



OBSERVATIONAL STUDY

Triage Nurses, Triage Priority Codes, and Emergency Departments: What Do Physicians and Nurses Outside the Emergency Department Know? A Survey in an Italian Local Health Authority

Mariachiara Messina¹, Caterina Ferri², Lucia Gotri^{2,3}, Pasquale Di Fronzo^{2,3}

¹ Casa Residenza Al Parco, Coopselios, Monticelli Terme, Italy

² Fidenza Hospital, AUSL Parma, Fidenza, Italy

³ Bachelor School of Nursing, Department of Medicine and Surgery, University of Parma, Parma, Italy

Findings:

The study showed that physicians and nurses working outside Emergency Departments had a good understanding of the core principles of triage, particularly regarding the nurse's role, priority code assignment, and professional responsibility. However, uncertainties emerged about the updated colour-coded system, advanced triage nursing competencies, and the application of specific clinical protocols. Participants' strong interest in dedicated educational programs highlights the need for continuing education to standardize knowledge and promote more consistent implementation of current triage guidelines.

ABSTRACT

BACKGROUND: Triage is the first step in patient assessment within the Emergency Department and requires advanced nursing competencies. Although the five-level triage system has been widely implemented, evidence regarding triage knowledge among healthcare professionals working outside Emergency Departments remains limited.

OBJECTIVE: To assess knowledge of the triage system, priority codes, and triage nurses' competencies among physicians and nurses working outside Emergency Departments in an Italian Local Health Authority.

METHODS: A monocentric cross-sectional observational study was conducted using an anonymous ad hoc electronic questionnaire, previously pilot-tested, administered to physicians and nurses not affiliated with Emergency Departments. Data were analysed using descriptive statistics.

RESULTS: Of the 234 professionals invited, 118 completed the survey (response rate: 50.4%). Participants demonstrated good knowledge of the fundamental principles of triage, the triage nurse's role in assigning priority codes, and the associated professional responsibilities. However, uncertainty remained regarding newly introduced priority codes, advanced triage nursing competencies, and the application of specific clinical protocols. Overall, 75.4% of respondents expressed interest in receiving additional triage training.

CONCLUSIONS: Healthcare professionals working outside Emergency Departments showed an overall satisfactory understanding of the triage system, although important knowledge gaps remain regarding advanced competencies and organisational aspects. Continuing education initiatives may promote more consistent application of triage principles and contribute to improving the quality and safety of emergency care.

KEYWORDS: Nursing Triage, Emergency Department, Triage Nurse, Nursing Education, Priority Codes





STUDIO OSSERVAZIONALE

Infermiere di triage, codici colore e pronto soccorso. Cosa conoscono medici e infermieri non afferenti al dipartimento di emergenza-urgenza? Un'indagine in un'azienda sanitaria emiliana.

Mariachiara Messina¹, Caterina Ferri², Lucia Gotri^{2,3}, Pasquale Di Fronzo^{2,3}¹ Casa Residenza Al Parco, Coopselios, Monticelli Terme, Italia² Ospedale di Fidenza, AUSL Parma, Fidenza, Italia³ Corso di Laurea in Infermieristica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma, Parma, Italia

Riscontri:

Lo studio ha evidenziato una buona conoscenza dei principi fondamentali del triage tra medici e infermieri non afferenti ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, in particolare riguardo al ruolo dell'infermiere, all'attribuzione dei codici di priorità e alla responsabilità professionale. Sono emerse tuttavia incertezze sui nuovi codici colore, su alcune competenze avanzate dell'infermiere di triage e sull'applicazione di specifici protocolli. L'elevato interesse dei partecipanti verso percorsi formativi dedicati conferma la necessità di iniziative di aggiornamento per uniformare le conoscenze e favorire un'applicazione più omogenea delle linee di indirizzo.

ABSTRACT

BACKGROUND: Il triage rappresenta il primo momento di valutazione del paziente in Pronto Soccorso e richiede competenze specifiche dell'infermiere. Sebbene il sistema a cinque codici sia ormai consolidato, sono limitate le evidenze sul livello di conoscenza del triage tra i professionisti sanitari che operano al di fuori dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza.

OBIETTIVO: Valutare il livello di conoscenza del sistema di triage, dei codici di priorità e delle competenze dell'infermiere di triage tra medici e infermieri non afferenti ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza di un'Azienda Sanitaria dell'Emilia-Romagna.

METODI: Studio osservazionale, trasversale e monocentrico. È stato somministrato un questionario elettronico anonimo, sviluppato ad hoc e sottoposto a fase pilota, a medici e infermieri non operanti nei servizi di emergenza-urgenza. I dati sono stati analizzati mediante statistica descrittiva.

RISULTATI: Dei 234 professionisti invitati, 118 hanno completato il questionario (response rate: 50,4%). È emersa una buona conoscenza dei principi fondamentali del triage, del ruolo dell'infermiere nell'assegnazione del codice di priorità e della responsabilità professionale correlata. Permangono tuttavia incertezze riguardo ai nuovi codici di priorità, ad alcune competenze avanzate dell'infermiere di triage e all'applicazione di specifici protocolli. Il 75,4% dei partecipanti ha espresso interesse verso ulteriori attività formative.

CONCLUSIONI: I professionisti sanitari hanno dimostrato una conoscenza complessivamente soddisfacente del sistema di triage, pur evidenziando alcune lacune su aspetti organizzativi e competenze avanzate. Programmi di formazione continua potrebbero favorire una maggiore uniformità applicativa e migliorare qualità e sicurezza dell'assistenza.

KEYWORDS: Triage Infermieristico, Pronto Soccorso, Infermiere Di Triage, Formazione Infermieristica, Codici Di Priorità

Corresponding author: Pasquale Di Fronzo:
pdifronzo@ausl.pr.it AUSL Parma – Ospedale di
Fidenza, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Corso
di Laurea in Infermieristica, Università di Parma Via
Don Enrico Tincati 5 43036, Fidenza (PR) ITALY



Milano University Press

159

Submission received: 02/11/2025
End of Peer Review process: 25/07/2026
Accepted: 26/07/2026



INTRODUZIONE

Il triage è il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento (1). Il sistema di triage è una componente di fondamentale importanza nella gestione dell'emergenza sanitaria, specialmente nei Dipartimenti di Emergenza – Urgenza (DEU). Il triage consente di valutare rapidamente la gravità delle condizioni dei pazienti assegnando loro un codice colore per stabilire la priorità di trattamento. Questa categorizzazione è importante poiché permette di ottimizzare l'uso delle risorse e ridurre i tempi di attesa per i pazienti in condizioni critiche.

Il triage è considerato il primo momento di accoglienza e di valutazione dei pazienti in base a dei criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Si basa principalmente sull'assegnazione di un codice colore (il rosso che rappresenta l'emergenza, l'arancione che rappresenta l'urgenza, l'azzurro che rappresenta l'urgenza differibile, il verde che rappresenta l'urgenza minore e il bianco che rappresenta la non urgenza), che stabilisce il livello di priorità dei pazienti che accedono al pronto soccorso considerando le loro condizioni cliniche, il rischio evolutivo e le risorse disponibili. Nel processo di triage l'infermiere svolge un ruolo cruciale essendo il primo professionista che entra in contatto con il paziente. È infatti l'infermiere che assegna il codice di priorità. Questo ruolo richiede una competenza professionale elevata e supportata da una formazione specifica e continua. L'infermiere che si occupa di triage gode di un'autonomia professionale che gli conferisce al contempo un'elevata responsabilità dal momento che anche il minimo errore nell'assegnazione del codice colore può

compromettere gravemente l'esito clinico del paziente (2). Nonostante all'interno dei DEU l'importanza del triage venga supportata da aggiornamenti periodici e formazione continua, la sua conoscenza non dovrebbe essere limitata ai soli professionisti che lavorano nei contesti di emergenza – urgenza poiché tutti i cittadini dovrebbero conoscere la codifica dei codici per capire anche i tempi di attesa e i gradi di gravità.

Questo studio si pone come obiettivo quello di indagare il livello di conoscenza del sistema di triage, dei codici colore e i processi lavorativi all'interno del Pronto Soccorso (PS) da parte di medici e infermieri che lavorano all'interno di un'Azienda Sanitaria dell'Emilia-Romagna e che non afferiscono al Dipartimento di Emergenza-Urgenza tramite un questionario creato ad hoc. Nonostante siano presenti diversi studi che indagano il livello di conoscenza del triage all'interno dei Dipartimenti di Emergenza – Urgenza, pochi autori si concentrano sul personale che opera al di fuori di questo contesto.

IL TRIAGE: DEFINIZIONE E OBIETTIVI

Come specificato dall'Atto Intesa Stato Regioni, G.U. n. 114 del 17 Maggio 1996 il triage è: il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento” (1).

La priorità di accesso viene stabilita da un infermiere formato nel pronto soccorso di tutta Italia. Le modalità di Triage e la continuità del servizio, sono stabilite da linee di indirizzo nazionali, in base al numero di accessi e agli afflussi di pazienti in pronto soccorso, che stabiliscono il





numero degli infermieri di triage e con quali modalità strutturarli nel corso della giornata. Ad ogni modo, come indicato dalle linee di indirizzo nazionali emanate dal Ministero della Salute sul triage intraospedaliero: “La funzione di triage deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore (3).

In Pronto Soccorso il triage, oltre a definire il grado di priorità di accesso al trattamento, rappresenta l’inizio del processo di cura, garantendo un’assistenza che sia il più adeguata possibile alla necessità dei pazienti.

Il codice di priorità assegnato può essere modificato in seguito alla rivalutazione del paziente, che deve essere eseguita per individuare prontamente eventuali evoluzioni dello stato di salute (4).

La formazione la responsabilità dell’infermiere di triage

Secondo quanto affermato dal DPR 27/3/1992 *Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza*, il triage è: “funzione svolta da personale infermieristico adeguatamente formato”(5). Le linee guida sul triage del 2001 (G.U. 285, 7/12/2001) ne specificano gli ambiti di formazione: “insegnamento di base rispetto alle funzioni di triage, corsi di psicologia comportamentale, di organizzazione del lavoro e di conoscenza di tecniche relazionali”. Per quanto concerne le responsabilità dell’infermiere di triage, la Raccomandazione n.15, Febbraio 2013, del Ministero della Salute, definisce come evento sentinella la morte o grave danno per errata attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto Soccorso: “Una formazione adeguata e continua riduce

sensibilmente i rischi di una errata attribuzione del codice di priorità, aumenta i livelli di appropriatezza dell’intervento, nonché la qualità e la sicurezza della prestazione erogata. La formazione, sia di tipo clinico che relazionale e sulla metodologia del triage e l’addestramento continuo del personale addetto al triage, pertanto, deve rappresentare un impegno primario e costante delle Aziende sanitarie” (6).

Una svolta importante in ambito di responsabilità professionale è avvenuta nel 2017 con l’introduzione della legge 8 marzo 2017, n. 24 (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie), comunemente conosciuta come “legge Gelli-Bianco”. Tale legge ha apportato dei cambiamenti che includono la creazione di un sistema di linee guida pubbliche a cui tutti i professionisti sanitari devono fare riferimento ed esonera parzialmente il personale sanitario dalla responsabilità penale nel cui in cui quest’ultimo abbia agito nel rispetto di tali linee guida (7).

MATERIALI E METODI

Progettazione e impostazione dello studio

Lo studio è osservazionale, trasversale, monocentrico e adotta un approccio quantitativo mediante la somministrazione di un questionario elettronico anonimo. Tale strumento è stato inoltrato al Dirigente delle Professioni Sanitarie ed al Dirigente Medico di Direzione Medica Presidio Ospedaliero Aziendale del presidio in cui si è svolto lo studio, per ottenerne l’autorizzazione alla somministrazione.





Popolazione dello studio

Partecipanti: infermieri e medici senza distinzione di sesso che lavorano all'interno di un'Azienda Sanitaria Emiliana, non afferenti all'Emergenza - Urgenza.

Criteri di inclusione: infermieri e medici di un'Azienda Sanitaria Emiliana che non lavorano nei Dipartimenti di Emergenza – Urgenza.

Criteri di esclusione: personale compreso nel campione pilota dello studio.

Fase Pilota

Prima della somministrazione è stata inoltre condotta una fase pilota, coinvolgendo coordinatori infermieristici, Responsabili di Area Dipartimentale (RAD) e direttori di Unità Operativa, al fine di valutarne chiarezza, comprensibilità e fattibilità. I partecipanti hanno confermato la chiarezza degli item e l'adeguatezza dei tempi di compilazione; soltanto due hanno suggerito modifiche alla formulazione di due risposte, al fine di migliorarne la chiarezza e ridurre possibili ambiguità interpretative. Sulla base dei feedback raccolti, il questionario è stato revisionato nelle parti indicate e successivamente trasmesso ai coordinatori infermieristici e ai direttori di Unità Operativa, con richiesta di inoltro, tramite e-mail aziendale, ai 234 infermieri e medici afferenti alle rispettive Unità Operative di un'Azienda sanitaria pubblica dell'Emilia-Romagna.

Strumento

Per valutare la conoscenza di infermieri e medici sul tema proposto è stato creato e somministrato un questionario realizzato ad Hoc, sottoposto in un primo momento ad un

campione pilota e successivamente alla popolazione finale.

Il questionario era composto da tre parti:

- Una sezione introduttiva contenente una spiegazione dettagliata del contesto e degli obiettivi dello studio;
- Il consenso informato (tramite domanda sulla piattaforma online);
- 25 domande a risposta multipla riguardanti il triage ed i codici colore.

L'anonimato è stato preservato astenendosi dal richiedere informazioni e dati sensibili garantendo così la privacy dei partecipanti. L'accesso al questionario era subordinato all'espressione del consenso informato elettronico; in caso di mancato consenso, il partecipante veniva automaticamente reindirizzato a una pagina di ringraziamento senza poter accedere alla compilazione del questionario. Il questionario non è stato sottoposto a validazione statistica. Il questionario è stato quindi inviato ai coordinatori e ai direttori di unità operativa per la diffusione finale a medici e infermieri.

Considerazioni etiche

Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici della Dichiarazione di Helsinki e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 - GDPR). Prima dell'avvio della ricerca sono state ottenute le autorizzazioni della Direzione Sanitaria e della Direzione delle Professioni Sanitarie dell'Azienda USL di riferimento per la sua somministrazione al personale. La partecipazione allo studio è stata volontaria e subordinata all'acquisizione del consenso informato elettronico; il mancato consenso comportava l'interruzione





automatica della compilazione. Il questionario è stato somministrato in forma anonima e non sono stati raccolti dati personali idonei a identificare i partecipanti. In considerazione della natura osservazionale dello studio, della raccolta anonima dei dati e dell'assenza di interventi sui partecipanti, non è stata richiesta l'approvazione del Comitato Etico, in conformità alla normativa vigente.

Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati mediante statistica descrittiva, riportando frequenze assolute e percentuali per le variabili categoriali.

Le tempistiche dello studio sono state descritte attraverso un diagramma di GANTT (Figura 1).

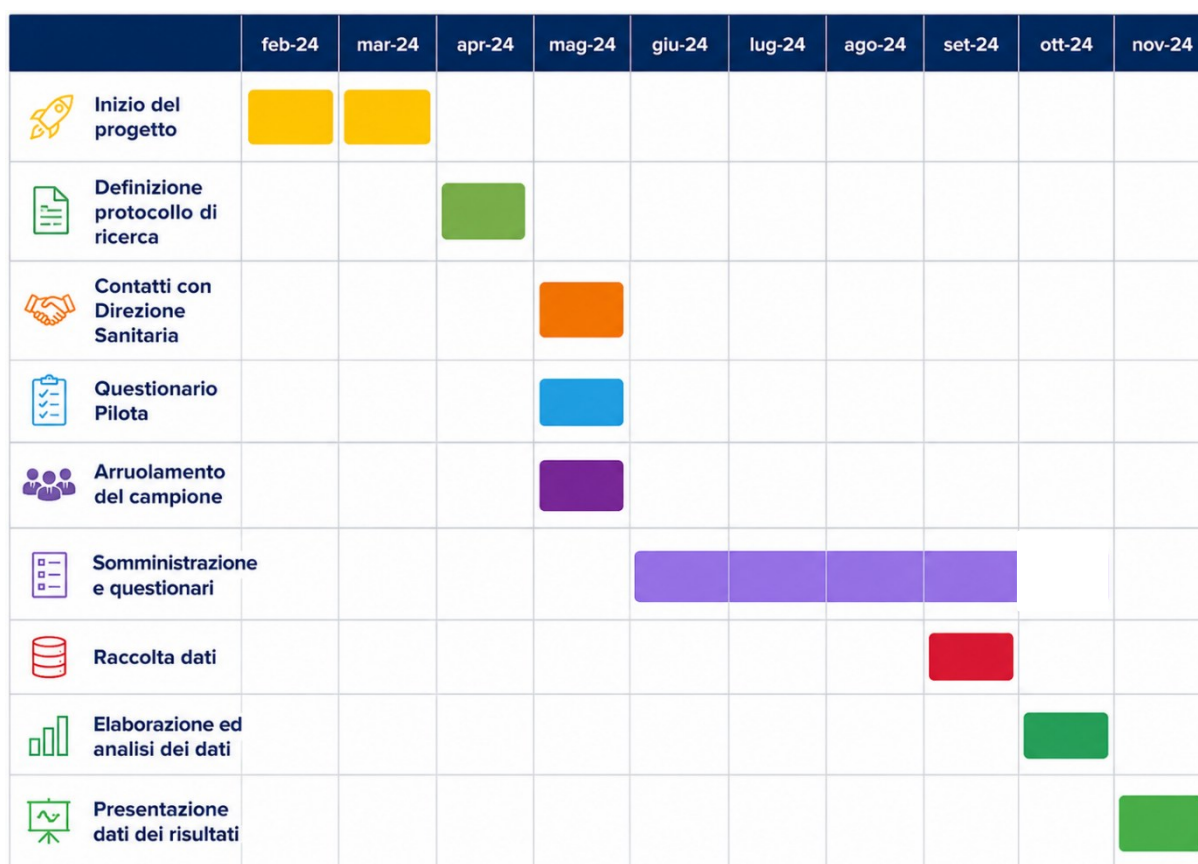


Figura 1. Diagramma di GANTT

RISULTATI

Il questionario è stato inoltrato a 234 professionisti ed ha ottenuto 133 risposte. Di queste, 118 sono state ritenute idonee per l'analisi (tasso di risposta: 50,4%). I 15 questionari ritenuti non idonei sono stati esclusi dall'analisi poiché incompleti. Le caratteristiche del campione sono riportate in Tabella 1.



*Tabella 1. Sintesi dei dati sociodemografici dei partecipanti*

DOMANDA	RISPOSTE	(n; %)
Professione del partecipante	Medico	(35; 29,7%)
	Infermiere	(83; 70,3%)
Livello di istruzione più alto raggiunto	Diploma di infermiere professionale	(12; 10,2%)
	Laurea triennale o di 1° livello	(45; 38,1%)
	Laurea magistrale o di 2° livello	(6; 5,2%)
	Scuola di specializzazione	(25; 21,2%)
	Master di 1° livello	(22; 18,6%)
	Dottorato di ricerca	(2; 1,7%)
	Master di 2° livello	(6; 5,1%)
U.O./Servizio di appartenenza	Nucleo cure primarie	(20; 16,9%)
	Medicina interna	(17; 14,6%)
	Cardiologia/UTIC	(17; 14,6%)
	Rianimazione	(13; 11,0%)
	Chirurgia Generale	(11; 9,3%)
	Comparto Operatorio	(6; 5,1%)
	Urologia	(5; 4,2%)
	Ortopedia	(5; 4,2%)
	Endoscopia Digestiva	(4; 3,4%)
	Pediatria/Nido	(3; 2,5%)
	Hospice/Cure palliative	(3; 2,5%)
	Ambulatori specialistici	(3; 2,5%)
	Radiodiagnostica	(2; 1,7%)
	Ginecologia/Ostetricia	(2; 1,7%)
	Neurologia	(7; 5,9%)

In tabella 2 sono state riportate le risposte alle domande del questionario ritenute maggiormente rilevanti ai fini dell'interpretazione dei risultati.

Tabella 2. Risultati del questionario (estratto)

DOMANDA	RISPOSTA	%
Da chi è stabilito il codice colore in triage?	Infermiere	90,7
	Entrambi	8,5
	Medico	0,8
Quanti sono i codici colore in	5	70,3





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



triage?	4	13,6
	6	11,0
	3	5,1
Quali sono i codici colore in uso nell'Ospedale xxx-xxx?*	Rosso	100,0
	Bianco	95,8
	Verde	94,9
	Azzurro	71,2
	Giallo	59,3
	Arancione	57,6
	Blu	5,6
	Rosa	3,4
	Nero	2,5
L'infermiere di triage può declassare il codice colore?	Sì	49,2
	No	34,8
	Non lo so	16,1
L'infermiere deve consultare il medico per aumentare il codice?	No	83,1
	Sì	16,9
Può assegnare un codice rosso con il solo colpo d'occhio?	Sì	74,6
	No	25,4
L'infermiere di triage ha un diverso inquadramento professionale?	No	64,4
	Sì	35,6
Quando può svolgere attività di triage?	Dopo esperienza e corso specifico	88,1
	Su indicazione del coordinatore	9,3
	Quando si sente pronto	1,7
	Nei primi mesi post-assunzione	0,8
Può somministrare analgesici oltre al paracetamolo?	Sì, se previsto da protocollo	40,7
	Sì, ma dopo telefonata al medico	30,5
	No, mai	24,6
	No, anche con protocollo	4,2

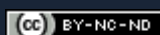
Corresponding author: Pasquale Di Fronzo:
 pdifronzo@ausl.pr.it AUSL Parma – Ospedale di
 Fidenza, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Corso
 di Laurea in Infermieristica, Università di Parma Via
 Don Enrico Tincati 5 43036, Fidenza (PR) ITALY



Milano University Press

165

Submission received: 02/11/2025
 End of Peer Review process: 25/07/2026
 Accepted: 26/07/2026





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



	Sì	52,5
Può effettuare un prelievo arterioso?	Solo su indicazione medica	33,1
	No	14,4
Può essere condannato per errata attribuzione del codice?	Sì	94,9
	No	5,1
Il paziente trasportato in ambulanza ha accesso prioritario?	No	75,4
	Sì	24,6
Il paziente inviato dalla guardia medica ha accesso prioritario?	No	83,1
	Sì	16,9
	Dolore toracico	100,0
	Trauma arto inferiore con accorciamento	57,6
	Dolore al fianco con febbre	50,8
In quali percorsi il triage è determinante?*	Dispnea soggettiva	33,9
	Tosse nel bambino con dispnea	12,7
	Reazione cutanea >24 ore	10,2
	Trauma singolo distretto ossa brevi	5,1
	Lettura ECG	94,9
	Interpretazione EGA	77,1
Quali competenze sono necessarie per la valutazione globale?	Interpretazione curve ventilatorie	28,8
	Ecografo globo vescicale	26,3
	Gestione accessi venosi centrali	14,4
	Ecografo per liquido libero addominale	11,0
Sarebbe interessato a un corso sul triage?	Sì	75,4
	No	24,6
È in possesso di un Master in area critica/emergenza-urgenza?	Sì	6,0
	No	94,0

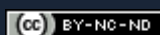
Corresponding author: Pasquale Di Fronzo:
 pdifronzo@ausl.pr.it AUSL Parma – Ospedale di
 Fidenza, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Corso
 di Laurea in Infermieristica, Università di Parma Via
 Don Enrico Tincati 5 43036, Fidenza (PR) ITALY



Milano University Press

166

Submission received: 02/11/2025
 End of Peer Review process: 25/07/2026
 Accepted: 26/07/2026





Il questionario somministrato ha permesso di raccogliere dei dati importanti su vari aspetti legati alla conoscenza del triage da parte dei partecipanti, la maggior parte dei quali erano infermieri. Uno degli aspetti del triage, indagato all'interno del questionario, riguarda l'attribuzione del codice colore; la maggior parte dei partecipanti ha riconosciuto che è l'infermiere a decidere il codice da assegnare, evidenziando una consapevolezza diffusa sul ruolo infermieristico in questo contesto. Per quanto riguarda la conoscenza dei codici colore, il 70,3% dei partecipanti ha identificato correttamente l'esistenza di cinque codici di priorità, in accordo con le *Linee di indirizzo per il triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna* (2). La conoscenza dei codici previsti presso l'ospedale oggetto dello studio è risultata elevata per il codice rosso, identificato dal 100% dei partecipanti. I codici introdotti dalle più recenti linee di indirizzo regionali sono risultati meno conosciuti: il 71,2% dei partecipanti ha identificato correttamente il codice azzurro e il 57,6% il codice arancione, mentre il 59,3% ha indicato il codice giallo, non più previsto dalla classificazione vigente. Per quanto riguarda l'aumento del codice colore, l'83,1% dei partecipanti ha risposto correttamente che l'infermiere può procedere senza consultare preventivamente il medico. Per quanto riguarda l'assegnazione del codice colore sulla base del colpo d'occhio, il 74,6% dei partecipanti ha risposto correttamente che l'infermiere può attribuire un codice rosso in presenza di evidenti segni di sofferenza o instabilità clinica, anche in assenza di una preventiva intervista al paziente, in conformità a quanto previsto dalle raccomandazioni della Società Scientifica Gruppo Formazione Triage (GFT)(4). Per quanto riguarda la responsabilità giuridica correlata all'errata attribuzione del codice colore, il 94,9% dei partecipanti ha risposto correttamente che l'infermiere può essere ritenuto

responsabile in caso di errori gravi. Relativamente al riconoscimento di un'indennità aggiuntiva per l'attività di triage, meno della metà dei partecipanti ha dichiarato di non conoscerne l'eventuale previsione. Alla domanda relativa alla somministrazione di farmaci diversi dal paracetamolo, il 40,7% dei partecipanti ha risposto correttamente che l'infermiere può procedere esclusivamente in presenza di uno specifico protocollo aziendale. Per quanto riguarda il prelievo arterioso, il 52,5% dei partecipanti ha indicato correttamente che l'infermiere può eseguirlo in autonomia, mentre il 33,1% ritiene che sia necessario il preventivo coinvolgimento del medico. Per quanto riguarda la modalità di accesso al Pronto Soccorso, il 75,4% dei partecipanti ha risposto correttamente che il trasporto in ambulanza non comporta automaticamente una priorità di accesso, mentre l'83,1% ha indicato correttamente che l'invio da parte della guardia medica non determina di per sé un codice di priorità. Relativamente alle competenze necessarie per la valutazione globale del paziente in triage, la maggior parte dei partecipanti ha identificato correttamente la lettura dell'ECG di base (94,9%) e l'interpretazione dell'emogasanalisi arteriosa (77,1%), mentre competenze quali l'utilizzo dell'ecografo per la valutazione del globo vescicale (26,3%) e del liquido libero addominale (11,0%) sono state indicate con minore frequenza. Infine, il 75,4% dei partecipanti ha dichiarato interesse a partecipare a un corso di formazione sul triage.

DISCUSSIONI:

Questo studio trasversale ha valutato le conoscenze dei professionisti sanitari medici e infermieri rispetto ai principi che regolano l'applicazione dei codici in triage. Mentre precedenti studi hanno dimostrato che il modello di triage a cinque codici consente una





classificazione della priorità più accurata rispetto al precedente sistema a quattro codici, con un miglioramento nella corretta identificazione della gravità dei pazienti, i risultati del presente lavoro suggeriscono che persistono aree di incertezza nella conoscenza degli aspetti normativi, organizzativi e delle competenze professionali associate al nuovo modello di triage.

Nel complesso, la maggior parte dei partecipanti ha dimostrato una buona conoscenza dei principi fondamentali del triage, quali il numero dei codici di priorità, l'assegnazione del codice sulla base della valutazione clinica e non della modalità di accesso al Pronto Soccorso e le responsabilità professionali correlate all'attività di triage (9,10). Tali risultati suggeriscono un livello di preparazione complessivamente soddisfacente, verosimilmente correlato alla progressiva diffusione delle più recenti linee di indirizzo regionali e nazionali.

Non mancano tuttavia aree di perfettibilità: la conoscenza dei nuovi codici introdotti dalle più recenti linee di indirizzo non è risultata uniforme e così come non sembrano univocamente chiare le competenze avanzate dell'infermiere di triage (ad esempio, rispetto l'ecografia infermieristica, l'autonomia nella gestione di specifici protocolli terapeutici e alcuni aspetti organizzativi del percorso assistenziale) (11). L'implementazione di nuovi modelli organizzativi non dovrebbe, pertanto, prescindere da un adeguato percorso di formazione continua e aggiornamento professionale.

In questo senso, appare significativo che nello studio di Alboreo et al. (12), l'introduzione del sistema di triage a cinque codici sia stata preceduta da uno specifico

programma formativo rivolto a tutti gli infermieri di triage coinvolti. Sebbene il loro studio fosse finalizzato a valutare l'efficacia del nuovo sistema di classificazione e non il livello di conoscenza degli operatori, i risultati del presente lavoro sembrano confermare come la formazione rappresenti un elemento imprescindibile per garantire un'applicazione appropriata e omogenea del modello di triage.

Un ulteriore elemento di interesse è rappresentato dall'elevata disponibilità dei partecipanti a prendere parte a percorsi formativi dedicati. Tale dato suggerisce una diffusa consapevolezza della necessità di aggiornare continuamente le proprie competenze in un ambito caratterizzato da frequenti revisioni normative, evoluzione delle competenze professionali e crescente complessità assistenziale.

Nel complesso, i risultati evidenziano come l'efficacia del sistema di triage non dipenda esclusivamente dalla struttura della classificazione adottata, ma anche dal livello di conoscenza e dalla preparazione dei professionisti chiamati ad applicarla nella pratica clinica. Investire nella formazione continua e nella diffusione delle competenze avanzate dell'infermiere di triage potrebbe pertanto favorire una maggiore uniformità nell'applicazione delle linee di indirizzo e contribuire al miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza erogata nei Pronto Soccorso.

LIMITI

Nonostante non sia stata svolta un'analisi inferenziale, questo studio presenta alcuni limiti che devono essere





considerati nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, il disegno monocentrico e il numero relativamente contenuto di partecipanti limitano la rappresentatività del campione e, di conseguenza, la generalizzabilità dei risultati ad altri contesti assistenziali. Inoltre, il questionario è stato sottoposto esclusivamente a una fase pilota finalizzata a valutarne chiarezza, comprensibilità e fattibilità, senza essere oggetto di una formale validazione psicometrica; pertanto, le proprietà di affidabilità e validità dello strumento non sono state valutate.

Un ulteriore limite è rappresentato da un possibile bias di selezione, relativo alla partecipazione volontaria allo studio (è possibile che abbiano aderito i professionisti maggiormente interessati alla tematica del triage) con una potenziale sovrastima del livello di conoscenza osservato.

Infine, alcuni quesiti facevano riferimento a procedure e protocolli aziendali specifici. Sebbene tali conoscenze siano rilevanti nella pratica clinica del contesto oggetto di studio, questo aspetto limita l'applicabilità dei risultati ad altre realtà organizzative caratterizzate da differenti protocolli locali.

CONCLUSIONI

Il presente studio ha indagato il livello di conoscenza sul sistema di triage e sui codici colore, di Medici e Infermieri appartenenti ad un'Azienda Sanitaria dell'Emilia-Romagna che non afferiscono al Dipartimento di Emergenza – Urgenza (DEU). I risultati del questionario hanno evidenziato come il campione abbia risposto correttamente agli item che riguardavano le responsabilità e le procedure relative al triage. Al contempo però

emergerono alcune aree di incertezza, soprattutto in relazione alle competenze specifiche dell'infermiere e alle differenze tra i vari contesti di emergenza. L'analisi ha messo in evidenza che molti dei partecipanti hanno dimostrato incertezza su alcuni aspetti fondamentali del triage, come ad esempio il ruolo dell'infermiere di triage nella modifica del codice colore e la gestione delle priorità tra i pazienti che accedono al pronto soccorso tramite i mezzi di soccorso, in quanto è consuetudinaria l'idea, anche nella popolazione, della priorità alla visita se si giunge con ambulanza. La responsabilità professionale per errata attribuzione del codice è stata ampiamente riconosciuta. I dati raccolti mettono infatti in evidenza la necessità di approfondire alcuni aspetti fondamentali sul triage. La maggior parte dei partecipanti ha recepito l'aggiornamento dei codici colori, lasciando solo pochissimi casi che hanno riconosciuto e altri codici che non sono in uso, mentre molti partecipanti hanno affermato che esista ancora il codice giallo. La proposta di corsi brevi sul triage potrebbe infatti contribuire ad uniformare le conoscenze.

BIBLIOGRAFIA

1. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Gazz Uff Repubbl Ital. 1996 May 17;(114).
2. Regione Emilia-Romagna. *Linee di indirizzo regionali per il triage in Pronto Soccorso*. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2021.





3. Ministero della Salute. *Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero*. Roma: Ministero della Salute; 2019.
4. Gruppo Formazione Triage. *Triage infermieristico*. 4th ed. Milano: McGraw-Hill Education; 2019.
5. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. Gazz Uff Repubbl Ital. 1992 Mar 31;(76).
6. Ministero della Salute. *Raccomandazione n. 15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso*. Roma: Ministero della Salute; 2013.
7. Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Gazz Uff Repubbl Ital. 2017 Mar 17;(64).
8. Consiglio Superiore di Sanità. Parere della Sezione II, Sessione XLV, seduta del 23 giugno 2005, sull'effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere. Roma: Ministero della Salute; 2005.
9. Proctor A, Baxter H, Booker MJ. What factors are associated with ambulance use for non-emergency problems in children? A systematic mapping review and qualitative synthesis. BMJ Open. 2021;11(9):e049443. doi:10.1136/bmjopen-2021-049443.
10. Piras I, Sanna F, Garau M, Sole G, Piras G, D'Aloja E, et al. Ambulance use appropriateness: emergency medical service technicians' and triage nurses' assessments and patients' perceptions. Nurs Rep. 2025;15(5):165. doi:10.3390/nursrep15050165.
11. Galon EC, Ribeiro DFS, Terassi M. The usability of bedside ultrasound in nursing practice for critically ill patients. Rev Bras Enferm. 2025;78(2):e20240296. doi:10.1590/0034-7167-2024-0296.
12. Alboreo C, Carneade R, Della Monica A, Bolgeo T, Carpentiere A, Di Nardo L. Il nuovo codice colore per la valutazione della priorità nel triage infermieristico: studio pilota. DN [Internet]. 30 gennaio 2023 [citato 26 luglio 2026];2(1):63-70. Disponibile su: <https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing/article/view/19427>

