

## DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 13 dicembre 2007

Procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi.

(GU n.91 del 17-4-2008)

## IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'art. 5, comma 2, lettera e), della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la legge 24 febbraio 1992, n. 225;

Visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

Visto l'art. 5 del decreto-legge 7 settembre 2001, n. 343, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2001, n. 401;

Visto l'art. 5, comma 2, del decreto-legge 7 settembre 2001, n. 343, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2001, n. 401, in cui e' previsto che il Presidente del Consiglio dei Ministri predisponga gli indirizzi operativi dei programmi di previsione e previsione dei rischi, nonche' i programmi nazionali di soccorso e i piani per l'attuazione delle conseguenti misure di emergenza, di intesa con le regioni e gli enti locali;

Ritenuto opportuno definire percorsi metodologici in grado di orientare correttamente i comportamenti degli operatori sanitari in emergenze catastrofiche;

Ritenuto, altresì, necessario gestire le limitate risorse disponibili in modo da ridurre, nei limiti delle possibilità, la mortalità e la morbilità dei soggetti coinvolti in un evento calamitoso;

Considerata l'esigenza di rendere uniforme la procedura di suddivisione dei pazienti in classi di gravità, al fine di assegnare loro un grado di priorità di trattamento e di trasferimento in una struttura ospedaliera, e di dotare ogni paziente di una scheda triage, in modo da permettere di documentare, anche in caso di situazioni catastrofiche, tutti gli interventi sanitari effettuati;

Premesso che il Ministero della salute, con nota del 16 aprile, ha espresso parere favorevole all'inoltro alla Conferenza Stato-regioni del documento elaborato da esperti riuniti in un gruppo di lavoro, costituito con decreto rep. n. 2197 del 23 maggio 2006 presso il Dipartimento della protezione civile;

Su proposta del capo del Dipartimento della protezione civile;

Vista l'intesa, espressa dalla Conferenza unificata nella seduta del 30 ottobre 2007;

## Adotta

i seguenti indirizzi operativi in ordine alle «procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi».

## 1. Premessa.

In situazioni di maxiemergenza o evento maggiore, tenendo conto che tali situazioni sono caratterizzate da una iniziale transitoria limitatezza di risorse, si definisce «triage» il processo di suddivisione dei pazienti in classi di gravità in base alle lesioni riportate e alle priorità di trattamento e/o di evacuazione. («Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi» - Gazzetta Ufficiale 12 maggio 2001, n. 109).

Il triage e', quindi, una procedura sanitaria di tipo dinamico che consente di gestire le limitate risorse disponibili al fine di ridurre al massimo la mortalità e la morbilità delle persone coinvolte nell'evento, orientando, come sopra detto, il trattamento sanitario e il trasferimento dei pazienti in base alla priorità scaturita dalla loro valutazione sanitaria.

Essendo un atto sanitario, il triage deve essere documentato attraverso una scheda che deve sempre seguire il paziente nelle varie fasi di trattamento, in modo da permettere la ricostruzione degli interventi effettuati su di esso. Cio' e' a maggior ragione necessario nel caso in cui la gestione del paziente sia stata affidata a piu' sanitari e in diversi luoghi, essendo noto che il processo di valutazione dei soggetti coinvolti in una maxiemergenza si sviluppa lungo una sequenza di fasi dal salvataggio fino al trattamento definitivo in ospedale.

Il triage, che deve essere reso possibile in ogni anello della catena dei soccorsi, viene generalmente eseguito:

- sul sito dell'evento (e/o area di raccolta);
- al PMA in entrata;
- al PMA in uscita;
- all'ingresso in ospedale.

Man mano che si procede dall'area del disastro verso le strutture sanitarie campali, le figure professionali che vengono schierate (o che si rendono disponibili) divengono sempre piu' qualificate e le risorse materiali impiegate maggiormente sofisticate dal punto di vista tecnologico; di conseguenza, l'aspettativa di una maggiore qualita' di assistenza, diagnosi e trattamento aumenta progressivamente.

Secondo quanto definito nella Gazzetta Ufficiale del 12 maggio 2001, il PMA deve essere considerato un «dispositivo funzionale di selezione e trattamento sanitario delle vittime, localizzato ai margini esterni dell'area di sicurezza o in una zona centrale rispetto al fronte dell'evento dove:

- radunare le vittime;
- concentrare le risorse di primo trattamento;
- effettuare il triage;
- trattare i feriti con manovre salvavita essenziali;
- organizzare l'evacuazione sanitaria dei feriti nei centri ospedalieri piu' idonei».

La tipologia del PMA puo' variare in funzione dell'evento e presentare quindi caratteristiche diverse sia funzionali che organizzative.

PMA di I livello e' caratterizzato per:

- utilizzo in caso di «catastrofe ad effetto limitato»;
- limitata capacita' di trattamento (approssimativamente 30 codici rossi/gialli);
- rapido impiego (al massimo entro un ora dall'evento);
- autonomia temporale limitata (al massimo 12 ore).

PMA di II livello e' caratterizzato per:

- utilizzo in caso di emergenze di tipo C1 (art. 2, legge n. 225/1992);
- capacita' di trattamento in autonomia logistica ed operativa di circa 150 codici rosso/gialli;
- impiego rapido (al massimo entro 6 ore dall'evento);
- autonomia temporale di circa 72 ore.

## 2. Analisi del processo di triage.

L'analisi del processo di triage rappresenta la metodologia di approccio piu' corretta per la costruzione dello strumento di lavoro, poiche' consente di individuare necessita' concrete a cui rispondere con soluzioni idonee a soddisfare le esigenze operative dei soccorritori.

In situazioni ambientali spesso critiche, caratterizzate da scarsi mezzi ed elevatissima componente di stress, ogni strumento di lavoro deve essere progettato in funzione della sua reale possibilita' di impiego per non aggiungere agli operatori ulteriori elementi di criticita'.

1 Evento catastrofico che travalica le potenzialita' di risposta delle strutture locali. In relazione alla tipologia degli scenari si possono identificare:

Scenario incidentale non pianificato (1):

- data e luogo ignoti;

patologia prevalente non prevedibile fino a ricognizione effettuata nell'area interessata;

puo' essere difficile raggiungere l'area di interesse;

possono esistere problemi di sicurezza tali da imporre prioritariamente ad allontanare le persone dall'area piuttosto che iniziare i trattamenti medici.

Scenario pianificato (grandi eventi):

data e luogo noti: l'evento e' preceduto da una fase di pianificazione che consente di prevedere con considerevole precisione quante e quali risorse umane e materiali siano necessarie e, quindi, di procedere ad una selezione mirata del personale e assegnazione precisa di ruoli e compiti;

la documentazione affidata al personale di primo intervento puo' tener conto del suo livello di capacita' professionale e della tipologia di informazioni che dovranno essere raccolte sul posto;

la patologia prevalente, connessa con lo scenario in esame, e' nota anche se rimane sempre un margine di imprevedibilita' per eventuali sovrapposizioni di incidenti dovuti a cause non correlate con lo scenario primitivo;

i problemi di accesso al focolaio incidentale sono ridotti poiche' in fase di pianificazione vengono previsti i percorsi riservati alle squadre ed ai mezzi di soccorso per raggiungere velocemente ogni punto dell'area in esame;

e' possibile individuare e pianificare il posizionamento di presidi sanitari, anche campali, in modo da consentire, in sicurezza, il trattamento dei pazienti con caratteristiche assimilabili a quella di un Pronto Soccorso (raccolta anamnesi, registrazione parametri clinici, notazioni di terapia farmacologica e strumentale).

In base alle diverse esigenze che possono manifestarsi nei due scenari sopra indicati e quindi sulla base delle diverse modalita' operative e conseguenti differenti esigenze di triage, si porrebbe la necessita' di separare gli algoritmi e la modulistica da utilizzare.

E' pero' necessario tener conto che lo scenario pianificato per i grandi eventi puo' trasformarsi in scenario incidentale imprevisto ed, inoltre, che e' importante armonizzare gli strumenti con l'operativita' quotidiana in modo da facilitare l'intero processo, compresa la compilazione della modulistica.

Inoltre occorre considerare che in caso di maxiemergenza, nella prima fase dei soccorsi e' presente, quale risorsa aggiuntiva, anche personale non sanitario: le procedure e i materiali da utilizzare nelle fasi di triage devono tener conto di cio' per non imporre protocolli e modulistiche di difficile comprensione da parte di soccorritori con minori competenze professionali sanitarie.

La scheda sanitaria di maxiemergenza dovra' essere versatile e permettere di segnalare le condizioni del paziente anche in eventi eccezionali come quelli di tipo NBCR. In tal caso i dati da inserire potranno riguardare l'eventuale sostanza tossica riscontrata, il trattamento con antidoti e la decontaminazione effettuata.

Nella fase di dimensionamento dell'evento, cioe' all'arrivo della prima squadra sanitaria, dopo la ricezione dell'allarme alla C.O.118, il triage verra' eseguito con dispositivi che consentano l'immediata visualizzazione del codice colore ed una iniziale identificazione della gravita' del paziente; nelle fasi successive, dal recupero all'arrivo al PMA e fino all'ingresso in ospedale, l'algoritmo del triage dovra' permettere di fornire informazioni sempre piu' complesse e dettagliate anche relativamente alle cure erogate.

In caso di maxiemergenza infatti le operazioni di soccorso fino al PMA si realizzano attraverso tre fasi fondamentali:

nella prima fase la squadra di soccorso esegue il triage delle vittime con l'attribuzione di codici-colore di gravita' utilizzando l'algoritmi semplici e veloci (Gazzetta Ufficiale 12 maggio 2001, n. 109);

nella seconda fase si realizzano le prime operazioni di stabilizzazione dei parametri vitali, di solito in un punto di raccolta prossimo al focolaio incidentale, in attesa che il PMA venga

installato;

nella terza fase, giunti nel PMA, si eseguirà una rivalutazione del triage per verificare la congruità del codice-colore preventivamente assegnato, le informazioni cliniche iniziali verranno integrate in maniera sistematica e verranno effettuate e registrate le procedure diagnostico-terapeutiche erogate.

Nelle condizioni di attivazione del PMA, il personale medico presente deve svolgere funzione di coordinamento e trattamento sul posto, evitando l'invio e il trasporto diretto delle vittime in ospedale.

Sulla base delle precedenti considerazioni, lo strumento operativo più efficace appare essere la scheda triage, eventualmente integrata da dispositivi di diversa tipologia (quali: braccialetto, cartellino colore, ecc.), di rapida applicazione da parte di personale anche non sanitario e particolarmente pratici soprattutto se utilizzati sul «cantiere» ed in condizioni meteorologiche avverse.

Le caratteristiche della scheda e dei dispositivi (tags) dovranno rispondere a criteri di:

facile visibilità;

facilità di applicazione;

tracciabilità del percorso della vittima, possibilmente attraverso codici prenumerati;

conoscenza e condivisione, almeno a livello regionale, da parte degli operatori dell'emergenza, sia sanitari che laici;

resistenza ad eventi atmosferici e potenziali agenti lesivi;

disponibilità in quantitativi adeguati su tutti i mezzi di soccorso.

La tipologia ed il dettaglio dei dati che dovranno essere indicati in quanto necessari ad accompagnare il paziente fino alla sede definitiva di trattamento, sono:

sezione anagrafica: nome, cognome, età, sesso, indicazione della sede di recupero, dati cronologici dell'evento, codice colore di gravità. Un sistema di identificazione, anche di tipo numerico e utile soprattutto in caso di difficoltà alla compilazione dei dati anagrafici;

sezione clinica: dati parametrici di valutazione e trattamento: parametri vitali, indici come GCS e RTS (versione da triage), incannulamento di vasi venosi, controllo delle emorragie, immobilizzazione di fratture, inserzione di tubo endotracheale, sondino nasogastrico, catetere vescicale, esame obiettivo orientato al problema principale, somministrazione di liquidi, ossigeno, farmaci ecc. È fondamentale indicare la possibile evoluzione del codice colore e le procedure (rianimazione, decontaminazione, ecc.) eventualmente eseguite;

sezione evacuazione: dati relativi al trasporto verso l'ospedale di destinazione, mezzo utilizzato, dati cronologici, dati identificativi degli operatori.

La tabella allegata riassume in maniera sinottica i bisogni connessi con i ruoli ed i profili professionali del personale impegnato nei soccorsi allo scopo di individuare con maggiore chiarezza in quale fase e che tipo di informazioni possono essere raccolte durante la presa in carico dei pazienti, vittime di una maxiemergenza.

Roma, 13 dicembre 2007

Il Presidente: Prodi

Registrato alla Corte dei conti il 20 marzo 2008

Ministeri istituzionali - Presidenza del Consiglio dei Ministri, registro n. 3, foglio n. 155

Allegato

----> Vedere allegato a pag. 6 <----