



**Organizzazione dei Sistemi di risposta alle  
emergenze cliniche intraospedaliere**

**Report organizzativo delle ASR**

**Dicembre 2016**

*“Patients who are admitted to hospital believe that they are entering a place of safety, where they, and their families and carers, have a right to believe that they will receive the best possible care. They feel confident that, should their condition deteriorate, they are in the best place for prompt and effective treatment. Yet there is evidence to the contrary.*

*Patients who are, or become, acutely unwell in hospital may receive suboptimal care. This may be because their deterioration is not recognised, or because – despite indications of clinical deterioration – it is not appreciated, or not acted upon sufficiently rapidly. Communication and documentation are often poor, experience might be lacking and provision of critical care expertise, including admission to critical care areas, delayed.”*

**(Mary Armitage, Guideline Development Group Chair -  
National Institute for Health and Clinical Excellence)  
NICE - Linee guida 50, 2007**

Il presente documento è stato elaborato a cura del Centro di Monitoraggio (1)  
ed approvato dal Gruppo Tecnico Regionale (2)

(1) Giulio Radeschi, Andrea Mina, Giacomo Berta

(2) Anna Orlando, Marianna Monterossi, Carlo Di Pietrantonj, Eleonora Costanzo, Maurizio Berardino, Paolo Donato, Haslam Benito Pineda, Roberto Penso, Giulio Radeschi

## Indice

A. Premessa	4
B. Il Report Organizzativo	6
C. Il questionario e i requisiti	7
D. I risultati	9
E. Conclusioni	11
Figura 1 - Rappresentazione grafica dei risultati	12
Riferimenti bibliografici	13
Appendice 1: Il questionario	14

## A. Premessa

Il programma regionale per l'emergenza intraospedaliera scaturisce dalla consapevolezza che occorre migliorare la sicurezza dei pazienti ricoverati in ospedale intercettando precocemente il deterioramento clinico e garantendo una risposta tempestiva ed efficace nei casi necessari. E' ormai ampiamente dimostrato, dalle sempre più numerose evidenze scientifiche sull'argomento, che negli ospedali è possibile prevenire gli arresti cardiaci - l'80% dei quali è preceduto secondo la letteratura internazionale dal deterioramento di alcuni parametri vitali già 6-24 ore prima - ridurre l'incidenza di gravi eventi avversi, ridurre i ricoveri inattesi e/o inappropriati in Terapia Intensiva e quindi le morti evitabili. Il piano strategico approvato dall'Assessorato alla Sanità è stato deliberato dalla Giunta Regionale nel 2008 (DGR 5-9886) come Linee Guida per l'organizzazione dei sistemi di risposta alle emergenze cliniche. Esse forniscono uno standard minimo a tutte le ASR, in coerenza con gli standards internazionali e nazionali pubblicati nel 2006 e nel 2007<sup>(1-3)</sup>:

- "First Consensus Conference on Medical Emergency Teams" De Vita, Crit Care Med 2006; 34: 2463-78,
- NICE clinical guideline 50: "Acutely ill patients in hospital – recognition of and response to acute illness in adults in hospital". National Institute for Health and Clinical Excellence. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- "SIAARTI-IRC Recommendations for organizing responses to In-Hospital emergencies" (Savoia, Min. Anest. 2007; 73:533-53).

Il progetto del Piemonte si fonda sulle seguenti azioni:

- A. Piano scritto e ufficiale per l'Emergenza Clinica Intraospedaliera. Esso deve essere disponibile, applicato e periodicamente aggiornato, in tutti gli ospedali e deve comprendere la risposta sia all'arresto cardiaco, sia alle emergenze con polso.

Il progetto prevede che il miglioramento organizzativo possa articolarsi in due fasi:

1. allineamento agli standard internazionali di risposta all'arresto cardiaco in termini di modalità e tempestività di intervento (riconoscimento e allarme precoce, numero telefonico riservato alle emergenze, formazione coerente con le competenze richieste, acquisizione di defibrillatori, ecc.)
2. adozione di procedure per prevenire l'arresto cardiaco, gestire precocemente il peggioramento dei pazienti tramite il monitoraggio standardizzato dei parametri fisiologici secondo le raccomandazioni internazionali. Per questa seconda fase è necessario stabilire criteri di allarme oggettivi, chiari e diffusi a tutti, che devono essere assunti come regole condivise con tutto il personale sanitario dell'ospedale.

Le linee guida organizzative regionali hanno raccomandato l'istituzione, presso ciascuna Azienda, di un **Gruppo Multidisciplinare** che coadiuva la Direzione Sanitaria aziendale/di presidio nella redazione del Piano di Risposta e nella supervisione e monitoraggio della sua applicazione. Esso è composto almeno da:

- un Anestesista Rianimatore, riconosciuto quale specialista di riferimento, o da uno specialista della struttura istituzionalmente deputata alla risposta, con il ruolo di Referente Aziendale

- un medico per ciascun Dipartimento
  - infermieri dei reparti medici e chirurgici
  - un infermiere, preferibilmente di Rianimazione, con il ruolo di “Resuscitation Training Officer” (RTO).
- B. Programma di miglioramento della qualità basato sulla raccolta dati, inizialmente degli arresti cardiaci e successivamente di tutti gli interventi di emergenza, nonché sulla diffusione e condivisione dei risultati. Ogni ospedale individua i referenti per la raccolta dati.
- C. Istituzione di una rete regionale costituita da
- Referenti Aziendali e di Presidio,
  - Gruppo Tecnico Regionale (GTR) di coordinamento e supporto tecnico-scientifico atto a garantire continuità progettuale e sviluppo dei modelli organizzativi, con la promozione di progetti di miglioramento continuo.
  - Centro di Monitoraggio (CdM) al quale sono affidati compiti di raccolta dati, elaborazione dei reports clinici e aggiornamento continuo dei Referenti.  
Il CdM effettua inoltre il monitoraggio dello stato di attuazione dei sistemi di emergenza intraospedaliera e cura il relativo Report organizzativo con cadenza triennale.
- D. Programmi di formazione obbligatoria per il personale sanitario dei reparti e dei team di risposta. Oltre alla formazione in rianimazione cardiopolmonare di base (BLSD) ed avanzata (ALS) viene raccomandata una formazione specifica del personale dei reparti per il riconoscimento precoce e la gestione in equipe del paziente a rischio.
- E. Azioni sinergiche con il Gruppo regionale del Rischio Clinico e definizione di programmi operativi comuni; quelli del triennio 2013-2015 hanno previsto precisi risultati programmati. In particolare l'azione 18.1.9 ha indicato i seguenti obiettivi:
- Obiettivo 1. Implementazione e aggiornamento dei piani aziendali per l'emergenza intraospedaliera.
  - Obiettivo 2. Riduzione tempi di attivazione e di risposta del Medical Emergency Team (MET).

## **B. Il Report Organizzativo**

Il Report Organizzativo ha lo scopo di aggiornare periodicamente e riassumere lo stato di attuazione dei sistemi di emergenza intraospedaliera negli Ospedali della regione.

Il primo Report Organizzativo è stato pubblicato nel 2013 sulla base dei dati raccolti nell'anno precedente mediante questionario.

Considerata la nuova configurazione del SSR, con particolare riferimento al riordino della rete ospedaliera, si è ritenuto opportuno aggiornare lo stato di implementazione del progetto e la rete dei referenti.

Con nota 7974 del 8 aprile 2016, è stato chiesto a tutte le Direzioni Sanitarie Aziendali e di Presidio di voler compilare un questionario fornendo così tutte le informazioni di carattere organizzativo utili a descrivere il sistema di emergenza intraospedaliero in atto ed elaborare il presente documento.

Il Report Organizzativo 2016 viene trasmesso a tutti gli Ospedali contestualmente alla presentazione ufficiale dei Report degli arresti cardiaci (IHCA) e delle emergenze con polso (EcP) relativi all'anno 2015.

## **C. Il questionario e i requisiti**

Il questionario utilizzato per l'indagine è riportato in allegato (Appendice).

A tutte le ASR è stata data la possibilità di fornire risposte online collegandosi al sito [www.cdmpiemonte.it](http://www.cdmpiemonte.it) con credenziali personalizzate ed inviando comunque la stampa firmata al Settore Assistenza Specialistica.

I requisiti presi in considerazione per il monitoraggio organizzativo sono i seguenti.

### **C.1 Il Governo clinico**

- I Piani di risposta sono stati considerati presenti e ufficiali sia se deliberati, sia se approvati dalle Direzioni Sanitarie o presenti in intranet aziendale.
- Gruppo Multidisciplinare: esso è la cabina di regia del sistema di emergenza intraospedaliero e può essere istituito a livello aziendale o può essere presente anche in ogni singolo presidio.
- I referenti aziendali o di presidio sono l'interfaccia tra l'Azienda o il Presidio Ospedaliero e il GTR.
- L'Infermiere RTO (Resuscitation Training Officer), preferibilmente coordinatore infermieristico, individuato sulla base di un adeguato percorso professionale e formativo, ha funzioni di supporto al referente aziendale. In particolare ha il compito di curare il coordinamento delle iniziative formative per la RCP e il controllo delle procedure previste dal piano di emergenza, come le verifiche delle check-list dei carrelli di emergenza o il rilievo dei dati dai defibrillatori semiautomatici (DAE).
- La raccolta dati, sia degli arresti cardiaci, sia delle emergenze con polso è affidata ai referenti ufficiali per tale attività. A loro viene destinato ogni anno un evento di formazione e aggiornamento, accreditato ECM, allo scopo di migliorare sempre di più la qualità e la completezza dei dati raccolti e quindi la significatività delle loro analisi.

### **C2. L'Organizzazione del sistema**

Le risposte alle domande di questa sezione hanno permesso di tracciare lo stato organizzativo e funzionale del sistema di risposta alle emergenze.

- E' stata indagata la facilità con la quale può essere dato l'allarme al team di emergenza; la disponibilità di un numero telefonico interno, dedicato e presidiato 24 ore su 24, garantisce immediatezza di risposta e riduzione degli errori. Tale aspetto è così rilevante che molte società scientifiche europee e agenzie di sicurezza dei pazienti raccomandano l'istituzione di un numero unico europeo per gli arresti cardiaci intraospedalieri. <sup>(4-5)</sup>
- Allo scopo di ridurre la soggettività della valutazione del paziente critico è opportuno stabilire criteri oggettivi di allarme per l'arresto cardiaco (ACC) e per le

emergenze con polso presente o funzioni vitali conservate (EcP). Tali criteri devono essere scritti, codificati e diffusi a tutto il personale.<sup>(3)</sup>

Il monitoraggio clinico e strumentale dei parametri fisiologici costituisce una attività normalmente espletata dallo staff medico e infermieristico dei reparti.<sup>(6)</sup> La registrazione su una scheda unificata, medico-infermieristico, fornisce a chiunque la possibilità di una immediata consultazione e la visione globale dell'andamento nel tempo con un trend grafico. L'efficacia della scheda (Observation Chart) è ampiamente dimostrata<sup>(7)</sup> ed è maggiore se realizzata a colori<sup>(8)</sup>; ciò permette di evidenziare con fasce colorate i range di normalità e i livelli di rischio. Se il modulo viene associato a una procedura scritta, ospedaliera o di reparto, che stabilisce la frequenza di monitoraggio e le modalità di intensificazione delle rilevazioni sulla base del discostamento rispetto al range di normalità è possibile migliorare l'identificazione precoce dell'eventuale deterioramento clinico e le tempestive azioni correttive o di allertamento del team (MET). Recenti

- Il team di emergenza (MET) deve garantire la risposta; la sua efficacia è più elevata se costituito da un medico e da un infermiere con competenze avanzate. Il MET dovrebbe essere disponibile 24 ore su 24 oppure limitatamente ad alcune fasce orarie; nelle ore in cui il team è assente la risposta è assicurata da un medico comunque presente in ospedale ma con competenze diverse da quelle specialistiche rianimatorie. Il MET dovrebbe assicurare una risposta in tutte le aree dell'ospedale, sanitarie e non, o limitare la disponibilità alle emergenze solo nelle aree sanitarie.
- E' stata realizzata una scheda MET che in una fase sperimentale viene utilizzata dal team per descrivere l'intervento effettuato e l'esito, sia quale documentazione sanitaria ufficiale, sia quale modulo per la raccolta dati.
- La dotazione dei reparti in carrelli di emergenza e in DAE è determinante per garantire un intervento appropriato sia in caso di arresto cardiaco, sia nelle emergenze con funzioni vitali conservate. Le linee guida scientifiche stabiliscono che un arresto cardiaco in fibrillazione ventricolare dovrebbe essere defibrillato entro 3 minuti. Da qui l'opportunità che i DAE, utilizzabili anche da infermieri addestrati, siano adeguatamente presenti almeno nel 50% delle aree sanitarie.

### **C3. La formazione**

- Un aspetto cruciale del sistema di emergenza è la formazione teorico-pratica del personale dei reparti e del personale che costituisce il team di risposta nelle tecniche di rianimazione cardiopolmonare, rispettivamente di base ed avanzata. E' altrettanto cruciale che il personale formato costituisca una sufficiente massa critica costituita da almeno il 50% del personale dei reparti e di coloro che costituiscono il team.
- Oltre alla formazione in RCP (BLS/ALS) viene raccomandata una formazione specifica<sup>(9)</sup>, come ad esempio il corso METa<sup>(10)</sup>, del personale dei reparti per il riconoscimento precoce e la gestione in equipe del paziente a rischio. La formazione tradizionale in aula può essere integrata o sostituita, per una maggiore efficacia, da una formazione sul campo a piccoli gruppi, omogenei tra loro<sup>(11,12)</sup>.



## D. I risultati

Tutti le Direzioni sanitarie hanno collaborato e fornito le risposte.

Il CdM ha raccolto ed analizzato tutti i questionari ricevuti.

La capacità di risposta, organizzata e strutturata, alle emergenze intraospedaliere negli ospedali del Piemonte è notevolmente migliorata rispetto alla situazione registrata nel 2013. I miglioramenti ottenuti dopo l'emanazione dalle linee guida organizzative regionali sono evidenti nel Grafico riassuntivo e complessivamente positivi. In particolare:

- Sono migliorati il governo del sistema di emergenza (presenza di piani aziendali e gruppi multidisciplinari) e la copertura di intervento per tutte le aree dell'ospedale. Il 100% degli ospedali dispone di un piano di emergenza (88% nel 2013) e risponde in aree sanitarie e non (97% nel 2013).
- L'allarme può essere dato molto più facilmente sulla base di criteri codificati per l'ACC e per le emergenze con polso. L'89,5% degli ospedali ha istituito un numero telefonico dedicato (85% nel 2013).
- Tutti gli ospedali disponevano e dispongono di carrelli di emergenza con check list di controllo; l'82% assicura la presenza di defibrillatori semiautomatici in oltre il 50% delle aree sanitarie (76% nel 2013). L'84% degli ospedali (nel 2013 erano il 97%) ha certificato in BLS-D oltre la metà del personale dei reparti. Le possibili spiegazioni saranno discusse più avanti.
- Quasi tutti gli ospedali garantiscono una risposta avanzata con un team medico-infermieristico (89% vs 62% del 2013) ma solo nell'84% tale composizione è garantita 24 ore su 24.
- La formazione avanzata per i componenti dei teams di risposta è sostanzialmente invariata (76% vs 79% del 2013). La formazione specifica per i sistemi di emergenza intraospedaliera destinata al personale dei reparti (es. corso METal o simili) è poco rappresentata (55% vs 57% del 2013).
- Il miglioramento continuo della qualità si basa sull'analisi dei dati epidemiologici e di esito clinico. La raccolta dati degli arresti cardiaci viene effettuata dal 95% degli ospedali (81% nel 2013) ma alcuni di essi non la garantiscono con continuità.
- Soltanto 14 ospedali (38%) dichiara di adottare una scheda unificata per la registrazione dei parametri vitali con livelli soglia per l'identificazione del paziente a rischio con incluse indicazioni di cure incrementali.

Nonostante gli evidenti punti di forza, è possibile individuare alcune aree e/o interventi di ulteriore miglioramento. I più importanti riguardano:

- Istituzione del Gruppo Multidisciplinare per la progettazione o revisione dei piani di emergenza e la realizzazione delle azioni necessarie. Inoltre risulta molto utile individuare un infermiere quale RTO aziendale.
- Disponibilità di un numero telefonico interno dedicato per l'emergenza per facilitare l'accesso al sistema di risposta ed evitare ritardi o errori.
- Definizione di criteri scritti e ufficiali di allertamento sia per gli arresti cardiaci, sia per tutte le altre emergenze.

- Disponibilità capillare dei DAE tale da poter garantire la defibrillazione entro 3 minuti, se indicata.
- Composizione medico-infermieristica del team di risposta (MET); essa è tanto più determinante tanto più sono complesse e critiche le emergenze da affrontare che richiedono abilità e capacità di lavoro in equipe.
- La formazione avanzata è il presupposto fondamentale per fornire risposte adeguate. I componenti del MET, quindi medici e infermieri delle strutture di risposta, devono possedere competenze avanzate, periodicamente aggiornate e mantenute.
- Il personale medico e infermieristico dei reparti di degenza ordinaria potrà concorrere alla prevenzione dell'arresto cardiaco solo se formata al riconoscimento precoce del deterioramento clinico del paziente a rischio, all'allertamento del sistema e al lavoro in equipe.
- I corsi specifici, come il MET*al*, dovranno essere previsti e inclusi nella programmazione aziendale.
- Gli ospedali dovranno essere sensibilizzati e supportati nell'adozione di una scheda unificata di monitoraggio dei parametri fisiologici nei reparti di degenza ordinaria. E' necessario che la scheda sia realizzata a colori con evidenza del range dei livelli di rischio e che sia associata a programmi di cure incrementali.
- La raccolta dati per gli arresti cardiaci deve essere uno standard di qualità per tutti gli ospedali e tale attività di registrazione deve essere stimolata e sostenuta.

## E. Conclusioni

Gli ospedali del Piemonte offrono un buon livello di sicurezza dei pazienti ricoverati. I sistemi di risposta alle emergenze cliniche intraospedaliere sono strutturati secondo il modello raccomandato dalla 1° Consensus Conference mondiale: il Rapid Response System (RRS).

Le conclusioni saranno riassunte analizzando le quattro aree che compongono il RRS.

### 1. Area afferente (Track and trigger dei reparti)

I criteri di allarme per ogni emergenza sono stabiliti ufficialmente.

Alcuni ospedali hanno già sperimentato l'utilizzo di una Observation Chart per il riconoscimento precoce del paziente a rischio e l'erogazione di cure incrementali sino all'attivazione del MET. Le esperienze già disponibili possono rappresentare una preziosa risorsa per la diffusione dei modelli adottati in tutti gli ospedali del Piemonte. La disponibilità di carrelli di emergenza e di DAE è molto buona.

La formazione per il personale dei reparti di degenza per le competenze in BLS è molto buona ma occorre evitare che la riduzione del personale, per collocamento a riposo di operatori esperti e formati e per parziale turnover, diluisca le competenze.

In questo senso non deve essere sottovalutata la riduzione di 13 punti percentuali del numero di ospedali che hanno certificato in BLS almeno la metà del personale dipendente. Inoltre dovrà migliorare molto la formazione specifica per la gestione del paziente a rischio esplorando anche metodiche didattiche efficaci, alternative ai corsi in aula, come la FAD seguita da addestramenti con scenari simulati sul campo. <sup>(9,11-12)</sup>

### 2. Area efferente (Il braccio di risposta con competenze avanzate: il MET)

E' sensibilmente migliorata la risposta con un team medico-infermieristico a competenze avanzate; dovrà essere però garantita in tutte le ore della giornata e in tutti i giorni dell'anno. Una maggiore attenzione dovrà essere riposta alla formazione avanzata del MET chiamato a gestire problemi complessi: clinici, logistici ed etici.

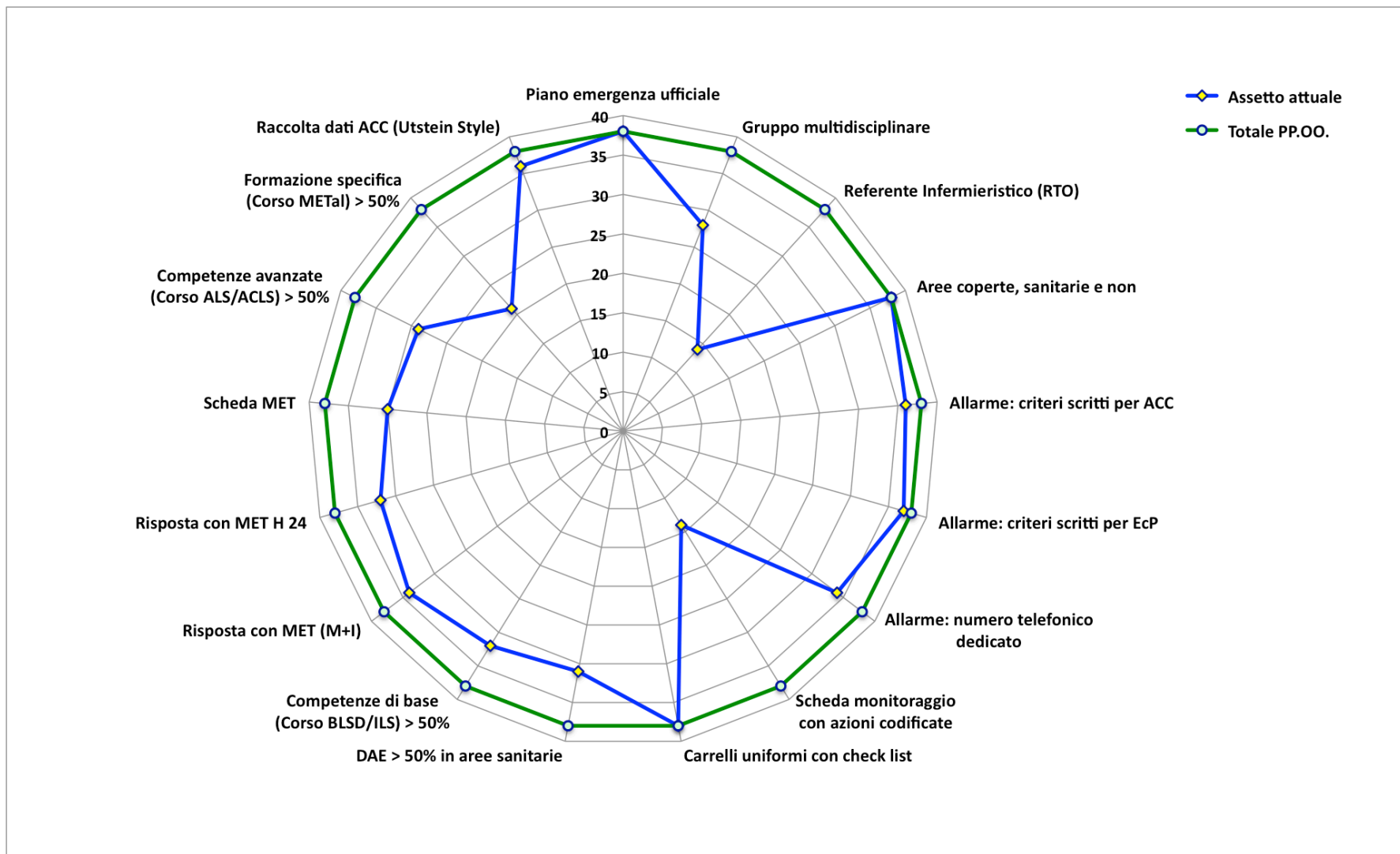
### 3. Area amministrativa-gestionale (Administration oversees all functions)

Un sistema complesso come il RRS deve essere governato da un organismo multidisciplinare e multiprofessionale che effettui revisioni continue sulla base dei dati disponibili, che pianifichi interventi migliorativi e supporti alle Direzioni Sanitarie e agli operatori.

### 4. Area del miglioramento continuo della qualità (Data collection and analysis for process improvement)

La raccolta dati è una attività imprescindibile del sistema. Essa è necessaria per disporre di dati epidemiologici, di esito clinico ed organizzativo allo scopo di misurare il cambiamento ottenuto e comparare i risultati con altre realtà regionali, nazionali o internazionali. Presupposto per l'affidabilità delle analisi e delle conclusioni è la garanzia della qualità e della completezza dei dati raccolti secondo standards scientifici. La formazione continua dei referenti per la raccolta dati si è dimostrata essenziale e va quindi mantenuta e sostenuta a tutti i livelli.

**Figura 1. Rappresentazione grafica dei risultati**



## Riferimenti bibliografici

1. M. De Vita, Finding of the First Consensus Conference on Medical Emergency Team. Crit Care Med 2006, Vol 34, N. 9, 2464-2478
2. NICE Clinical Guidelines 50 – Acutely ill patients in hospital. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
3. Savoia G. SIAARTI - IRC Recommendations for organizing responses to In-Hospital emergencies. Minerva Anestesiol 2007; 73:533-53
4. S. Panesar, Errors in the management of cardiac arrest: An observational study of patient safety incidents in England. Resuscitation 85 (2014) 1759-1763
5. Statement of the European Resuscitation Council, European Patient Safety Foundation and European Board of Anaesthesiology for a standard Cardiac Arrest call telephone number in European Hospital- September 2016
6. M. De Vita, Identifying the hospitalized patient in crisis – A Consensus Conference on the afferent limb of Rapid Response System. Resuscitation 81 (2010) 375-382
7. J Chen, Impact of a standardized RRS on outcome in a large healthcare jurisdiction. Resuscitation 107 (2016) 47-56
8. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP, 2012.
9. G B Smith, Education for cardiac arrest – Treatment or prevention?. Resuscitation 92 (2015) 59-62
10. Radeschi G, Penso R, Odetto L, et al: Manuale del corso METal per operatori sanitari. Bologna 2008, Edizioni IRC
11. Davies: Barriers to activation of the rapid response system. Resuscitation 85 (2014), 1557-1561
12. Radeschi, Factors affecting attitudes and barriers to a medical emergency team among nurses and medical doctors: A multi-centre survey. Resuscitation 88 (2015) 92-98

## Questionario

Azienda ..... Presidio Ospedaliero per acuti .....

### ORGANIZZAZIONE GOVERNO CLINICO

L'Azienda dispone di un "Piano di risposta alle Emergenze cliniche? SI NO

Il Presidio Ospedaliero dispone di un "Piano di risposta alle Emergenze cliniche? SI NO

Se SI, è stato deliberato? SI NO

E' stato istituito il Gruppo Multidisciplinare aziendale o di Presidio? SI NO

Il Referente di Presidio per l'Emergenza Intraospedaliera, ufficialmente individuato, è

Nome - Cognome - Email – cellulare

Se previsto nel Gruppo Multidisciplinare, Il Referente infermieristico Aziendale (RTO), ufficialmente individuato, è

Nome - Cognome - Email – cellulare

I Referenti per la raccolta dati (max due referenti medici e/o infermieristici per ciascun Presidio) sono

Nome - Cognome - Email – cellulare

Nome - Cognome - Email - cellulare

## **ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI EMERGENZA**

Le sottoelencate informazioni descrivono l'organizzazione di ciascun Presidio Ospedaliero.

È disponibile un numero telefonico unico, dedicato, per l'emergenza intraospedaliera? SI NO

Sono stati scritti e ufficialmente definiti i criteri clinici di allarme per:

- arresto cardiaco? SI NO

- emergenze con polso (altre emergenze diverse da AC)? SI NO

Nei reparti di degenza sono utilizzate schede unificate di monitoraggio dei parametri fisiologici? SI NO

Se Sì, prevedono soglie con relative azioni di risposta codificate (es. cure incrementali)? SI NO

La risposta all'emergenza è gestita ufficialmente da un team medico infermieristico (MET)? SI NO

E' utilizzata la scheda regionale per interventi MET? SI NO

Il MET è disponibile 24 ore su 24? SI NO

Se NO, in quale fasce orarie è disponibile?

8-14 /  14-20 /  20/8

Il team assicura la risposta in

solo aree sanitarie  aree sanitarie e non

Note

campo di testo libero

## FORMAZIONE

Viene effettuata una formazione in RCP di base (es. BLS/D) per il personale dei reparti?

SI NO

Quale percentuale del personale dei reparti ha una formazione di base certificata?

< 25% /  25-50% /  <50%-75% /  >75%

Viene effettuata una formazione in RCP avanzata (es. ALS/ACLS) per il team di risposta (MET)?

SI NO

Quale percentuale del personale che risponde ha una formazione avanzata certificata

< 25% /  25-50% /  <50%-75% /  >75%

Viene effettuata una formazione specifica per l'emergenza intraospedaliera (es. corsi METal)?

SI NO

Quale percentuale del personale dei reparti ha una formazione specifica?

< 25% /  25-50% /  <50%-75% /  >75%

I carrelli di emergenza, omogenei e con check list, sono disponibili in tutte le aree sanitarie?

SI NO

I defibrillatori semiautomatici esterni sono disponibili in oltre il 50% delle aree sanitarie?

SI NO