

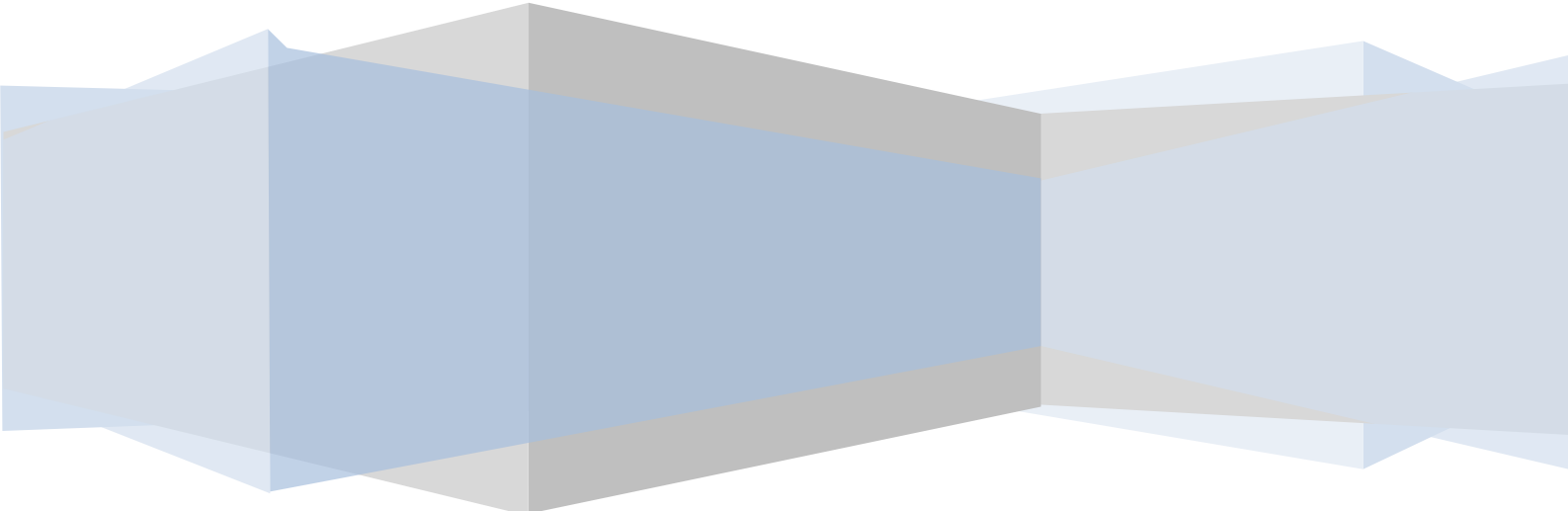
LINEE D' INDIRIZZO PER L' ATTIVITÀ

DI TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO

Proposta del Coordinamento Nazionale

Triage di Pronto Soccorso

Luglio 2012



1.Introduzione	2
2.Aspetti generali.....	3
3.Obiettivi	3
4.Modello di riferimento	4
5.Organizzazione dei flussi di trattamento.....	5
6.Codici di priorità.....	5
7.Presa in carico e Rivalutazione.....	6
8. Documentazione in triage	7
9. Risorse	8
10. Formazione	9
11. Sistemi di verifica e qualità dell'attività di triage	10
.....Coordinamento Nazionale Triage	14

LINEE D'INDIRIZZO PER L'ATTIVITÀ DI TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO

1. Introduzione

Dal 2001 l'attenzione di popolazione, politici, amministratori e professionisti è stata spesso rivolta al sistema di emergenza ed anche al triage di PS. È indiscutibile che in questi anni il sistema d'emergenza sia cambiato e lo stia facendo anche adesso. In diverse regioni sono stati attivati progetti di miglioramento dell'attività di triage di pronto soccorso maturando esperienze di grande valore che evidenziano anche la vetustà delle dedicate linee guida della conferenza Stato Regioni sul tema.

Il lavoro di circa due anni di molti degli esperti del settore, delle società scientifiche di riferimento, delle Regioni dove si è costituita una rete ad hoc, è oggi proposto con questo documento affinché il percorso di aggiornamento delle linee guida sul triage abbia l'impulso decisivo. Raggiunto questo obiettivo sarà, opportuno, elaborare e sviluppare percorsi di integrazione tra Pronto Soccorso e Sistema 118 che trovano nell'interfaccia tra il triage extra e quello intraospedaliero uno degli elementi di maggior garanzia di continuità del percorso del paziente, che non va però confuso con continuità/congruenza dei, necessariamente, diversi sistemi di codifica.

La finalità del presente documento è quella di dare nuove indicazioni per realizzare al meglio quanto contenuto nelle disposizioni di legge, in letteratura e soprattutto fornire risposte efficaci ed efficienti alle necessità di coloro che tutti i giorni si trovano a svolgere l'importante funzione di triage o, più ancora, ne devono usufruire in qualità di assistiti.

2. Aspetti generali

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento. Generalmente la funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d'interventi da erogare in emergenza e urgenza.

La funzione di Triage deve essere attiva presso tutte le strutture di PS che ne garantiscono lo svolgimento continuativo nelle 24 ore.

Ogni PS deve sviluppare uno specifico progetto per ottimizzare l'attività di Triage garantendo il rispetto dei criteri nazionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale. A tal fine è necessaria l'attivazione di gruppi multiprofessionali, (medici ed infermieri esperti) che collaborano con i responsabili medici ed infermieristici del servizio nel verificare il proprio sistema di Triage, elaborare ed implementare strategie di miglioramento.

3. Obiettivi

Gli obiettivi fondamentali del Triage in PS sono:

- a. Identificare rapidamente le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento.
- b. Attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di visita che regoli l'accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo.
- c. Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita all'interno del PS anche attraverso l'attivazione e l'inserimento del paziente nel percorso di valutazione e trattamento.
- d. Sorvegliare le persone in attesa e rivalutane periodicamente le condizioni.
- e. Garantire l'adeguata e costante presa in carico delle persone in attesa e degli accompagnatori, fornendo, in collaborazione con il team di cura, assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili così da ridurre anche il loro stato d'ansia.

4. Modello di riferimento

I sistemi di Triage implementati nelle realtà italiane si devono ispirare e/o adeguare al modello del “Triage Globale” fondato su un approccio olistico alla persona ed ai suoi familiari, che realizza la valutazione infermieristica in base alla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, alla considerazione di elementi situazionali significativi e all’effettiva disponibilità di risorse della struttura.

Presupposti fondamentali di questo modello di Triage sono:

- a. Realizzare l’effettiva presa in carico della persona dal momento in cui essa si rivolge alla struttura;
- b. Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere adeguatamente formato;
- c. Garantire l’assegnazione del codice di priorità di visita attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell’assistito; delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- d. Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l’approccio globale alla persona ed ai suoi problemi di salute;
- e. Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di visita;
- f. Controllare e regolamentare tutti gli accessi al PS;
- g. Disporre di un sistema documentale adeguato;
- h. Gestire la lista di attesa secondo criteri che, a parità di codice, tengano conto di fattori situazionali, organizzativi o di particolare fragilità, disabilità dell’assistito, considerando solo in ultima analisi quello temporale;
- i. Gestire l’attesa dei pazienti e gli accompagnatori in collaborazione con gli altri operatori del PS.

Il processo di Triage, metodologicamente, si deve articolare in quattro fasi:

1. Valutazione sulla porta: consiste in una rapida osservazione dell’aspetto generale della persona con l’obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
2. Raccolta dati: si compone della valutazione soggettiva, effettuata essenzialmente attraverso l’intervista (anamnesi mirata e valutazione sintomi), e della valutazione oggettiva, la quale consiste nella rilevazione dei segni e nell’analisi della documentazione clinica ove disponibile.

3. Decisione di Triage: si concretizza con l'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione di percorsi diagnostico terapeutici.
4. Rivalutazione: è necessaria per cogliere tempestivamente eventuali evoluzioni delle condizioni degli utenti in attesa. Può confermare o variare il codice di priorità assegnato.

5. Organizzazione dei flussi di trattamento

In questi anni è maturata la consapevolezza che occorra promuovere un nuovo modo di fare assistenza sanitaria basato sui livelli di intensità di cure con l'integrazione dei professionisti appartenenti anche ad unità operative diverse o a diversi livelli gestionali, attraverso l'elaborazione ed attuazione di percorsi clinico-assistenziali.

L'assistenza in ambito ospedaliero si realizza per lo più mediante processi di cura dinamici. I bisogni del paziente devono essere messi in relazione alle risorse disponibili, ivi compreso il fattore tempo, alla garanzia di sicurezza ed alla sostenibilità, affinché ogni bisogno riceva la risposta più appropriata, senza inutili sprechi, perdite di prezioso tempo e sovrapposizioni. L'obiettivo è efficacia con efficienza.

Nelle strutture di PS, deputate all'indirizzamento verso tutti i livelli di intensità di cura, in coerenza con gli obiettivi dello stesso e con quelli dell'organizzazione ospedaliera, si raccomanda di attivare tre flussi ad alta, media e bassa intensità assistenziale.

Al termine della valutazione l'infermiere, assegnato il codice di Triage, attiva il percorso più appropriato tra quelli previsti dall'organizzazione, riducendo così l'intervallo diagnostico/terapeutico, agevolando e velocizzando il trattamento.

L'attivazione dei flussi di trattamento richiede la redazione di appositi protocolli e la realizzazione delle attività formative utili alla loro implementazione.

6. Codici di priorità

Alla luce dell'esperienza maturata negli anni, nell'intento di uniformarsi alle principali evidenze scientifiche internazionali viene adottato un sistema di codifica a 5 livelli di priorità.

Codice	Denominazione	Definizione	Tempo massimo di attesa
1.	EMERGENZA	assenza o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato alle aree di trattamento
2.	URGENZA	Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	Attivazione del percorso assistenziale entro 15 min
3.	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	Attivazione del percorso assistenziale entro 60 min
4.	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici	Attivazione del percorso assistenziale entro 120 min
5.	NON URGENZA	problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Attivazione del percorso entro 240 min

7. Presa in carico e Rivalutazione

L'inizio del triage, ovvero la valutazione sulla porta, deve essere garantito entro 5 minuti a tutti coloro che accedono al PS.

Con l'attività di triage si configura la presa in carico del paziente. Nell'ambito di questa funzione, oltre alle azioni necessarie alla valutazione di triage stessa, devono essere effettuati i provvedimenti assistenziali utili a migliorare le condizioni psicofisiche degli assistiti durante l'attesa (adeguata sistemazione, attività di primo soccorso, gestione del dolore, counseling, informazione ...).

In sede di triage è possibile la definizione e l'attivazione di percorsi di cura predefiniti (percorsi brevi, percorsi a gestione infermieristica ...); inoltre durante l'attesa della visita medica possono essere svolte attività diagnostiche – assistenziali e trattamenti utili ad ottimizzare il percorso del paziente. Queste attività, anche se svolte in area di triage, costituiscono infatti uno dei modi possibili per attivare il percorso assistenziale, interrompono la durata dell'attesa, e devono essere regolate da specifici protocolli interni nonché registrate sulla documentazione di PS.

Le attività accessorie al triage (registrazione dei dati anagrafici, supporto logistico, assistenza di base) si svolgono sotto la responsabilità dell'infermiere il quale si può avvalere di personale amministrativo o di supporto per la loro esecuzione.

La Rivalutazione, quale fase del processo di triage, deve essere definita come attività professionale mirata a mantenere il controllo degli assistiti durante l'attesa. Il suo valore di tutela aumenta direttamente con l'aumento degli accessi e della complessità della casistica, è in queste occasioni che, pertanto, l'organizzazione deve prevedere sia svolta nel rispetto delle indicazioni contenute nel presente documento. L'infermiere di triage ha la responsabilità degli assistiti e della loro rivalutazione durante l'attesa pertanto gestisce le liste di accesso al trattamento. La rivalutazione si compone di rilievi soggettivi e/o oggettivi che, devono essere registrati ed ai quali si possono associare iniziative mirate a migliorare l'attesa ed il suo comfort non necessariamente assicurati dal professionista infermiere.

Codice	Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità e tempi e di rivalutazione
1.	EMERGENZA	Accesso immediato alle aree di trattamento	
2.	URGENZA	Attivazione del percorso assistenziale entro 15 min	Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3	URGENZA	Attivazione del percorso assistenziale entro 60 min	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione,
4.	DIFFERIBILE URGENZA	Attivazione del percorso assistenziale entro 120 min	a giudizio dell' inf. di triage, a richiesta del paziente
5.	MINORE NON URGENZA	Attivazione del percorso entro 240 min	o una volta trascorso il tempo di attesa max raccomandato

8. Documentazione in triage

8.1 Protocolli

Ogni PS deve disporre di protocolli di Triage, elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici ed infermieri esperti), approvati dal responsabile medico ed infermieristico del servizio ed adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte. Il sistema di protocolli deve essere articolato per sintomi principali e deve prevedere criteri di valutazione per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano in PS; è aggiornato alle migliori evidenze scientifiche del momento e si adatta alle specificità del contesto al quale si riferisce. Ogni struttura dovrà garantire una periodica revisione dei protocolli di Triage prevedendo intervalli temporali non superiori a tre anni. L'utilizzo di software per l'espletamento della funzione di Triage e la

registrazione dei dati in essa rilevati deve consentire il rispetto dei criteri contenuti nei protocolli e delle funzioni svolte dall'infermiere di Triage.

8.2 Scheda di Triage

La scheda di Triage è elemento imprescindibile del sistema di Triage. Deve documentare il processo decisionale che ha portato alla formulazione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati al Triage e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del PS. Realizzata su supporto informatico è parte integrante della documentazione clinica.

9. Risorse

In tutte le strutture deve essere garantita la disponibilità di risorse adeguate, umane, tecnologiche e materiali, per consentire la realizzazione di un sistema di Triage strutturato secondo le direttive contenute nel presente documento, e per il mantenimento di appropriati standard qualitativi.

In particolare in ogni PS deve essere presente un locale di Triage adibito a tale funzione, collocato in posizione attigua agli ingressi del PS e centrale rispetto alle sale visita, in grado di permettere l'espletamento della valutazione infermieristica nel rispetto della riservatezza del paziente.

I locali di attesa devono permettere una sorveglianza a vista di tutte le persone in attesa e possibilmente prevedere aree dedicate ai pazienti che necessitano di maggiore sorveglianza.

Il Triage in PS viene svolto da infermieri appartenenti all'organico del PS formati secondo gli standard nazionali ed in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni vigenti.

L'organico di PS deve prevedere un numero di infermieri adeguato per quantità e competenza per la realizzazione dell'attività di Triage secondo il modello ed i criteri sopra descritti. Oltre al personale infermieristico è necessario prevedere personale amministrativo e di supporto in base ai modelli organizzativi esistenti. Si raccomanda che la funzione di Triage sia svolta a rotazione da tutti gli infermieri del PS in possesso dei requisiti specifici.

Nei Pronto Soccorso con affluenza superiore a 25.000 accessi l'anno, il Triage deve essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva. Nelle strutture con meno di 25.000 accessi anno è possibile prevedere l'attribuzione della funzione di Triage ad un determinato infermiere, dedicato o meno, a condizione che sia garantita una

adeguata attività di rivalutazione oltre all'assicurazione del rispetto dei criteri previsti nel presente documento e nelle altre disposizioni di legge. Per le strutture con meno di 25.000 accessi l'anno nel calcolo della dotazione del personale infermieristico, occorre considerare anche l'attività di Triage da relazionarsi non solo al numero degli accessi ma anche alla loro complessità. Le strutture con accessi annui superiori a 25.000 devono garantire almeno un infermiere dedicato esclusivamente a tale funzione, con incremento delle risorse dedicate in proporzione al numero degli accessi, alla loro complessità, alle necessità di rivalutazione.

10. Formazione

La funzione di Triage infermieristico in PS richiede una formazione abilitante, alla quale si accede se in possesso dei seguenti requisiti:

- Titolo di studio ed abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico o Ostetrica
- Almeno sei mesi di esperienza lavorativa in Pronto Soccorso (una volta assolto il periodo di prova)

10.1 Formazione al Triage

La Formazione abilitante deve avvenire attraverso la partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto.

Corso Teorico di preparazione al Triage

** Metodologia didattica:*

Si sviluppa attraverso un corso modulare della durata minima di 16 ore d'aula realizzato con metodologie frontali ed interattive

** Ambiti formativi:*

Il corso deve prevedere attività formative che si sviluppano nei seguenti ambiti :

1. Acquisire una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato sulla semeiotica
2. Acquisire capacità relazionali atte alle gestione di situazioni critiche ed ansiogene considerando le dinamiche psicologiche che si sviluppano nel contesto Triage tra operatori, con l'utente e verso i famigliari e/o accompagnatori;
3. Approfondire gli aspetti relativi all'autonomia ed alla responsabilità professionale con particolare attenzione alle problematiche legali derivate dalla attività di Triage;

4. Acquisire la metodologia per la progettazione l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in Triage, in linea con le linee di indirizzo internazionali, nazionali e regionali.
5. Acquisire le metodologie per il miglioramento della qualità applicato ad un sistema di Triage; possibili indicatori di efficacia, efficienza e performance.

Al termine del corso deve essere prevista una valutazione finale che certificherà il superamento del corso.

Periodo di affiancamento

Dopo il superamento del corso di Triage l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento con un tutor esperto di durata non inferiore a 24 ore.

L'idoneità allo svolgimento dell'attività di Triage sarà dichiarata al termine del periodo di affiancamento.

Si raccomanda, inoltre, che ogni azienda preveda nel proprio programma formativo:

- una formazione propedeutica alla funzione di Triage e finalizzata a garantire competenze sull'organizzazione del PS e sulla gestione delle principali situazioni cliniche critiche
- una formazione permanente che consenta che gli infermieri, compresi quelli con funzioni di coordinamento, abilitati a svolgere attività di Triage, di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi relazionali, attraverso adeguate attività formative, da svolgersi almeno una volta ogni 2 anni.

11. Sistemi di verifica e qualità dell'attività di triage

Tutti i sistemi di Triage devono prevedere e realizzare attività di verifica secondo i criteri nazionali.

Modalità organizzative

Allo scopo di mantenere adeguate le performance professionali e del sistema organizzativo si ritiene necessario individuare modalità di monitoraggio delle performance del sistema Triage su due livelli:

- a livello aziendale: consiste nella conduzione di un incontro, serie di incontri, fra operatori per la realizzazione di audit professionali attraverso discussione di casi, eventi critici, sentinella ed analisi di dati statistici;

- a livello regionale sono definiti i criteri per la valutazione del sistema Triage attraverso una metodologia che porti alla condivisione professionale dei medesimi.

Per poter effettuare una valutazione della qualità del triage è necessario che ogni struttura di PS predisponga i protocolli di triage sui quadri sintomatologici con maggior frequenza di accesso e complessità valutativa.

Per il livello di appropriatezza dell'attribuzione del codice di priorità si propongono i seguenti indicatori:

- N. totale di codici emergenza assegnati coerenti con il protocollo di attribuzione dei codici colori **in rapporto** al N. totale di codici emergenza assegnati
- N. totale di codice urgenza assegnati coerenti con il protocollo di attribuzione dei codici colori **in rapporto** al N. totale di codice urgenza assegnati
- N. totale di codice urgenza differibile assegnati coerenti con il protocollo di attribuzione dei codici colori **in rapporto** al N. totale di codice urgenza differibile assegnati
- N. totale di codice urgenza minore assegnati coerenti con il protocollo di attribuzione dei codici colori **in rapporto** al N. totale di codice urgenza minore assegnati
- N. totale di codice non urgenza assegnati coerenti con il protocollo di attribuzione dei codici colori **in rapporto** al N. totale di codice non urgenza differibile assegnati
- N. totale di schede triage con concordanza tra problema principale e categoria di diagnosi di uscita per il dato periodo **in rapporto** al N. totale di schede triage per il dato periodo

Protocollo di triage

Codice	Standard "protocollo triage"
1. EMERGENZA	> 99%
2. URGENZA	> 85%
3. URGENZA DIFFERIBILE	> 80%
4. URGENZA MINORE	> 75%
5. NON URGENZA	> 75%

Il triage è un'articolazione del sistema di emergenza – urgenza di una struttura ospedaliera che deve garantire professionisti, percorsi e tempi adeguati per la presa in carico della persona.

E' necessario pertanto andare a valutare anche il livello di appropriatezza organizzativa del sistema pronto soccorso in quanto incidente sulle attività di triage e sulla rivalutazione, pertanto si propongono i seguenti indicatori:

Tempo di attesa – indicatore di processo:

- % di pazienti codice emergenza che accedono immediatamente al trattamento
- % di pazienti codice urgenza che accedono al trattamento entro 15 minuti
- % di pazienti codice urgenza differibile che accedono entro 60 minuti
- % di pazienti codice urgenza minore che accedono entro 120 minuti
- % di pazienti codice non urgenza che accedono entro 240 minuti

Esito in ricovero – indicatore di esito:

- % di pazienti codice emergenza ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice emergenza
- % di pazienti codice urgenza ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza
- % di pazienti codice urgenza differibile ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza differibile
- % di pazienti urgenza minore ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato urgenza minore
- % di pazienti codice non urgenza ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice non urgenza

Tempo di attesa - Esito ricovero

Codice	Standard "tempo di attesa"	Standard "esito ricovero"
1. EMERGENZA	99%	> 95%
2. URGENZA	85%	> 70%
3. URGENZA DIFFERIBILE	80%	<50%
4. URGENZA MINORE	75%	< 5%
5. NON URGENZA	75%	< 1%

Sull'esito di ricovero, è necessario porre estrema attenzione a non confondere la priorità con la gravità poiché ci sono condizioni cliniche di urgenza / urgenza differibile /urgenza minore come priorità di accesso che vengono ricoverate perché necessitano di un

percorso diagnostico intraospedaliero, mentre ci sono condizioni di emergenza come priorità, come ad esempio l'overdose, che vengono dimesse alla risoluzione della criticità vitale. Pertanto si rende necessario effettuare tale valutazione sulla base di macroaree cliniche di esito per avere il dato pesato.

IL COORDINAMENTO NAZIONALE TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO

Riferimenti normativi e bibliografici disponibili a richiesta

Gruppi di Lavoro Istituzionali:

- Gruppo analisi accessi a bassa priorità in P.S. 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 Agenzia Sanità Pubblica Regione Lazio
- Gruppo Triage Toscano - Assessorato alla Salute – Direzione Generale diritto alla salute e politiche di solidarietà - Regione Toscana

Società Scientifiche:

- ANIARTI: Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica
- G.F.T. : Gruppo Formazione Triage
- S.I.M.E.U. : Società Italiana di Medicina d' Emergenza - Urgenza

Componenti:

- **Giovanni Becattini**
Direttore Dipartimento Infermieristico Ostetrico AUSL 7 di Siena. Formatore Gruppo Toscano Triage. Componente Gruppo di sperimentazione See and Treat Regione Toscana. Componente Consiglio Direttivo ANIARTI
- **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 ARes 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. Già 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. Responsabile Gruppo Aziendale Triage. Gruppo Triage Modello Lazio (TML)
- **Daniele Marchisio**
Coordinatore Infermieristico Area Omogenea SITRA A.O. C.T.O. M. Adelaide Torino. Coordinatore Gruppo lavoro ARes 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)

Il presente documento dopo esser stato pubblicato sulla rivista AGENAS Monitor numero 29, è stato inoltre discusso, chiosato e condiviso, durante il mese di giugno scorso, con modalità assembleare e successiva discussione elettronica, dai seguenti gruppi e professionisti, esperti del settore, provenienti dalla maggior parte delle regioni italiane:

Gruppi di Lavoro Istituzionali:

- Gruppo regionale triage Regione Friuli Venezia Giulia

Professionisti esperti:

- **Andrea Andreucci**
Infermiere U.O. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza. P.O. di Riccione - AUSL di Rimini.
Regione Emilia Romagna
- **Sonja Bergamini**
Infermiera Coordinatrice Pronto Soccorso AO G. Brotzu Cagliari. Regione Sardegna
- **Laura Belletrutti**
Infermiera Coordinatrice Pronto Soccorso ASL 2 di Torino. Regione Piemonte
- **Maria Antonietta Bressan**
Direttore SC Pronto Soccorso-Accettazione. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia.
Regione Lombardia
- **Francesco Borgognoni**
Direttore UO Pronto Soccorso di Assisi USL 2. Regione Umbria
- **Mario Calci**
Direttore UO Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza ASL Bassa Friulana. Coordinatore Gruppo triage Regione Friuli Venezia Giulia
- **Marilena Celano**
Dirigente Medico Responsabile Pronto Soccorso Presidio di Desio. AO di Desio e Vimercate.
Regione Lombardia
- **Angela Contini**
Infermiera UO Pronto Soccorso AS Matera. Regione Basilicata

- **Matteo Cosi**
Infermiere Pronto Soccorso-Accettazione. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia.
Regione Lombardia
- **Manuela Costanzo**
Infermiera Pronto Soccorso AOP Catanzaro. Regione Calabria
- **Andrea Delle Piane**
Infermiere IRCCS AOU San Martino Genova. Coordinatore nazionale area nursing SIMEU.
Regione Liguria
- **Maria Di Felice**
Dirigente Medico Responsabile P.S. di Chieti, DEA di II livello. Presidente SIMEU Sez. Abruzzo
Molise
- **Eduardo De Maria**
Infermiere Pronto Soccorso ASL 1 di Napoli. Regione Campania
- **Antonio Ercolino**
Infermiere Pronto Soccorso ASL 1 Foggia, Regione Puglia.
- **Andrea Fazi**
Infermiere 118-PS Ospedale di Senigallia Asur Area Vasta 2. Regione Marche
- **Giorgio Gadda**
Infermiere Coordinatore Pronto Soccorso AO Salvini Rho Milano. Regione Lombardia
- **Zora Iuricich**
Infermiera Pronto Soccorso AULSS 9 di Treviso. Regione Veneto
- **Michele Maggi**
Dirigente Medico Pronto Soccorso ASL 1 Foggia, Regione Puglia.
- **Daniela Mariani**
Direttore UO Pronto Soccorso Ospedale di Jesi Ancona Asur Area Vasta 2. Regione Marche
- **Davide Marrone**
Infermiere P.S. di Chieti, DEA di II livello. Regione Abruzzo
- **Rosetta Mattieligh**
Infermiera Coordinatrice Pronto Soccorso AOU Udine. Regione Friuli Venezia Giulia
- **Giorgio Pia**
Direttore DEU ASL 8 di Cagliari. Regione Sardegna
- **Ilenia Piras**
Infermiera Pronto Soccorso ASL 8 di Cagliari. Regione Sardegna
- **Cristina Pivot**
Infermiera Coordinatrice Pronto Soccorso AUSL Aosta. Regione Valle d'Aosta
- **Fabrizio Polo**
Direttore UOC Pronto Soccorso AO G. Brotzu Cagliari. Consigliere Regionale SIMEU. Regione
Sardegna
- **Salvatore Rinzivillo**
Infermiere ds Pronto Soccorso ASP Ragusa. Regione Sicilia
- **Silvia Scelsi**
Infermiera Dirigente Responsabile area Formazione ARES 118 Regione Lazio. Vice presidente
nazionale ANIARTI. Regione Lazio