in alcuni PS il consumo di oppiacei è aumentato di oltre 100%*

*(Settimana SIMEU del PS 2015)*

*10 milioni gli accessi in PS per dolore*

*60% delle richieste al MMG*

*L'anticipazione del trattamento del dolore acuto contribuirebbe a un significativo risparmio di ore di sofferenza (es. Colica renale: 432.000 casi/anno, anticipo terapia di 20 minuti = 4333 ore dolore risparmiate)*

*(Osservatorio del dolore SIMEU-SIMG)*

## Italian Intersociety Recommendations on pain management in the emergency setting (SIAARTI, SIMEU, SIS 118, AISD, SIARED, SICUT, IRC)

G. SAVOIA <sup>1</sup>, F. COLUZZI <sup>2</sup>, C. DI MARIA <sup>3</sup>, F. AMBROSIO <sup>4</sup>, F. DELLA CORTE <sup>5</sup>,  
R. OGGIONI <sup>6</sup>, A. MESSINA <sup>5</sup>, A. COSTANTINI <sup>7</sup>, C. LAUNO <sup>8</sup>, C. MATTIA <sup>2</sup>,  
F. PAOLETTI <sup>9</sup>, C. LO PRESTI <sup>10</sup>, L. BERTINI <sup>11</sup>, A. V. PEDUTO <sup>9</sup>, F. DE IACO <sup>12</sup>,  
F. SCHIRALDI <sup>13</sup>, F. BUSSANI <sup>14</sup>, L. DE VITO <sup>15</sup>, G. GIAGNORIO <sup>16</sup>, F. MARINANGELI <sup>17</sup>,  
S. COACCIOLI <sup>18</sup>, C. AURILIO <sup>19</sup>, F. VALENTI <sup>17</sup>, C. BONETTI <sup>17</sup>, A. PIROLI <sup>17</sup>,  
A. PALADINI <sup>17</sup>, A. CICCOCCHI <sup>17</sup>, T. MATARAZZO <sup>20</sup>, G. MARRARO <sup>21</sup>, A. PAOLICCHI <sup>22</sup>,  
A. MARTINO <sup>23</sup>, E. DE BLASIO <sup>3</sup>, E. CERCHIARI <sup>24</sup>, G. RADESCHI <sup>25</sup>

<sup>1</sup>UOSC TIGU-CAV, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italia; <sup>2</sup>Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico Chirurgiche, Sapienza Università di Roma, Roma, Italia; <sup>3</sup>Unità Operativa Complessa di Anestesia e Rianimazione, AORN "G. Rummo", Benevento, Italia; <sup>4</sup>Dipartimento di Farmacologia e Anestesiologia, Università di Padova, Padova, Italia; <sup>5</sup>Dipartimento di Emergenza, Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità, Novara, Italia; <sup>6</sup>Anestesia e Rianimazione, Ospedale del Mugello, ASL 10, Firenze, Italia; <sup>7</sup>Unità Operativa Dipartimentale, Centro di Fisiopatologia e Terapia del Dolore e Cure Palliative, Ospedale SS. Annunziata, Chieti, Italia; <sup>8</sup>Università degli Studi di Genova, Genova, Italia; <sup>9</sup>Università degli Studi di Perugia, Perugia, Italia; <sup>10</sup>Unità Operativa Dipartimentale, Terapia del Dolore e Cure Palliative, AOC S. Filippo Neri, Roma, Italia; <sup>11</sup>Unità Operativa Complessa di Anestesia e Terapia del Dolore, Presidio S. Caterina della Rosa ASL RMC, Roma, Italia; <sup>12</sup>Dipartimento di Emergenza, ASL 1 "Imperiese", Imperia, Italia; <sup>13</sup>Medicina di Urgenza, ASL NA 1 centro, Napoli, Italia; <sup>14</sup>118 Umbria Soccorso, Policlinico Montelucente, Perugia, Italia; <sup>15</sup>SOCM 118, Firenze, Italia; <sup>16</sup>Dipartimento di Emergenza, Ospedale di Gorizia, Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 Isontina, Gorizia, Italia; <sup>17</sup>Università degli Studi dell'Aquila, L'Aquila, Italia; <sup>18</sup>Università degli Studi di Perugia, Polo Didattico di Terni, Terni, Italia; <sup>19</sup>Università degli Studi di Napoli, Napoli, Italia; <sup>20</sup>Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Ferrara, Italia; <sup>21</sup>Università di Milano, Milano, Italia; <sup>22</sup>Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa, Pisa, Italia; <sup>23</sup>Dipartimento di Emergenza, Anestesia e Rianimazione, AORN Cardarelli, Napoli, Italia; <sup>24</sup>Università di Napoli, Napoli, Italia; <sup>25</sup>Università di Napoli, Napoli, Italia.

# POLICY STATEMENT TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DA PARTE DEGLI INFERMIERI NELL'EMERGENZA TERRITORIALE - ED. NOV 2015

## Policy Statement

### TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DA PARTE DEGLI INFERMIERI NELL'EMERGENZA TERRITORIALE

Approvato nel Consiglio Direttivo Nazionale IRC del 05 novembre 2015  
Approvato nel Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU del 07 novembre 2015

E' ormai acquisizione unanime che, nelle patologie tempo dipendenti, la precocità dell'inquadramento diagnostico e i conseguenti provvedimenti terapeutici, anche farmacologici, assumono un ruolo critico nell'esito clinico, sia quoad vitam che quoad valetudinem.

Nonostante ciò si possono verificare ritardi nel trattamento di detti quadri clinici, a causa delle seguenti ragioni<sup>1-2</sup>:

- 1- Ritardo nell'attivazione dei Servizi di Emergenza Territoriale 118 da parte della popolazione;
- 2- Intervallo tra insorgenza dell'evento e primo contatto medico eccessivamente lungo e non adeguato alle necessità assistenziali;
- 3- Sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza con conseguente aumento del rischio clinico.

In questo ambito, un ruolo strategico viene rivestito dal sistema di Emergenza Territoriale e, all'interno di questo, dalla figura Infermieristica, che, nella gran parte dei casi, rappresenta il punto di collegamento per la maggior parte delle postazioni, in costante riferimento con la componente Medica, considerato l'attuale contesto organizzativo articolato a più livelli di complessità.

In particolare la somministrazione, da parte degli infermieri, di terapie, anche farmacologiche, secondo protocolli condivisi ed emanati ufficialmente dal Direttore della Centrale Operativa 118 (concordati con il Responsabile Territoriale, nelle realtà nelle quali sussiste tale figura), si inquadra in processo finalizzato alla tempestività del trattamento e spesso risulta essenziale per la salvaguardia della

palliativo e riabilitativo.

Le condizioni che rendono possibile la terapia farmacologica da parte degli Infermieri di Emergenza Territoriale sono le seguenti.

1. Specifico percorso formativo accreditato e finalizzato al trattamento anche farmacologico delle patologie tempo dipendenti in ambito di emergenza territoriale
2. Protocolli Condivisi ed emanati ufficialmente dal Direttore della Centrale Operativa 118 competente per territorio (concordati con il Responsabile Territoriale, nelle realtà nelle quali sussiste tale figura).
3. Addestramento continuo, anche tramite tecniche di simulazione avanzata, e audit periodico su casi clinici e problematiche specifiche.
4. Disponibilità di continuo contatto tra gli infermieri di emergenza territoriale, il Medico di Centrale Operativa e i Medici del Dipartimento di Emergenza, anche tramite reti Telematiche e di Telemedicina.

Numerose esperienze internazionali hanno posto l'accento sull'importanza dell'intervento infermieristico, anche farmacologico, nelle condizioni cliniche caratterizzate nel migliorare le possibilità di sopravvivenza dei pazienti, in condizioni di assoluta garanzia riguardo all'efficacia, sicurezza, tempestività del trattamento, nonché rispetto della soddisfazione di pazienti, congiunti ed operatori del sistema di Emergenza – Urgenza<sup>3</sup>.

In base alle precedenti considerazioni, numerose realtà italiane di Emergenza Territoriale hanno adottato procedure che prevedono la possibilità di intervento terapeutico, anche farmacologico, da parte degli infermieri dell'Emergenza Territoriale, nelle situazioni a rapida evoluzione (tempo dipendenti) e potenzialmente pericolose per la vita. Tali procedure sono eseguite nel rispetto di protocolli condivisi ed emanati dal Direttore della Centrale Operativa 118 territorialmente competente, (concordati con il Responsabile Territoriale, nelle realtà nelle quali sussiste tale figura) in continuo contatto telematico con i Medici di Centrale e del Dipartimento d'Emergenza (anche attraverso sistemi di telemedicina).

La Società Italiana Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU) e Italian Resuscitation Council (IRC) anche in considerazione della particolare evoluzione culturale e normativa della figura Infermieristica verificatasi negli ultimi decenni, sostengono tali procedure nell'interesse dei pazienti, impegnandosi e promuovendo un'attività formativa specifica e finalizzata su tutto il territorio nazionale, accanto ad un processo di revisione e miglioramento continuo dei protocolli di trattamento in emergenza, con particolare riferimento alle condizioni

## **SIMEU** Policy Statement

### **Trattamento del dolore al triage da parte degli infermieri**

Approvato nel Consiglio Direttivo Nazionale  
del 10 maggio 2014

Nelle linee guida italiane intersocietarie sul dolore elaborate nel 2013 e condivise da sette diverse società scientifiche (SIMEU, SIAARTI, SIARED, SIS118, SICUT, IRC e AISD), due passaggi considerano specificamente il tema del trattamento del dolore al triage da parte degli infermieri [14]:

- punto 3 (Valutazione del dolore): "L'introduzione di protocolli analgesici di guida infermieristica per il triage potrebbe portare ad un consistente vantaggio nei tempi di trattamento del dolore";
- punto 4.2 (Analgesia in PS – Analgesici sistemici), a proposito del paracetamolo: "Può essere utilizzato anche nella sua formulazione orosolubile, per un protocollo semplice e facilmente applicabile, basato sulla valutazione immediata del dolore da parte degli infermieri, consentendo il raggiungimento di un'analgesia soddisfacente durante la permanenza in PS."



Sulla base delle considerazioni sopra esposte decine di strutture di Medicina e Chirurgia d'Urgenza in Italia, così come in Europa e in altri continenti, hanno attivato protocolli e istruzioni operative per il trattamento del dolore al triage da parte degli infermieri.

La SIMEU sostiene tale prassi nell'interesse dei pazienti, promuovendo un miglioramento continuo della qualità attraverso il monitoraggio dei processi e la revisione regolare dei protocolli.



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI BOLOGNA



Prot. n. 759/ GP/pm

Bologna, li 3 aprile 2014

Raccomandata AR

Egr. Dott.  
NICOLA BINETTI  
Via Belle Arti 50  
40126 BOLOGNA

- ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA
  - AL MINISTERO DELLA SALUTE
- LORO SEDI

**Oggetto: comunicazione di apertura del procedimento disciplinare**

***"istigazione all'esercizio abusivo di professione medica"***

**Oggetto: comunicazione di apertura del procedimento disciplinare**

La presente per dare formale comunicazione che la Commissione Disciplinare Medica dell'intestato Ordine, nelle sedute del 28 gennaio 2014 e dell'11 febbraio 2014, visti gli artt. 38 e ss. del D.P.R. 221/1950, udita la relazione del Presidente e vista la documentazione in atti consistente in:

- a) Segnalazione del 24 ottobre 2013 della SNAMI - Sezione Provinciale di Bologna riguardante l'*"Assistenza infermieristica nel trattamento anticipato del dolore acuto in Pronto Soccorso"* inviata da *"alcuni infermieri che non hanno intenzione di applicare questa procedura in quanto da loro stessi reputata come abuso di professione medica"*;
- b)  l'*"Istruzione operativa Dipartimento Emergenza – Codice IO 028 DE"* redatta da un gruppo di dirigenti medici strutturati della Medicina di Urgenza tra i quali i Dott.ri Lorenzo Marsigli e Dario Sbano, approvata dai Dott.ri Gordini Giovanni, Binetti Nicola e Bua Vincenzo, coordinati dalla Dott.ssa Soccorosa Sofia Dir. Medico UOC PS e Medici Urgenza OM;
- c) verbali di audizione innanzi al Presidente dell'Ordine ex art. 39 D.P.R. 221/50;

**Rilevato, per quanto esposto, che**

- la prescrizione e la somministrazione farmacologica involge la diretta responsabilità del medico e non possono delegarsi, neppure in via surrogatoria e/o temporanea, al personale infermieristico;

“In assenza del controllo diretto da parte del medico si rischia di pregiudicare la sicurezza del paziente e di **addossare la responsabilità valutativo/terapeutiche** al medico che non le ha realmente effettuate”

“La non corretta, imprudente e/o negligente somministrazione farmacologica in assenza altresì di un consapevole, esplicito e formale consenso informato del paziente, costituisce condotta rilevante sul piano disciplinare”

- il disposto di cui all'art. 13, comma 1, del Codice di Deontologia Medica stabilisce infatti che *“la prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico”*;

# L'ordine dei medici di Bologna alla magistratura: triage e 118 degli infermieri abusano la nostra professione

Riassunto: Dal Corriere di Bologna

I medici dal pm contro la Regione:  
infermieri impiegati al nostro posto

Esposto dell'Ordine: sotto accusa le nuove norme su Pronto soccorso, 118 e fase pre-chirurgica

Pronto soccorso, i responsabili contro l'Ordine dei medici

I nuovi compiti, e responsabilità, a cui sono chiamati gli infermieri nei pronto soccorso della regione, sulle ambulanze del 118 e nella fase pre-operatoria nel settore chirurgico finiscono sotto la lente di due Procure, quelle di Bologna e di Firenze. A portarceli, sotto forma di esposto, è l'Ordine dei medici di Bologna che ha messo sotto tiro il documento programmatico sul triage in pronto soccorso e il progetto sperimentale Perimed della Regione Emilia-Romagna e la sperimentazione del modello See and Treat in pronto soccorso della Regione Toscana.

Secondo l'Ordine viene introdotta una «esondazione di pratica infermieristica in campo medico» che potrebbe prefigurare un reato penale, per «l'esercizio e/o il concorso nell'esercizio abusivo della professione medica». In parole povere, viene richiesto agli infermieri di svolgere compiti propri dei medici senza che vi siano abilitati. E le novità sono introdotte con strumenti che secondo l'Ordine comporterebbero, tra l'altro, da parte delle due Regioni la violazione dell'articolo 117 comma 3 della Costituzione, sulla ripartizione delle competenze Stato/Regioni.

L'esposto alle due Procure è stato presentato a inizio ottobre, dopo che la Federazione regionale degli Ordini dei medici dell'Emilia-Romagna aveva già espresso il suo «disfavore» sui progetti di viale Aldo Moro. Progetti «già concretamente operativi». Per il triage in pronto soccorso, ad esempio, oltre alla consueta valutazione del paziente per assegnare il codice di priorità, si prevede la possibilità «di effettuare pratiche assistenziali e terapeutiche in autonomia da parte di personale infermieristico», seppur «in presenza di protocolli, procedure, istruzioni operative sottoscritte dal medico responsabile dell'unità operativa». Non solo: «Si individuano ambiti nei quali il percorso del paziente può essere svolto sotto la responsabilità dell'infermiere», come «medicazione e bendaggi di ustioni di primo grado a estensione corporea limitata» o «anticipazione terapeutica per il trattamento del dolore». E ancora, è prevista la «possibilità autonoma del personale infermieristico di inviare direttamente al medico specialista pazienti con specifici segni e sintomi di pertinenza specialistica».

Tutto questo nonostante le linee-guida ministeriali, ricorda l'Ordine, indicano che l'infermiere opera «sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività». E qui sta il punto di «assoluta criticità»: la

# *Linee Guida sul sistema d'emergenza sanitaria concernente "Triage intraospedaliero"*

*GU 285 del 17/12/2001*

- "Supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività"
- Articolazione del lavoro:
  - accoglienza (raccolta dati e documentazione)
  - assegnazione codice
  - gestione attesa: RIVALUTAZIONE
- Attivazione di sistema di verifica periodica sulla congruità dei codici assegnati

Risultato (dopo l'incontro tra le parti):  
archiviazione del procedimento con richiesta di "abbandonare" l'istruzione operativa



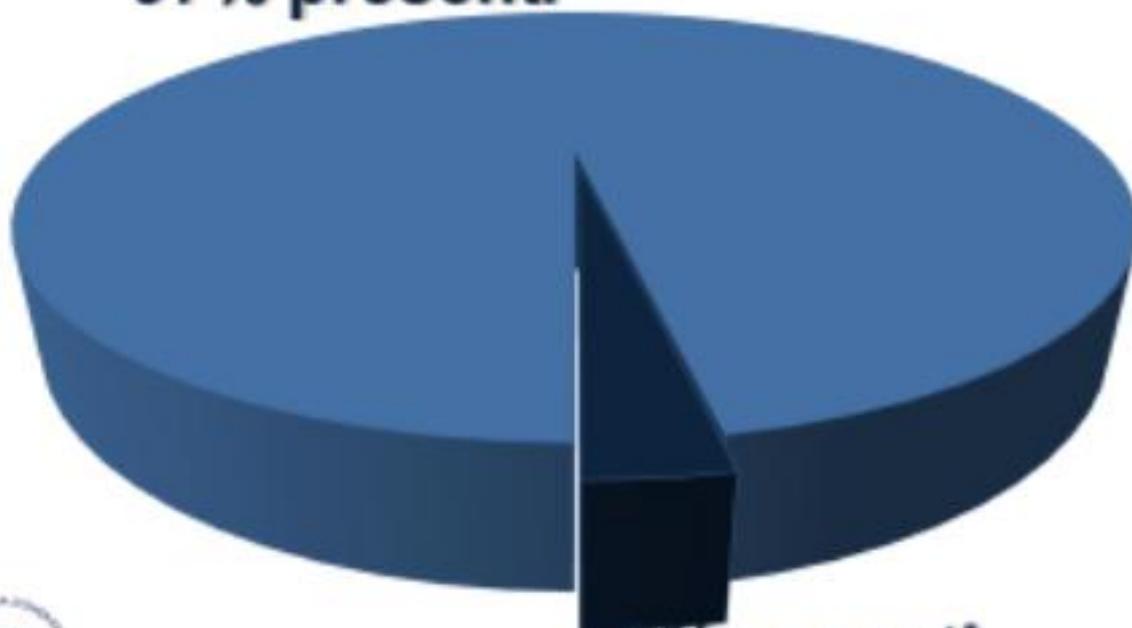
# Gestione del **DOLORE ACUTO** in **PRONTO SOCCORSO** in **ITALIA**

dati preliminari riferiti al 2017



## Scale di valutazione al triage

97% presenti

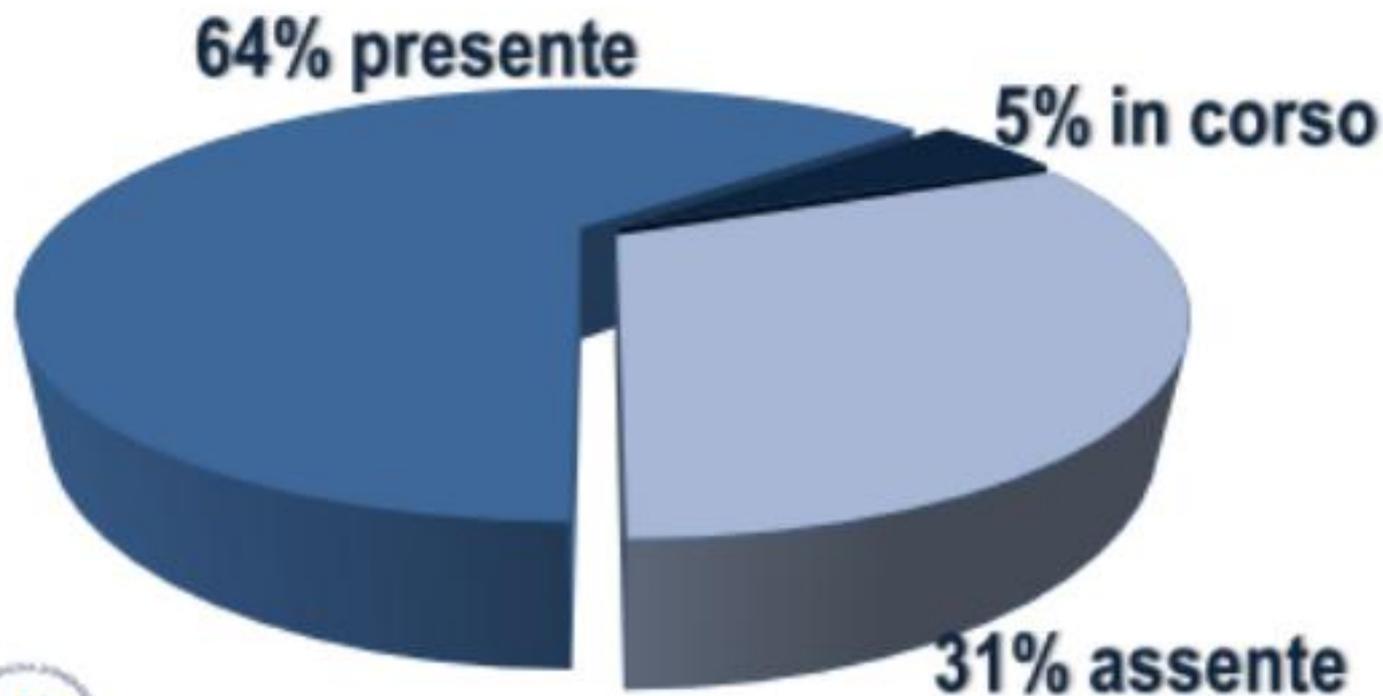


3% assenti

# Gestione del **DOLORE ACUTO** in **PRONTO SOCCORSO** in **ITALIA**

dati preliminari riferiti al 2017

## **Analgesia al triage**



- «Positiva diffusione sul territorio nazionale di protocolli di analgesia al triage ,in particolare del dolore lieve-moderato. Queste stesse pratiche vengono frequentemente messe in discussione ,anche da un punto di vista medico legale ,da posizioni arcaiche sterilmente corporativistiche ,in qualche caso addirittura oscurantiste,che continuano a costituire un ostacolo ad una piena presa in carico del dolore dei pazienti nelle nostre strutture»

- *F.Deiaco ItJEM nov 2013*

# CONCLUSIONI

- Pubblicare LLGG OBI e TRIAGE
- Far chiarezza sui tanti codici colore
- Regolare applicazione legge sul dolore, per la parte che riguarda il triage e spingere sulla sensibilizzazione dei medici di Ps
- Ogni volta che si parla di Ps ci deve essere un nostro professionista coinvolto



“

*Le menti mediocri  
condannano abitualmente  
tutto ciò che è oltre  
la loro portata.*

”

*Francois de La Rochefoucauld*

AFORISMI.meglio.it

Nulla è così facilmente sopportabile come il dolore  
degli altri

triage



---

# GRAZIE!



sum.school  
**simeu**  
accademia  
dei direttori  
BOLOGNA 19-20 SETTEMBRE 2019

