



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

**Dipartimento di Medicina Traslazionale**  
**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE**  
**IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE**  
**Presidente: Prof. Massimiliano Panella**

**TESI DI LAUREA**

**Accessi non urgenti al Pronto Soccorso e impatto organizzativo:  
analisi delle motivazioni dell'utenza e implicazioni per il ruolo  
infermieristico nell'integrazione ospedale-territorio.  
Studio osservazionale descrittivo.**

**Relatore:**

Doriana Montani

**Correlatore:**

Luca Bertolaccini

**Candidato:** Roberta Alessandria

**Anno Accademico 2024/2025**

## **ABSTRACT**

**Background:** Negli ultimi anni il sistema di emergenza-urgenza italiano è interessato da un progressivo incremento della domanda assistenziale, con conseguente fenomeno di overcrowding nei Pronto Soccorso (PS). Una quota rilevante degli accessi riguarda pazienti classificati con codici di triage a bassa priorità o urgenza differibile (bianco, verde e azzurro), spesso riconducibili a bisogni assistenziali non urgenti potenzialmente gestibili nell'ambito dei servizi territoriali. L'utilizzo improprio del Pronto Soccorso rappresenta una criticità organizzativa e gestionale che può influire negativamente sulla qualità dell'assistenza, sui tempi di attesa e sull'allocazione appropriata delle risorse sanitarie.

**Obiettivo:** Indagare le motivazioni che determinano l'accesso al Pronto Soccorso da parte di utenti con codici di triage a bassa priorità o urgenza differibile e descrivere il loro livello di conoscenza e utilizzo dei servizi sanitari territoriali alternativi, al fine di individuare possibili strategie organizzative e interventi educativi orientati alla riduzione degli accessi impropri.

**Materiali e metodi:** È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo monocentrico presso il Pronto Soccorso dell'ASL CN2 – Ospedale “Pietro e Michele Ferrero” di Verduno (Cuneo). La raccolta dei dati è avvenuta mediante somministrazione di un questionario strutturato a utenti maggiorenni che riferivano un accesso al PS con codice di triage bianco, verde o azzurro. Il questionario indagava le motivazioni dell'accesso, la percezione soggettiva di urgenza, la conoscenza e l'utilizzo dei servizi sanitari territoriali, oltre alle principali variabili socio-demografiche e cliniche. I dati sono stati analizzati mediante statistica descrittiva. Il campione finale analizzato è composto da 98 partecipanti.

**Risultati:** La motivazione più frequentemente riportata per l'accesso al Pronto Soccorso è stata il bisogno di ottenere una risposta immediata (n = 54; 55,1%), seguita dalla convinzione che il Pronto Soccorso fosse meglio attrezzato rispetto ad altri servizi sanitari (n = 27; 27,6%) e dalla difficoltà nel contattare altri servizi territoriali (n = 22; 22,4%). È inoltre emersa, in una parte dei partecipanti, una discrepanza tra percezione soggettiva di urgenza e classificazione attribuita al triage infermieristico.

**Discussione e conclusioni:** I risultati suggeriscono che una quota significativa di accessi a bassa priorità potrebbe essere intercettata e gestita in modo più appropriato nell'ambito della rete territoriale. Il potenziamento dell'integrazione tra ospedale e territorio, unitamente a interventi strutturati di educazione sanitaria e orientamento ai servizi, potrebbe contribuire alla riduzione del fenomeno di overcrowding. In tale contesto, l'infermiere assume un ruolo strategico nel triage, nella promozione dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali e nella governance del sistema di emergenza-urgenza.

**Keywords:** Emergency department overcrowding; inappropriate access; low-acuity patients; triage nursing; primary care.

## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE</b> .....	1
<b>CAPITOLO 1: ACCESSI NON URGENTI E SOVRAFFOLLAMENTO NEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA-URGENZA</b> .....	4
1.1 Overcrowding: definizione, organizzazione del sistema e impatto .....	4
1.2 Determinanti degli accessi a bassa priorità .....	5
1.3 Conseguenze organizzative ed economiche degli accessi non urgenti .....	6
1.4 Appropriatelyzza e continuità ospedale-territorio .....	7
<b>CAPITOLO 2: IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEGLI ACCESSI A BASSA PRIORITÀ</b> .....	8
2.1 Il triage infermieristico: funzione clinica, organizzativa e di sicurezza.....	8
2.2 L'infermiere come gestore dei flussi e promotore di appropriatezza .....	8
2.3 Educazione sanitaria e orientamento ai servizi territoriali .....	9
2.4 Implicazioni organizzative e di governance: continuità ospedale-territorio ....	10
2.5 Obiettivo della tesi .....	11
<b>CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI</b> .....	13
3.1 Disegno dello studio.....	13
3.2 Setting dello studio .....	13
3.3 Popolazione e campione .....	13
3.4 Strumento di raccolta dati.....	14
3.5 Variabili analizzate .....	15
3.6 Analisi dei dati.....	17
3.7 Aspetti etici.....	18
<b>CAPITOLO 4: RISULTATI</b> .....	19
4.1 Descrizione socio-demografica del campione .....	19
4.2 Utilizzo dei servizi sanitari .....	20

4.3 Variabili clinico-organizzative .....	22
4.4 Variabili percettive e motivazionali .....	23
4.5 Sintesi dei risultati.....	26
<b>CAPITOLO 6: CONCLUSIONI .....</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>33</b>
<b>SITOGRAFIA .....</b>	<b>35</b>
<b>ALLEGATO 1 - QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI.....</b>	<b>1</b>
<b>ALLEGATO 2 - INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO .....</b>	<b>V</b>

## **INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni il sistema sanitario italiano ha registrato un significativo incremento della domanda di assistenza sanitaria, evidenziato da un aumento costante degli accessi ai Pronto Soccorso (PS). Secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2022 si sono registrati oltre 24 milioni di accessi ai PS, con una quota rilevante di pazienti classificati con codici di triage a bassa priorità o urgenza differibile (bianco, verde e azzurro) (Ministero della Salute, 2022). Questo fenomeno ha determinato una crescente pressione sui Dipartimenti di Emergenza e Urgenza, contribuendo allo sviluppo di condizioni di sovraffollamento (overcrowding) e di sovraccarico organizzativo delle strutture sanitarie.

Una quota significativa degli accessi al Pronto Soccorso riguarda condizioni cliniche definite “non urgenti”, ovvero situazioni che non richiedono un intervento immediato e che potrebbero essere gestite nell’ambito dell’assistenza primaria o dei servizi sanitari territoriali. Nell’ambito della classificazione del triage, i codici bianco, verde e azzurro identificano generalmente condizioni cliniche non emergenti o caratterizzate da urgenza differibile. Tuttavia, la letteratura evidenzia come una parte consistente di tali accessi sia riconducibile a una percezione soggettiva non sempre corretta della gravità della propria condizione clinica. In uno studio osservazionale condotto in ambito italiano, oltre il 60% degli accessi non urgenti risultava attribuibile a una valutazione non adeguata della necessità di cure emergenziali (Annese et al., 2019).

Ulteriori determinanti dell’accesso al Pronto Soccorso includono fattori socio-culturali, la fiducia nella struttura ospedaliera quale luogo privilegiato di cura, la percezione di maggiore rapidità nell’esecuzione degli accertamenti diagnostici e le difficoltà di accesso tempestivo al Medico di Medicina Generale. Martin et al. (2002) hanno evidenziato come l’utilizzo inappropriato del Dipartimento di Emergenza sia strettamente correlato alle modalità di utilizzo dell’assistenza primaria. Tale fenomeno comporta rilevanti conseguenze organizzative ed economiche, tra cui la riduzione dell’efficienza del Pronto Soccorso per i pazienti con condizioni cliniche più gravi, l’aumento dei costi sanitari e il sovraccarico assistenziale per il personale sanitario. Cremonesi et al. (2015) hanno inoltre dimostrato come il fenomeno dell’overcrowding possa incidere negativamente sull’efficacia dei sistemi di triage e sull’appropriatezza dell’utilizzo delle risorse sanitarie.

In questo contesto, il ruolo dell'infermiere assume una particolare rilevanza strategica. Il triage infermieristico rappresenta il primo momento di valutazione clinica e organizzativa del paziente e costituisce uno strumento fondamentale per la gestione dei flussi assistenziali all'interno del Pronto Soccorso. L'infermiere non svolge esclusivamente la funzione di attribuzione del codice di priorità, ma agisce anche come filtro clinico, promotore dell'appropriatezza dei percorsi di cura e facilitatore dell'orientamento dei pazienti verso i servizi più adeguati. Attraverso attività di educazione sanitaria e informazione alla popolazione, l'infermiere può inoltre contribuire a promuovere un utilizzo più consapevole dei servizi sanitari e a rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio.

La normativa italiana, in particolare il Decreto Legislativo n. 502/1992, richiama il principio dell'appropriatezza nell'accesso alle prestazioni sanitarie e sottolinea la necessità di una gestione efficiente delle risorse disponibili (Gazzetta Ufficiale, 1992). Nonostante l'ampia letteratura internazionale sul fenomeno dell'overcrowding nei Dipartimenti di Emergenza, risultano ancora limitati gli studi condotti nel contesto italiano che analizzino in modo specifico le motivazioni che spingono gli utenti con codici di triage a bassa priorità o urgenza differibile a ricorrere al Pronto Soccorso e il loro livello di conoscenza dei servizi sanitari territoriali alternativi.

Alla luce di queste considerazioni, il fenomeno degli accessi non urgenti al Pronto Soccorso rappresenta una rilevante criticità organizzativa per i sistemi sanitari contemporanei, con implicazioni significative sia sulla qualità dell'assistenza sia sulla sostenibilità delle risorse disponibili. Comprendere le motivazioni che spingono i cittadini ad accedere al Pronto Soccorso per problematiche non urgenti rappresenta un elemento fondamentale per individuare strategie organizzative efficaci, migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio e ridurre il sovraccarico dei servizi di emergenza. In tale prospettiva, l'analisi di questi determinanti assume rilievo non solo sul piano organizzativo, ma anche per la valorizzazione del ruolo infermieristico nella promozione dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali.

Pertanto, il presente studio si propone di analizzare le motivazioni che determinano l'accesso al Pronto Soccorso da parte di utenti classificati con codici di triage a bassa priorità o urgenza differibile (bianco, verde e azzurro) e di valutare il livello di conoscenza e di utilizzo dei servizi sanitari territoriali alternativi, al fine di individuare

possibili implicazioni organizzative e infermieristiche orientate alla riduzione degli accessi impropri.

## **CAPITOLO 1: ACCESSI NON URGENTI E SOVRAFFOLLAMENTO NEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA-URGENZA**

### 1.1 Overcrowding: definizione, organizzazione del sistema e impatto

Il sistema di emergenza-urgenza italiano è organizzato secondo un modello integrato delineato dal D.P.R. 27 marzo 1992, che ha istituito il Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza Medica (S.U.E.M.), definendone struttura e modalità operative. Tale modello garantisce una risposta coordinata e tempestiva alle situazioni di emergenza attraverso un sistema articolato che comprende il numero unico 118, le Centrali Operative attive 24 ore su 24 e la rete territoriale e ospedaliera («Società Italiana Sistema 118», 2019).

L'introduzione del Numero Unico Europeo 112 (Direttiva 91/396/CEE) ha ulteriormente rafforzato il sistema di risposta integrata, consentendo una gestione centralizzata delle richieste di soccorso e migliorando il coordinamento tra i diversi livelli di intervento, sebbene persistano alcune criticità legate alla conoscenza e all'utilizzo appropriato del servizio da parte della popolazione.

All'interno di questo assetto organizzativo, il Pronto Soccorso (PS) rappresenta il principale punto di accesso ospedaliero per la gestione delle urgenze e delle emergenze. Inserito nei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), distinti in strutture di I e II livello («Ministero della Salute»), il PS garantisce la presa in carico immediata del paziente e l'avvio del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato.

Negli ultimi anni, tuttavia, l'incremento della domanda assistenziale ha determinato condizioni sempre più frequenti di sovraffollamento (overcrowding). Tale fenomeno viene generalmente definito come una situazione di squilibrio tra il numero di pazienti in attesa o in trattamento e le risorse disponibili — strutturali, tecnologiche e professionali — all'interno dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza.

Le Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso (2019) identificano l'overcrowding come una criticità sistemica con potenziali ricadute sulla sicurezza del paziente, sull'efficienza organizzativa e sulla sostenibilità economica del sistema sanitario.

Tra le principali cause del fenomeno si annoverano la riduzione dei posti letto ospedalieri, la carenza di personale sanitario e le criticità nell'organizzazione dell'assistenza territoriale. Le conseguenze del sovraffollamento si manifestano su diversi livelli:

- clinico, con ritardi nella valutazione e nel trattamento dei pazienti;
- professionale, con aumento dello stress lavorativo e del rischio di burnout tra gli operatori sanitari;
- organizzativo, con incremento dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso e aumento dei costi complessivi del sistema.

L'overcrowding si configura pertanto non soltanto come un problema gestionale, ma come un indicatore di fragilità strutturale del sistema sanitario.

## 1.2 Determinanti degli accessi a bassa priorità

Parallelamente al fenomeno del sovraffollamento, negli ultimi anni si osserva un progressivo aumento degli accessi classificati come non urgenti o a bassa priorità assistenziale.

In letteratura il termine “accesso improprio” è oggetto di dibattito; molti autori preferiscono utilizzare l'espressione “accesso non urgente”, riferita a condizioni cliniche che non richiedono un intervento immediato e che potrebbero essere gestite nell'ambito dell'assistenza territoriale o delle cure primarie (Bonetti & Melani, 2019). Nel sistema di triage attualmente in uso, tali accessi sono generalmente associati a codici di priorità bianco, verde o azzurro, che identificano condizioni cliniche non emergenti o caratterizzate da urgenza differibile.

Un'analisi condotta nella Provincia Autonoma di Bolzano ha rilevato un tasso di 399,08 accessi ogni 1000 abitanti, con una percentuale del 22% di accessi non urgenti (Bonetti & Melani, 2019). Analogamente, uno studio statunitense ha evidenziato che il 56,7% delle visite analizzate avrebbe potuto essere gestito nei servizi di cure primarie (Tapia et al., 2022).

Le motivazioni che spingono i pazienti a rivolgersi al Pronto Soccorso in assenza di una reale urgenza risultano multifattoriali. Tra i principali fattori emergono:

- la percezione soggettiva di urgenza (Bagaglia & Polcri, 2017);

- la ricerca di rapidità nell'esecuzione degli accertamenti diagnostici;
- la sfiducia nei confronti dei servizi territoriali;
- la percezione del Pronto Soccorso come luogo sicuro, sempre accessibile e dotato di maggiori risorse diagnostiche.

Ulteriori determinanti includono fattori socio-demografici, condizione lavorativa, origine etnica e vicinanza geografica alla struttura ospedaliera (Di Tommaso et al., 2008; Ghazali et al., 2019). Una revisione sistematica condotta nel Regno Unito ha evidenziato come la percezione personale di emergenza, spesso influenzata dal contesto familiare e sociale, rappresenti uno dei principali fattori decisionali nell'accesso al Pronto Soccorso (Coster et al., 2017).

Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche contribuiscono inoltre alla crescita della domanda assistenziale nei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza (Coster et al., 2017).

### 1.3 Conseguenze organizzative ed economiche degli accessi non urgenti

Gli accessi non urgenti incidono significativamente sull'equilibrio organizzativo dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza. In particolare, essi possono determinare:

- allungamento dei tempi di attesa;
- dispersione di risorse professionali;
- riduzione dell'efficienza operativa;
- aumento dei costi sanitari.

Cremonesi et al. (2015) hanno evidenziato come l'uso non appropriato del Pronto Soccorso possa generare costi aggiuntivi e mettere sotto pressione il sistema di triage, compromettendone l'efficacia nei momenti di maggiore affluenza.

Dal punto di vista assistenziale, l'elevato carico di pazienti a bassa priorità può inoltre ritardare la presa in carico dei casi realmente urgenti, con possibili ripercussioni sugli esiti clinici e sulla sicurezza dei pazienti.

#### 1.4 Appropriatelyzza e continuità ospedale-territorio

Il fenomeno degli accessi non urgenti richiama il tema più ampio dell'appropriatelyzza nell'utilizzo dei servizi sanitari. La normativa italiana, a partire dal D.Lgs. 502/1992, sottolinea l'importanza di una gestione efficiente delle risorse e della corretta allocazione delle prestazioni sanitarie (Gazzetta Ufficiale, 1992).

L'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, relativo alla riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale, evidenzia la necessità di rafforzare l'integrazione tra Pronto Soccorso e servizi territoriali («Riorganizzazione del Sistema di Emergenza-Urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale», 2013).

In questo contesto, il triage intraospedaliero, disciplinato dalle Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero (2019), rappresenta uno strumento fondamentale per garantire appropriatelyzza e sicurezza nell'accesso ai servizi di emergenza. Il nuovo modello a cinque codici di priorità, associato a tempi massimi di attesa e rivalutazione infermieristica periodica, consente una gestione dinamica dei flussi assistenziali e tutela la sicurezza del paziente durante la permanenza in sala d'attesa.

La rivalutazione infermieristica costituisce un elemento centrale del processo organizzativo, poiché garantisce un monitoraggio continuo delle condizioni cliniche del paziente e consente l'eventuale aggiornamento della priorità assistenziale.

Pertanto, un'efficace integrazione tra ospedale e territorio rappresenta una condizione imprescindibile per ridurre gli accessi non urgenti e contenere il fenomeno dell'overcrowding, promuovendo percorsi assistenziali più appropriati, sostenibili e centrati sui bisogni dei cittadini.

Alla luce di quanto esposto, il fenomeno degli accessi non urgenti al Pronto Soccorso non può essere interpretato esclusivamente come il risultato di comportamenti individuali, ma come l'espressione di dinamiche sistemiche che coinvolgono organizzazione sanitaria, servizi territoriali e professionisti della salute.

## **CAPITOLO 2: IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEGLI ACCESSI A BASSA PRIORITÀ**

### **2.1 Il triage infermieristico: funzione clinica, organizzativa e di sicurezza**

Nel contesto dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, il triage intraospedaliero costituisce un processo organizzativo continuo finalizzato alla valutazione della priorità assistenziale in base alla gravità clinica e al rischio evolutivo. Le “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero” (2019) definiscono il triage come un’attività infermieristica strutturata, svolta da professionisti esperti, che integra competenze cliniche e decisionali al fine di garantire sicurezza e appropriatezza dei percorsi.

L’infermiere di triage effettua una valutazione rapida ma accurata, basata sulla raccolta di dati soggettivi e oggettivi, sulla rilevazione dei parametri vitali, sull’anamnesi mirata e sull’osservazione clinica, orientando il paziente verso il percorso assistenziale più adeguato. Tale funzione assume particolare rilevanza in situazioni di sovraffollamento, nelle quali il triage rappresenta uno strumento essenziale per la gestione del rischio e per la tutela dei pazienti a maggiore complessità («Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in PS», 2019).

L’adozione del sistema a cinque codici numerici ha rafforzato l’impostazione per livelli di priorità e la gestione dei tempi di attesa, integrando in modo esplicito la rivalutazione infermieristica come attività di sicurezza clinica durante la permanenza in attesa («Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero», 2019). In questa prospettiva, il triage non rappresenta esclusivamente un momento di classificazione, ma una componente dinamica del processo assistenziale, con un impatto diretto sulla qualità e sull’esito del percorso in PS.

### **2.2 L’infermiere come gestore dei flussi e promotore di appropriatezza**

L’aumento degli accessi non urgenti, documentato anche in contesti internazionali (Bonetti & Melani, 2019; Tapia et al., 2022), produce un impatto significativo sui flussi assistenziali e sulla sostenibilità operativa dei servizi di emergenza. In tale scenario, l’infermiere assume un ruolo determinante nella gestione dei percorsi e nella

promozione dell'appropriatezza, contribuendo a ridurre la congestione e a mantenere la capacità di risposta ai casi tempo-dipendenti.

Gli accessi a bassa priorità risultano spesso influenzati da fattori multifattoriali, tra cui percezione soggettiva di urgenza, ricerca di risposte rapide, fiducia nella struttura ospedaliera e difficoltà di accesso ai servizi territoriali (Coster et al., 2017; Bagaglia & Polcri, 2017; Di Tommaso et al., 2008; Ghazali et al., 2019). Tali dinamiche possono essere interpretate come espressione di un bisogno sanitario non adeguatamente intercettato dalla rete territoriale.

La gestione di questi utenti non può pertanto limitarsi alla sola risposta clinica, ma richiede un governo dei processi e dei flussi, in cui l'infermiere svolge una funzione di coordinamento operativo, orientamento e continuità informativa. L'appropriatezza, intesa come corrispondenza tra bisogno e livello di risposta assistenziale, diventa un obiettivo organizzativo fondamentale: da un lato per evitare il sovraccarico dei servizi di emergenza, dall'altro per indirizzare la domanda verso setting più idonei.

L'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 richiama la necessità di riorganizzare l'emergenza-urgenza in relazione alla continuità assistenziale («Riorganizzazione del Sistema di Emergenza urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale», 2013). In tale cornice, l'infermiere contribuisce alla promozione dell'appropriatezza non solo attraverso la valutazione clinica, ma anche mediante la gestione dell'attesa, la rivalutazione, l'identificazione precoce di bisogni assistenziali e il supporto decisionale all'utente rispetto al percorso più adeguato («Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero», 2019).

### 2.3 Educazione sanitaria e orientamento ai servizi territoriali

Le motivazioni che spingono il cittadino ad accedere al PS in assenza di reale urgenza includono la percezione soggettiva di emergenza, la ricerca di rapidità diagnostica, la fiducia nel PS come luogo sicuro e la scarsa fiducia o accessibilità percepita dei servizi territoriali (Bagaglia & Polcri, 2017; Coster et al., 2017). Inoltre, la limitata conoscenza delle alternative assistenziali disponibili è frequentemente associata al ricorso inappropriato al PS (Bonetti & Melani, 2019).

In questo contesto, l'infermiere svolge un ruolo chiave nell'educazione sanitaria e nell'orientamento dell'utenza. La comunicazione infermieristica, soprattutto durante

il triage e nelle fasi di attesa, può contribuire a rendere il cittadino più consapevole rispetto alla natura del proprio bisogno e alle opzioni assistenziali disponibili. L'educazione sanitaria non si esaurisce in un'informazione episodica, ma può essere intesa come intervento di promozione dell'appropriatezza: chiarire quando è opportuno ricorrere al PS, quando rivolgersi al Medico di Medicina Generale o ai servizi di continuità assistenziale e quali segni o sintomi richiedano un accesso tempestivo.

Una maggiore alfabetizzazione sanitaria dell'utenza può rappresentare una leva di sistema per ridurre la domanda non urgente nei servizi di emergenza. Tale prospettiva risulta coerente con il principio di appropriatezza nell'accesso alle prestazioni sanitarie, richiamato anche dal D.Lgs. 502/1992 («Gazzetta Ufficiale», 1992).

#### 2.4 Implicazioni organizzative e di governance: continuità ospedale-territorio

Il sovraffollamento e l'elevato numero di accessi non urgenti costituiscono indicatori di criticità organizzativa che richiedono strategie integrate tra ospedale e territorio («Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in PS», 2019). La letteratura evidenzia come l'inappropriatezza dell'accesso sia strettamente correlata alla capacità dei servizi territoriali di intercettare e gestire tempestivamente la domanda assistenziale (Bonetti & Melani, 2019; Tapia et al., 2022). Inoltre, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle cronicità rendono necessario rafforzare modelli assistenziali in grado di fornire risposte flessibili e accessibili (Coster et al., 2017).

Nel sistema emergenza-urgenza, l'infermiere può contribuire alla governance dei processi attraverso:

- il supporto alla gestione dei flussi e delle priorità;
- l'applicazione e il monitoraggio dei protocolli di triage;
- le rivalutazioni sistematiche e la gestione del rischio durante l'attesa («Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero», 2019);
- la collaborazione multiprofessionale per l'orientamento ai percorsi appropriati («Riorganizzazione del Sistema di Emergenza urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale», 2013).

La rivalutazione infermieristica rappresenta un elemento di presa in carico continua e costituisce una funzione organizzativa che tutela la sicurezza del paziente, garantendo un monitoraggio dinamico coerente con la priorità assegnata e con l'evoluzione clinica. Tale aspetto assume particolare rilevanza nelle fasi di congestione, quando la permanenza in attesa si prolunga e il rischio clinico aumenta.

Considerando che il sistema di emergenza si configura come rete integrata di risorse e competenze (D.P.R. 27 marzo 1992; «Società Italiana Sistema 118», 2019), la continuità ospedale-territorio richiede un rafforzamento della comunicazione tra setting assistenziali e professionisti. In tale scenario, il contributo infermieristico può configurarsi come elemento chiave di raccordo operativo e informativo, in coerenza con il principio di appropriatezza e con l'obiettivo di sostenibilità del sistema sanitario (D.Lgs. 502/1992; «Gazzetta Ufficiale», 1992).

Alla luce del quadro teorico delineato, emerge come il fenomeno degli accessi a bassa priorità al PS non rappresenti esclusivamente una criticità organizzativa, ma un indicatore complesso che coinvolge dimensioni cliniche, comunicative e sistemiche. Il ruolo dell'infermiere, in particolare nell'ambito del triage e della gestione dei flussi assistenziali, si configura come elemento centrale nella promozione dell'appropriatezza e nell'integrazione tra ospedale e territorio.

Tuttavia, sebbene la letteratura evidenzi le principali determinanti del ricorso improprio ai servizi di emergenza, risulta fondamentale analizzare tali dinamiche all'interno di contesti locali specifici, al fine di comprendere le motivazioni effettive dell'utenza e il livello di conoscenza dei servizi territoriali disponibili. Solo attraverso un'indagine contestualizzata è possibile individuare strategie organizzative e interventi infermieristici mirati, coerenti con le caratteristiche della popolazione di riferimento.

## 2.5 Obiettivo della tesi

Alla luce del quadro teorico e organizzativo delineato, il presente studio si propone di analizzare in modo sistematico le motivazioni che determinano l'accesso al Pronto Soccorso da parte di utenti classificati con codici di triage a bassa priorità o urgenza differibile (bianco, verde e azzurro), nonché di valutare il livello di conoscenza e di

utilizzo dei servizi sanitari territoriali alternativi, al fine di individuare eventuali criticità nella relazione tra domanda assistenziale e offerta territoriale.

## **CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI**

### **3.1 Disegno dello studio**

È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo monocentrico, con approccio quantitativo, finalizzato ad analizzare le motivazioni che determinano l'accesso al PS da parte di utenti classificati con codici di triage a bassa priorità o urgenza differibile (bianco, verde e azzurro) e a valutare il livello di conoscenza e di utilizzo dei servizi sanitari territoriali alternativi.

Il disegno descrittivo è stato ritenuto appropriato in relazione alla natura esplorativa dello studio, volto a raccogliere informazioni relative a percezioni, comportamenti e caratteristiche socio-demografiche dell'utenza, senza prevedere interventi sperimentali o modifiche dei percorsi assistenziali.

L'indagine si propone di descrivere il fenomeno degli accessi non urgenti in una specifica realtà organizzativa, al fine di individuare eventuali criticità nella relazione tra domanda assistenziale e offerta territoriale, con particolare riferimento alle implicazioni organizzative e al ruolo infermieristico nella gestione dei flussi in PS.

### **3.2 Setting dello studio**

Lo studio è stato condotto presso il PS dell'ASL CN2 – Ospedale “Pietro e Michele Ferrero” di Verduno (CN), struttura afferente al Dipartimento di Emergenza-Urgenza e dotata di sistema di triage infermieristico conforme alle Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero (2019).

Il PS rappresenta il principale punto di accesso ospedaliero per le urgenze nel territorio di riferimento e accoglie utenti sia in autonomia sia tramite soccorso territoriale.

La raccolta dei dati è stata effettuata nel periodo compreso tra giugno 2025 e dicembre 2025, durante l'attività ordinaria del servizio, senza modifiche dei percorsi assistenziali o dell'organizzazione del triage.

### **3.3 Popolazione e campione**

La popolazione di riferimento dello studio è costituita dagli utenti maggiorenni che hanno effettuato accesso al Pronto Soccorso durante il periodo di osservazione.

Sono stati inclusi nello studio i pazienti di età pari o superiore a 18 anni che si sono presentati al Pronto Soccorso con codice di triage bianco, verde o azzurro. Sono stati

esclusi i soggetti di età inferiore a 18 anni, i pazienti con codice arancione, i pazienti con compromissione dello stato cognitivo o con condizioni cliniche non compatibili con la compilazione del questionario, nonché coloro che hanno rifiutato la partecipazione allo studio.

Il campione è stato selezionato mediante arruolamento consecutivo degli utenti che accedevano al Pronto Soccorso nel periodo compreso tra giugno 2025 e dicembre 2025 e che risultavano eleggibili secondo i criteri definiti.

Il numero complessivo dei questionari validi raccolti è stato pari a 103. Prima dell'analisi dei dati è stato effettuato un controllo di eleggibilità del dataset: tre partecipanti con età inferiore ai 18 anni e due partecipanti con codice di triage arancione sono stati esclusi dall'analisi, in quanto non coerenti con i criteri di inclusione dello studio, focalizzato sugli accessi al Pronto Soccorso a priorità bassa o differibile. Il campione analitico finale risulta pertanto composto da 98 partecipanti.

#### 3.4 Strumento di raccolta dati

I dati sono stati raccolti mediante un questionario strutturato somministrato ai pazienti durante la permanenza in Pronto Soccorso. Il questionario è stato compilato direttamente dai partecipanti in forma anonima, con eventuale supporto del ricercatore in caso di necessità di chiarimenti o difficoltà nella comprensione delle domande.

Lo strumento è stato articolato in sezioni tematiche finalizzate a rilevare:

- caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, titolo di studio, condizione lavorativa);
- motivazioni dell'accesso al PS;
- percezione soggettiva di urgenza;
- conoscenza e utilizzo dei servizi sanitari territoriali (Medico di Medicina Generale, continuità assistenziale, ambulatori territoriali);
- presenza di patologie croniche e tempo intercorso dall'insorgenza dei sintomi.

Le domande sono state prevalentemente a risposta chiusa, con possibilità di selezione multipla in alcune sezioni e con utilizzo di scale di valutazione Likert a 5 punti per l'analisi delle dimensioni percettive e motivazionali.

Prima dell'avvio della raccolta dati, il questionario è stato sottoposto a uno studio pilota preliminare con l'obiettivo di verificarne chiarezza, comprensibilità e pertinenza rispetto alla popolazione target.

Il pre-test è stato condotto presso il PS dell'ASL CN2 coinvolgendo un campione di convenienza composto da 10 pazienti adulti con accesso recente classificato a bassa priorità e 5 operatori sanitari (infermieri e medici) con esperienza nella gestione degli accessi non urgenti.

Ai partecipanti è stato richiesto di compilare il questionario e di fornire un feedback qualitativo in merito alla chiarezza delle domande, alla lunghezza complessiva dello strumento e alla pertinenza delle opzioni di risposta. Le osservazioni raccolte hanno consentito di apportare modifiche migliorative, principalmente orientate alla semplificazione del linguaggio e alla maggiore specificazione di alcune categorie di risposta.

Lo studio pilota ha consentito di migliorare la validità apparente e la coerenza interna dello strumento prima dell'avvio della fase definitiva di raccolta dati.

### 3.5 Variabili analizzate

Le variabili oggetto di analisi sono state individuate in coerenza con l'obiettivo dello studio e organizzate secondo una classificazione funzionale volta a esplorare il fenomeno degli accessi a bassa priorità in una prospettiva multidimensionale.

Sono state considerate le seguenti categorie di variabili:

1. Variabili socio-demografiche: età, genere, titolo di studio, condizione occupazionale e area di residenza, al fine di descrivere il profilo dell'utenza afferente al PS per condizioni non urgenti.
2. Variabili relative all'utilizzo dei servizi sanitari: numero di accessi al PS negli ultimi 12 mesi, servizio sanitario abitualmente scelto come prima opzione in caso di bisogno e utilizzo pregresso dei servizi territoriali.

3. Variabili clinico-organizzative: tempo intercorso tra l'insorgenza dei sintomi e l'accesso al PS, modalità di accesso, codice di triage assegnato e grado di accordo con la classificazione ricevuta.

4. Variabili percettive e motivazionali: motivazione principale dell'accesso, percezione soggettiva di urgenza, livello di conoscenza dei servizi territoriali e importanza attribuita a fattori quali rapidità della risposta, qualità percepita delle cure, disponibilità 24 ore su 24 e difficoltà di accesso alle alternative territoriali.

La selezione di tali variabili ha consentito di analizzare il fenomeno non esclusivamente in termini clinici, ma integrando aspetti organizzativi, comportamentali e percettivi, coerentemente con l'obiettivo di comprendere le dinamiche sottese al ricorso al PS per codici a bassa priorità. Le variabili considerate nello studio sono state organizzate in categorie funzionali coerenti con gli obiettivi dell'indagine. Nella Tabella 1 è riportata una sintesi delle principali variabili analizzate.

**Tabella 1. Classificazione delle variabili analizzate nello studio.**

<b>Categoria di variabili</b>	<b>Variabile</b>	<b>Descrizione</b>
Variabili socio-demografiche	Età	Classe di età del partecipante
	Genere	Maschio / Femmina / Non specificato
	Titolo di studio	Livello di istruzione
	Occupazione	Condizione lavorativa
	Luogo di residenza	Dimensione del comune
Variabili utilizzo servizi sanitari	Accessi PS ultimi 12 mesi	Numero di accessi
	Prima scelta in caso di problema	Servizio sanitario preferito
	Utilizzo servizi territoriali	MMG, Guardia medica, ambulatorio infermieristico, consultorio, ecc.
Variabili clinico-organizzative	Sintomo principale	Motivo dell'accesso
	Tempo insorgenza-accesso	Tempo trascorso prima dell'accesso
	Codice di triage	Codice assegnato al PS
	Accordo con codice	Percezione del paziente rispetto alla classificazione ricevuta
Variabili percettive e motivazionali	Motivazione accesso	Ragione principale della scelta del PS
	Accessibilità servizi	Valutazione percepita dei servizi territoriali
	Disponibilità MMG	Facilità di contatto con il medico di medicina generale
	Scenari clinici simulati	Scelta del servizio sanitario in situazioni ipotetiche
	Fattori scelta PS	Rapidità, qualità delle cure, disponibilità 24 ore su 24, facilità di accesso, mancanza di alternative

Tale classificazione ha consentito di descrivere il fenomeno degli accessi a bassa priorità integrando aspetti socio-demografici, organizzativi, clinici e percettivi.

### 3.6 Analisi dei dati

I dati raccolti mediante questionario sono stati inseriti in un database appositamente predisposto in Microsoft Excel e successivamente analizzati mediante statistica

descrittiva. Sono state calcolate le frequenze assolute e percentuali delle variabili categoriali, al fine di descrivere le caratteristiche socio-demografiche del campione, le principali motivazioni di accesso al Pronto Soccorso, la percezione soggettiva di urgenza e il livello di conoscenza e utilizzo dei servizi territoriali. Per le variabili quantitative sono state inoltre calcolate misure di tendenza centrale e di dispersione, ove appropriate. Le scale di valutazione Likert a 5 punti sono state analizzate in termini di distribuzione percentuale delle risposte e, ove opportuno, mediante aggregazione delle categorie contigue, al fine di facilitarne l'interpretazione dei risultati. Considerata la natura monocentrica dello studio e il campionamento non probabilistico, non sono state effettuate analisi inferenziali.

### 3.7 Aspetti etici

Lo studio è stato condotto previo ottenimento dell'autorizzazione formale da parte della Direzione Sanitaria dell'Azienda coinvolta. A tal fine, il progetto di ricerca, corredato dal protocollo metodologico, dal questionario e dalla modulistica autorizzativa prevista dal Corso di Laurea Magistrale, è stato trasmesso all'Azienda sede dell'indagine secondo le procedure richieste.

La natura osservazionale e non interventistica dello studio, basata sulla somministrazione anonima di un questionario e priva di raccolta di dati clinici identificativi, ha configurato un livello di rischio minimo per i partecipanti. In relazione alla tipologia di indagine, non è stato richiesto il parere del Comitato Etico, in quanto non sono stati effettuati interventi clinici né trattamenti sperimentali.

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria e previo consenso informato. Prima della compilazione del questionario, ai partecipanti è stata fornita un'informativa scritta contenente le finalità dello studio, le modalità di raccolta e trattamento dei dati e la garanzia di anonimato.

Non sono stati raccolti dati identificativi personali e le informazioni sono state trattate esclusivamente in forma aggregata, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali.

## CAPITOLO 4: RISULTATI

### 4.1 Descrizione socio-demografica del campione

Il dataset iniziale comprendeva 103 partecipanti che hanno compilato il questionario durante il periodo di osservazione. Prima dell'analisi dei dati è stato effettuato un controllo di eleggibilità del dataset al fine di verificare la coerenza delle risposte con i criteri di inclusione dello studio. In questa fase tre partecipanti con età inferiore ai 18 anni e due partecipanti con codice di triage arancione sono stati esclusi dall'analisi, in quanto non coerenti con i criteri di inclusione dello studio, focalizzato sugli accessi al Pronto Soccorso con priorità bassa o urgenza differibile.

Il campione analitico finale risulta pertanto composto da 98 partecipanti.

Per quanto riguarda la distribuzione per età, la fascia maggiormente rappresentata è risultata quella compresa tra 31 e 50 anni ( $n = 32$ ; 32,7%), seguita dalla fascia 51–70 anni ( $n = 32$ ; 32,7%), dalla fascia 18–30 anni ( $n = 18$ ; 18,4%) e dai soggetti di età superiore a 70 anni ( $n = 16$ ; 16,3%).

La distribuzione per genere evidenzia una prevalenza di partecipanti di sesso femminile ( $n = 51$ ; 52,0%), seguiti da partecipanti di sesso maschile ( $n = 43$ ; 43,9%), mentre 4 partecipanti (4,1%) hanno preferito non specificare il proprio genere.

Per quanto riguarda il titolo di studio, la categoria più rappresentata è risultata il diploma di scuola secondaria di secondo grado ( $n = 34$ ; 34,7%), seguita dalla licenza di scuola secondaria di primo grado ( $n = 33$ ; 33,7%), dalla laurea ( $n = 18$ ; 18,4%), dalla scuola primaria ( $n = 12$ ; 12,2%) e, in misura residuale, dall'assenza di titolo di studio ( $n = 1$ ; 1,0%).

In relazione alla condizione occupazionale, la categoria più frequentemente riportata è risultata quella degli occupati ( $n = 53$ ; 54,1%), seguita dai pensionati ( $n = 24$ ; 24,5%), dai disoccupati ( $n = 11$ ; 11,2%), dalle casalinghe/i ( $n = 4$ ; 4,1%), dagli studenti ( $n = 3$ ; 3,1%) e da altre condizioni occupazionali ( $n = 3$ ; 3,1%).

Per quanto riguarda il luogo di residenza, la maggior parte dei partecipanti proviene da città di medie dimensioni ( $n = 45$ ; 45,9%), seguite dai piccoli comuni ( $n = 40$ ; 40,8%), dalle aree rurali ( $n = 9$ ; 9,2%) e, in misura minore, dalle grandi città ( $n = 4$ ; 4,1%). Le caratteristiche socio-demografiche complete del campione sono riportate nella Tabella 2.

**Tabella 2. Caratteristiche socio-demografiche del campione analizzato (n = 98)**

<b>Variabile</b>	<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Età</b>	18–30 anni	18	18,4
	31–50 anni	32	32,7
	51–70 anni	32	32,7
	>70 anni	16	16,3
<b>Genere</b>	Femmina	51	52,0
	Maschio	43	43,9
	Non specificato	4	4,1
<b>Titolo di studio</b>	Nessun titolo	1	1,0
	Scuola primaria	12	12,2
	Licenza media	33	33,7
	Diploma scuola secondaria	34	34,7
	Laurea	18	18,4
<b>Condizione occupazionale</b>	Occupato	53	54,1
	Pensionato	24	24,5
	Disoccupato	11	11,2
	Casalinga/o	4	4,1
	Studente	3	3,1
	Altro	3	3,1
<b>Luogo di residenza</b>	Grande città	4	4,1
	Città media	45	45,9
	Piccolo comune	40	40,8
	Area rurale	9	9,2

#### 4.2 Utilizzo dei servizi sanitari

Per quanto riguarda il numero di accessi al Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi, la maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di essersi recata in Pronto Soccorso una sola volta (n = 56; 57,1%), mentre 31 partecipanti (31,6%) hanno riferito due o tre accessi nello stesso periodo. Percentuali inferiori sono state osservate per quattro o cinque accessi (n = 7; 7,1%) e per più di cinque accessi (n = 4; 4,1%).

In relazione al servizio scelto come prima opzione in caso di problema di salute, il Medico di Medicina Generale è stato indicato dalla quota maggiore di partecipanti (n = 44; 44,9%), seguito dal Pronto Soccorso (n = 24; 24,5%). Percentuali inferiori sono

state osservate per la gestione autonoma del problema di salute (n = 13; 13,3%), per la guardia medica (n = 10; 10,2%), per il ricorso al medico privato (n = 6; 6,1%) e per la farmacia (n = 1; 1,0%).

Relativamente all'utilizzo dei servizi sanitari negli ultimi 12 mesi, il servizio più frequentemente utilizzato è risultato il Medico di Medicina Generale (n = 55; 56,1%), seguito dal ricorso a medico privato (n = 35; 35,7%) e dalla guardia medica (n = 25; 25,5%). Percentuali inferiori sono state osservate per l'ambulatorio infermieristico (n = 3; 3,1%) e per il consultorio (n = 2; 2,0%). Inoltre, 13 partecipanti (13,3%) hanno dichiarato di non aver utilizzato altri servizi sanitari nel periodo considerato.

Poiché la domanda prevedeva la possibilità di selezionare più opzioni di risposta, le percentuali sono state calcolate sul totale dei partecipanti e la loro somma può risultare superiore al 100%.

I dati relativi all'utilizzo dei servizi sanitari da parte dei partecipanti sono riportati nella Tabella 3.

**Tabella 3. Utilizzo dei servizi sanitari negli ultimi 12 mesi (n = 98)**

<b>Variabile</b>	<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Accessi al Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi</b>	1 accesso	56	57,1
	2-3 accessi	31	31,6
	4-5 accessi	7	7,1
	>5 accessi	4	4,1
<b>Prima scelta in caso di problema di salute</b>	Medico di medicina generale	44	44,9
	Pronto Soccorso	24	24,5
	Nessuno / autogestione	13	13,3
	Guardia medica	10	10,2
	Medico privato	6	6,1
	Farmacia	1	1,0
<b>Servizi utilizzati negli ultimi 12 mesi*</b>	Medico di medicina generale	55	56,1
	Medico privato	35	35,7
	Guardia medica	25	25,5
	Ambulatorio infermieristico	3	3,1
	Consultorio	2	2,0
	Nessuno	13	13,3

\* Domanda a risposta multipla.

#### 4.3 Variabili clinico-organizzative

Per quanto riguarda le variabili clinico-organizzative, il tempo intercorso tra l'insorgenza del problema e l'accesso al Pronto Soccorso mostra una distribuzione eterogenea tra i partecipanti. In particolare, 33 partecipanti (33,7%) hanno dichiarato di essersi recati in ospedale entro tre ore dall'insorgenza dei sintomi, mentre 26 partecipanti (26,5%) hanno riferito un accesso entro un'ora. Una quota inferiore ha indicato un accesso entro sei ore (n = 13; 13,3%), mentre 26 partecipanti (26,5%)

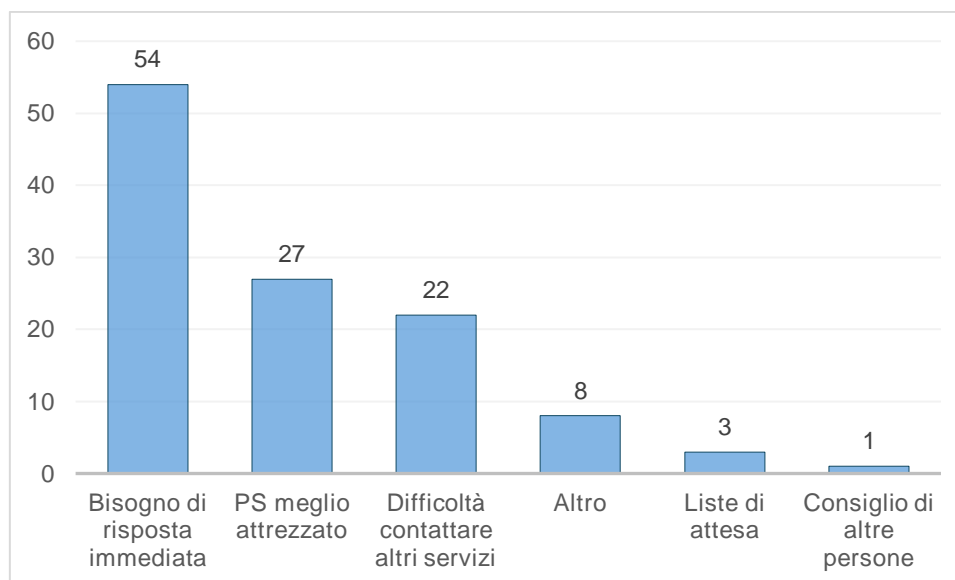
hanno dichiarato di essersi recati in Pronto Soccorso dopo più di sei ore dall'insorgenza del problema.

Per quanto riguarda il sintomo principale che ha determinato l'accesso al Pronto Soccorso, la categoria più frequentemente riportata è risultata quella dei sintomi addominali (n = 22; 22,4%), seguita dai traumi (n = 19; 19,4%) e dai sintomi localizzati (n = 17; 17,3%). Percentuali inferiori sono state osservate per ferite (n = 9; 9,2%), altre condizioni (n = 7; 7,1%), sintomi neurologici (n = 6; 6,1%), sintomi toracici (n = 5; 5,1%), febbre (n = 5; 5,1%) e sintomi respiratori (n = 4; 4,1%). Altri motivi di accesso meno frequenti includono problematiche dermatologiche, ORL e odontoiatriche, mentre non sono stati riportati accessi per condizioni oculari, ostetriche o urologiche. In relazione alla percezione del codice di triage assegnato, 52 partecipanti (53,1%) hanno dichiarato di essere d'accordo con la classificazione ricevuta. Una quota inferiore ha espresso disaccordo con il codice assegnato (n = 10; 10,2%), mentre 8 partecipanti (8,2%) hanno ritenuto che il codice dovrebbe essere attribuito dal medico. Inoltre, 28 partecipanti (28,6%) hanno dichiarato di non essere in grado di esprimere un giudizio in merito alla classificazione ricevuta.

#### 4.4 Variabili percettive e motivazionali

Alla domanda relativa alle motivazioni dell'accesso al Pronto Soccorso, la risposta più frequentemente riportata è risultata il bisogno di ottenere una risposta immediata (n = 54; 55,1%), seguita dalla convinzione che il Pronto Soccorso sia meglio attrezzato rispetto ad altri servizi sanitari (n = 27; 27,6%) e dalla difficoltà nel contattare altri servizi sanitari (n = 22; 22,4%). Percentuali inferiori sono state osservate per altre motivazioni (n = 8; 8,2%), per la presenza di liste di attesa nei servizi territoriali (n = 3; 3,1%) e per il consiglio di altre persone (n = 1; 1,0%), mentre nessun partecipante ha indicato la mancanza di fiducia nei servizi territoriali o la mancanza di alternative disponibili. Poiché la domanda prevedeva la possibilità di selezionare più opzioni di risposta, la somma delle percentuali può risultare superiore al 100%.

La distribuzione delle principali motivazioni che hanno determinato l'accesso al Pronto Soccorso è rappresentata nella Figura 1.



**Figura 1. Distribuzione delle motivazioni principali dell'accesso al Pronto Soccorso.**

Per quanto riguarda gli scenari clinici simulati, ai partecipanti è stato chiesto di indicare a quale servizio sanitario si rivolgerebbero in presenza di specifiche condizioni cliniche. Nel caso del dolore toracico, la grande maggioranza dei partecipanti ha indicato il Pronto Soccorso ( $n = 82$ ), mentre quote inferiori hanno indicato la Guardia medica ( $n = 16$ ) e il Medico di Medicina Generale ( $n = 14$ ); una sola risposta ha indicato di non rivolgersi ad alcun servizio sanitario ( $n = 1$ ).

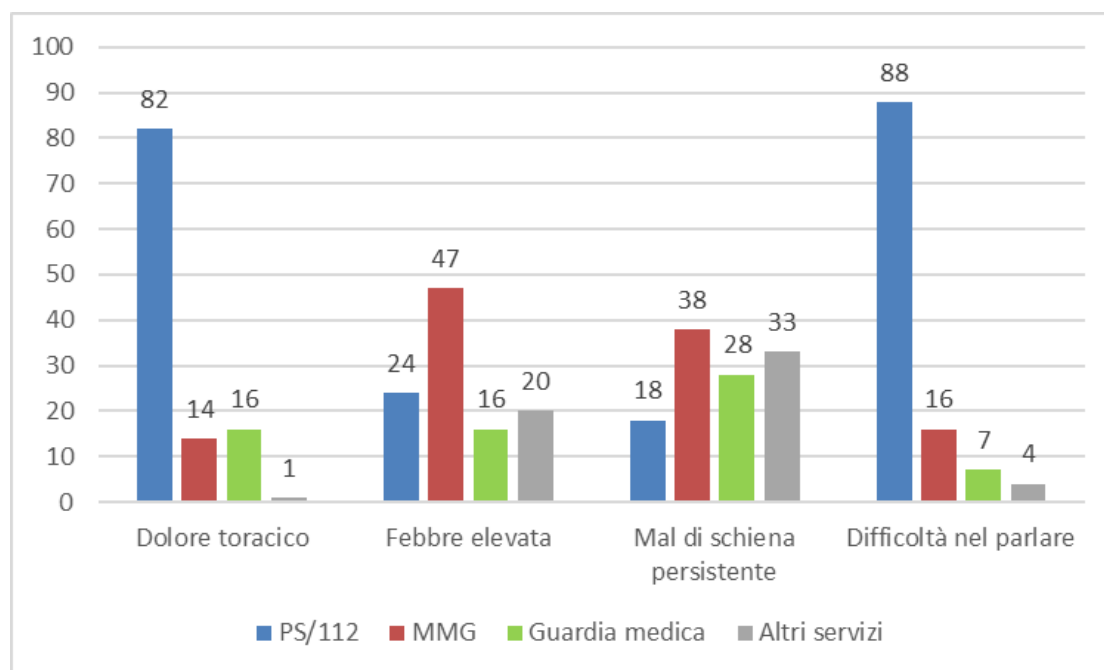
Per quanto riguarda lo scenario relativo alla febbre elevata, il servizio più frequentemente indicato è stato il Medico di Medicina Generale ( $n = 47$ ), seguito dal Pronto Soccorso ( $n = 24$ ) e dalla Guardia medica ( $n = 16$ ); un numero più limitato di partecipanti ha indicato il ricorso all'ambulatorio infermieristico ( $n = 1$ ) o ha dichiarato di non rivolgersi ad alcun servizio sanitario ( $n = 19$ ).

Nello scenario relativo al mal di schiena persistente, la risposta più frequente è risultata il Medico di Medicina Generale ( $n = 38$ ), seguito dalla Guardia medica ( $n = 28$ ) e dal fisioterapista ( $n = 23$ ), mentre una quota inferiore ha indicato il Pronto Soccorso ( $n = 18$ ) o ha dichiarato di non rivolgersi ad alcun servizio sanitario ( $n = 10$ ).

Infine, nello scenario relativo alla difficoltà nel parlare di un familiare, la risposta più frequentemente indicata è stata la chiamata al numero di emergenza 112 ( $n = 66$ ), seguita dal trasporto diretto in Pronto Soccorso con mezzi propri ( $n = 22$ ) e dal contatto con il Medico di Medicina Generale ( $n = 16$ ); un numero più limitato di partecipanti

ha indicato la Guardia medica (n = 7) o ha dichiarato che attenderebbe prima di rivolgersi a un servizio sanitario (n = 4).

La distribuzione complessiva delle risposte agli scenari clinici simulati è rappresentata nella Figura 2.



**Figura 2. Distribuzione delle risposte agli scenari clinici simulati.**

Ai partecipanti è stato inoltre chiesto di valutare l'importanza di alcuni fattori che possono influenzare la scelta di rivolgersi al Pronto Soccorso utilizzando una scala Likert a cinque punti (1 = per nulla importante; 5 = molto importante). I punteggi medi più elevati sono stati osservati per la disponibilità del servizio 24 ore su 24 (media 4,1) e per la mancanza di alternative territoriali (media 4,0). Valori medi leggermente inferiori sono stati rilevati per la rapidità della risposta (media 3,9) e per la qualità percepita delle cure (media 3,9), mentre la facilità di accesso al servizio (media 3,7) ha mostrato il valore medio più basso tra i fattori considerati. I valori medi attribuiti a ciascun fattore sono riportati nella Tabella 4.

**Tabella 4. Importanza dei fattori che influenzano la scelta del Pronto Soccorso (scala Likert 1–5)**

<b>Fattore</b>	<b>Media</b>
Rapidità della risposta	3,9
Qualità percepita delle cure	3,9
Mancanza di alternative territoriali	4,0
Facilità di accesso al Pronto Soccorso	3,7
Disponibilità del servizio 24 ore	4,1

#### 4.5 Sintesi dei risultati

Il campione finale dello studio è composto da 98 partecipanti. La distribuzione per età, genere, titolo di studio, condizione occupazionale e luogo di residenza è riportata nella Tabella 2. Per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi sanitari, il Medico di Medicina Generale rappresenta il servizio più frequentemente utilizzato dai partecipanti, sebbene una quota non trascurabile indichi il Pronto Soccorso come prima scelta in caso di bisogno di salute. Tra le principali motivazioni dichiarate per l'accesso al Pronto Soccorso emergono il bisogno di ottenere una risposta immediata, la percezione che il Pronto Soccorso sia meglio attrezzato rispetto ad altri servizi sanitari e la difficoltà nel contattare servizi alternativi sul territorio. I risultati evidenziano inoltre che una parte dei partecipanti presenta una conoscenza limitata delle alternative territoriali disponibili, elemento che può contribuire al ricorso al contesto ospedaliero anche per problematiche non urgenti.

## **CAPITOLO 5: DISCUSSIONE E IMPLICAZIONI PER LA PRATICA INFERMIERISTICA**

### **5.1 Interpretazione dei principali risultati**

I risultati dello studio evidenziano come l'accesso al Pronto Soccorso per condizioni classificate a bassa priorità rappresenti un fenomeno complesso e multifattoriale, influenzato non solo da variabili cliniche ma anche da fattori organizzativi, percettivi e socio-demografici.

Nel campione analizzato, la maggior parte degli utenti appartiene a fasce di età adulte e proviene prevalentemente da piccoli comuni o aree a bassa densità abitativa. Questo dato suggerisce come il ricorso al Pronto Soccorso per problematiche non urgenti non sia limitato a specifiche categorie di popolazione, ma rappresenti un comportamento diffuso e trasversale, già descritto in letteratura nei sistemi sanitari nei quali il servizio di emergenza è percepito come facilmente accessibile e costantemente disponibile (Coster et al., 2017).

Uno degli elementi più rilevanti emersi dall'analisi riguarda la motivazione principale dell'accesso al Pronto Soccorso, rappresentata nella maggior parte dei casi dal bisogno di ottenere una risposta immediata. Questo risultato evidenzia come la percezione di rapidità e disponibilità del servizio rappresenti uno dei principali fattori che orientano la scelta dell'utente, indipendentemente dalla reale gravità clinica della condizione.

Un ulteriore dato significativo riguarda la discrepanza osservata tra la percezione soggettiva di urgenza e la classificazione attribuita dal triage infermieristico. Sebbene la maggioranza dei partecipanti si sia dichiarata d'accordo con il codice assegnato, una quota non trascurabile ha ritenuto di necessitare di una priorità più elevata o ha espresso incertezza rispetto alla valutazione ricevuta. Tale risultato evidenzia la presenza di un possibile disallineamento tra appropriatezza clinica e appropriatezza percepita, fenomeno già documentato in letteratura sul ricorso non urgente ai servizi di emergenza (Annese et al., 2019).

L'analisi delle variabili relative all'utilizzo dei servizi sanitari mostra inoltre che il Medico di Medicina Generale rappresenta il servizio più frequentemente utilizzato dagli utenti, ma non sempre costituisce la prima scelta in caso di problema di salute. Una parte dei partecipanti indica infatti il Pronto Soccorso come opzione preferenziale,

evidenziando come la decisione di accesso non dipenda esclusivamente dalla disponibilità dei servizi territoriali, ma anche dalla fiducia e dall'efficacia percepita del contesto ospedaliero.

I risultati relativi agli scenari clinici simulati confermano inoltre che la scelta del percorso assistenziale varia in funzione della percezione soggettiva della gravità del sintomo. Negli scenari considerati più pericolosi, come il dolore toracico o la difficoltà nel parlare, la maggior parte dei partecipanti ha indicato il ricorso al Pronto Soccorso o al sistema di emergenza, mentre in situazioni percepite come meno urgenti sono state indicate anche alternative territoriali.

Nel complesso, i dati confermano che l'accesso non urgente al Pronto Soccorso non può essere interpretato esclusivamente come comportamento inappropriato del singolo utente, ma deve essere considerato come il risultato di dinamiche organizzative, culturali e percettive che coinvolgono l'intero sistema sanitario.

## 5.2 Confronto con la letteratura

I risultati ottenuti risultano coerenti con quanto riportato dalla letteratura nazionale e internazionale sul fenomeno degli accessi non urgenti ai Dipartimenti di Emergenza. Coster et al. (2017) hanno evidenziato come la percezione soggettiva di urgenza e la ricerca di una risposta rapida rappresentino tra i principali determinanti del ricorso al Pronto Soccorso, anche in assenza di reale necessità clinica. Analogamente, lo studio di Bonetti e Melani (2019) ha mostrato come una quota significativa di accessi classificati a bassa priorità sia associata alla convinzione che l'ospedale rappresenti il luogo più sicuro e più efficace per ricevere cure.

I risultati del presente studio confermano tali evidenze, evidenziando come la rapidità della risposta, la disponibilità del servizio 24 ore su 24 e la percezione di maggiore qualità delle cure siano tra i fattori più frequentemente indicati dagli utenti.

Tapia et al. (2022) hanno inoltre sottolineato come una parte consistente delle visite ai servizi di emergenza potrebbe essere gestita in ambito territoriale, ma che la scelta dell'utente è fortemente influenzata dalla facilità di accesso e dalla fiducia nel sistema ospedaliero. Anche nel presente studio emerge come la difficoltà percepita nell'accesso ai servizi territoriali e la limitata conoscenza delle alternative possano favorire il ricorso diretto al Pronto Soccorso.

Nel complesso, i risultati ottenuti nel contesto locale analizzato risultano sostanzialmente sovrapponibili a quanto descritto in letteratura, suggerendo come il fenomeno degli accessi non urgenti rappresenti una criticità sistemica e diffusa nei sistemi sanitari contemporanei.

### 5.3 Implicazioni per la pratica infermieristica

Alla luce dei risultati ottenuti, il ruolo dell'infermiere assume una funzione strategica nella gestione degli accessi a bassa priorità e nella promozione dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali.

Il triage infermieristico rappresenta il primo momento di valutazione clinica e organizzativa del paziente e costituisce uno strumento fondamentale per la gestione dei flussi assistenziali nei contesti caratterizzati da elevata affluenza. Attraverso la valutazione iniziale, la rivalutazione durante l'attesa e la comunicazione con l'utente, l'infermiere contribuisce a garantire sicurezza, appropriatezza e continuità del percorso di cura.

Inoltre, l'infermiere può svolgere un ruolo rilevante nell'educazione sanitaria e nell'orientamento dell'utenza, favorendo una maggiore consapevolezza rispetto all'utilizzo appropriato dei servizi sanitari. La comunicazione durante il triage e nelle fasi di attesa rappresenta un momento importante per fornire informazioni sui servizi territoriali disponibili e per ridurre il divario tra bisogno percepito e risposta assistenziale appropriata.

Alla luce delle recenti indicazioni normative, in particolare del Decreto Ministeriale 77/2022, che prevede il potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso Case della Comunità, Ospedali di Comunità e infermiere di famiglia e di comunità, la professione infermieristica è chiamata a svolgere un ruolo sempre più centrale nella presa in carico del paziente e nella continuità delle cure.

In questo contesto, l'infermiere di famiglia e di comunità può contribuire alla gestione dei bisogni di salute a bassa complessità, riducendo il ricorso improprio al Pronto Soccorso e favorendo l'integrazione tra ospedale e territorio.

### 5.4 Implicazioni organizzative e di governance

I risultati dello studio suggeriscono che il fenomeno degli accessi non urgenti debba essere interpretato come indicatore di criticità organizzativa del sistema sanitario e non

esclusivamente come comportamento individuale inappropriato.

L'elevata importanza attribuita dagli utenti alla rapidità della risposta, alla disponibilità continua del servizio e alla percezione di maggiore efficacia del contesto ospedaliero evidenzia la necessità di rafforzare l'accessibilità e la visibilità dei servizi territoriali.

Interventi orientati esclusivamente all'educazione sanitaria potrebbero non essere sufficienti se non accompagnati da un reale potenziamento dell'assistenza primaria e dei servizi territoriali. In questo senso, lo sviluppo delle strutture previste dal DM 77/2022, quali Case della Comunità e ambulatori infermieristici territoriali, potrebbe contribuire a ridurre il carico assistenziale sul Pronto Soccorso.

### 5.5 Limiti dello studio

Il presente studio presenta alcuni limiti. In primo luogo, si tratta di uno studio monocentrico, condotto in un unico contesto ospedaliero, il che può limitarne la generalizzabilità. Inoltre, la dimensione relativamente contenuta del campione potrebbe non rappresentare appieno l'eterogeneità della popolazione che accede al Pronto Soccorso. Infine, l'utilizzo di un questionario autocompilato può introdurre possibili bias di risposta, legati alla percezione soggettiva dei partecipanti e alla comprensione individuale delle domande.

## **CAPITOLO 6: CONCLUSIONI**

Il presente studio ha consentito di analizzare le motivazioni che determinano l'accesso al Pronto Soccorso da parte di utenti classificati con codici a bassa priorità e di valutare il livello di conoscenza e di utilizzo dei servizi sanitari territoriali alternativi. L'obiettivo dell'indagine era comprendere le dinamiche che influenzano il ricorso ai servizi di emergenza in assenza di reale urgenza clinica e individuare possibili implicazioni organizzative e professionali, con particolare riferimento al ruolo infermieristico.

I risultati evidenziano come l'accesso al Pronto Soccorso per condizioni non urgenti rappresenti un fenomeno complesso e multifattoriale, influenzato non solo da variabili cliniche ma anche da fattori organizzativi, percettivi e socio-culturali. In particolare, emerge come una parte rilevante degli utenti scelga il Pronto Soccorso principalmente per la percezione di maggiore rapidità nella risposta assistenziale, per la disponibilità del servizio 24 ore su 24 e per la convinzione che il contesto ospedaliero sia maggiormente attrezzato per la gestione dei problemi di salute.

Un ulteriore elemento emerso dallo studio riguarda la discrepanza tra percezione soggettiva di urgenza e classificazione attribuita al triage infermieristico. Questo risultato evidenzia come la decisione di ricorrere al Pronto Soccorso sia spesso influenzata dalla percezione individuale del bisogno di cura piuttosto che dalla reale gravità clinica della condizione.

I dati raccolti suggeriscono inoltre che la conoscenza e l'utilizzo dei servizi sanitari territoriali risultano ancora limitati in una parte della popolazione. Questo elemento può contribuire a orientare la domanda assistenziale verso il contesto ospedaliero anche in presenza di bisogni di salute che potrebbero essere gestiti in ambito territoriale.

In questo scenario, il ruolo dell'infermiere assume una rilevanza strategica. Il triage infermieristico rappresenta uno snodo fondamentale nella gestione dei flussi assistenziali e nella promozione dell'appropriatezza dei percorsi di cura. Attraverso competenze cliniche, organizzative e comunicative, l'infermiere può contribuire a orientare l'utente verso il percorso assistenziale più appropriato, favorendo una maggiore consapevolezza rispetto all'utilizzo dei servizi sanitari.

Alla luce dell'evoluzione del sistema sanitario italiano e delle indicazioni normative più recenti, in particolare quelle previste dal Decreto Ministeriale 77/2022, emerge la necessità di rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio e di sviluppare modelli assistenziali basati sulla continuità delle cure. In questo contesto, la valorizzazione delle competenze infermieristiche nell'ambito dell'assistenza territoriale, come nel caso dell'infermiere di famiglia e di comunità, può rappresentare un elemento chiave per intercettare precocemente i bisogni di salute e ridurre il ricorso improprio ai servizi di emergenza.

Nonostante i limiti legati alla natura monocentrica dello studio e alla dimensione del campione, i risultati ottenuti offrono elementi utili per comprendere le dinamiche che influenzano l'accesso al Pronto Soccorso per codici a bassa priorità e per individuare possibili strategie di miglioramento organizzativo.

I risultati dello studio evidenziano l'importanza di rafforzare il ruolo dell'infermiere non solo nella gestione del triage, ma anche nelle attività di educazione sanitaria e di orientamento dei cittadini verso i servizi territoriali appropriati, contribuendo così a una gestione più efficace degli accessi non urgenti al Pronto Soccorso.

In conclusione, la riduzione degli accessi non urgenti al Pronto Soccorso richiede un approccio integrato che coinvolga sia interventi organizzativi sia azioni orientate all'educazione sanitaria e alla promozione dell'appropriatezza. In tale prospettiva, il rafforzamento della rete territoriale e il pieno coinvolgimento della professione infermieristica nei processi di gestione dei percorsi assistenziali possono contribuire a migliorare la sostenibilità del sistema sanitario e la qualità dell'assistenza offerta ai cittadini.

## BIBLIOGRAFIA

Angelini, C., & Agazzi, B. (2020). Gli ambulatori infermieristici in Regione Lombardia: una indagine conoscitiva. *Italian Journal of Nursing*, 34, 21–26.

Annese, F., Nunziatini, D., & Guidi, E. (2019). *Studio osservazionale sugli accessi non urgenti in Pronto Soccorso*. *Scenario*, 36(3), 21–25.

<https://doi.org/10.4081/scenario.2019.393>

Bagaglia, C., & Polcri, C. (2017). Il problema degli accessi impropri in Pronto Soccorso: un'indagine antropologica. *Scenario – Official Italian Journal of ANIARTI*, 34(3), 25–31.

Bonetti, M., & Melani, C. (2019). Il ruolo degli accessi impropri in Pronto Soccorso nella Provincia Autonoma di Bolzano. *Bollettino Epidemiologico Nazionale*.

Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). Why do people choose emergency and urgent care services? *Academic Emergency Medicine*, 24(9), 1137–1149. <https://doi.org/10.1111/acem.13220>

Cremonesi, P., Di Bella, E., Montefiori, M., & Persico, L. (2015). The robustness and effectiveness of the triage system at times of overcrowding and the extra costs due to inappropriate use of emergency departments. *Applied Health Economics and Health Policy*, 13(5), 507–514. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0166-5>

Di Tommaso, F., Falasca, P., Calderone, B., Nicoli, A. M., Berardo, A., & Rossi, A. (2008). Analisi dei fattori psico-sociali che inducono all'uso non appropriato del Pronto Soccorso. *Bollettino Epidemiologico Nazionale*.

Doménech-Briz, V., Gómez Romero, R., de Miguel-Montoya, I., et al. (2020). Results of nurse case management in primary health care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9541. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249541>

Ghazali, D. A., Richard, A., Chaudet, A., Choquet, C., Guericolas, M., & Casalino, E. (2019). Profile and motivation of patients consulting emergency departments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4431. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224431>

Longhini, J., Ambrosi, E., Degan, S., Bedin, M., & Saiani, L. (2019). L'integrazione degli infermieri nei team di medicina generale. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 38(2), 66–76.

Lupo, R., De Mitri, O., Merola, D., et al. (2018). L'accesso improprio in Pronto Soccorso: studio osservazionale. *Italian Journal of Emergency Medicine*.

Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLOS ONE*, 13(8), e0203316.

Obbia, P., Tamburini, L., Giovannetti, G., Ongaro, M., & Calamassi, D. (2015). Infermieristica di famiglia e di comunità. *L'Infermiere – FNOPI*.

Tapia, A. D., Howard, J. T., Bebo, N. L., et al. (2022). Emergency department visits appropriate for non-emergency settings. *Military Medicine*, 187(9–10), e1153–e1159. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab553>

Van den Heede, K., et al. (2019). Appropriateness of emergency department use: A systematic review. *International Journal of Health Policy and Management*.

Vegesna, A., Coschignano, C., Hegarty, S., et al. (2016). Physician–nurse collaboration in primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 65–70.

## DOCUMENTI ISTITUZIONALI

Accordo Stato-Regioni. (2013). *Riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale*.

Agenas. (2022). *Documento di indirizzo per gli Ospedali di Comunità*.

Gazzetta Ufficiale. (1992). *Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*.

- International Council of Nurses. (2020). *Nursing role in primary care*.
- Ministero della Salute. (2019). *Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero*.
- Ministero della Salute. (2019). *Linee di indirizzo nazionali per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*.
- Ministero della Salute. (2021). *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione Salute*.
- Ministero della Salute. (2022). *Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (DM 77/2022)*.
- Pesaresi, F. (2022). *Le Case della Comunità*.
- Pesaresi, F. (2022). *Gli Ospedali di Comunità*.
- Società Italiana Sistema 118. (2019). *Organizzazione del sistema di emergenza*.

## **SITOGRAFIA**

- Agenas. <https://www.agenas.gov.it>
- APRIRE Network. <https://www.aprirenetwork.it>
- Epicentro ISS. <https://www.epicentro.iss.it>
- FNOPI. <https://www.fnopi.it>
- International Council of Nurses. <https://www.icn.ch>
- Luoghi di Cura. <https://www.luoghicura.it>
- Ministero della Salute. <https://www.salute.gov.it>
- PNRR Salute. <https://www.pnrr.salute.gov.it>
- Società Italiana Sistema 118. <https://www.sis118.org>

## ALLEGATO 1 - QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

<b>QUESTIONARIO RACCOLTA DATI TESI DI LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE</b>
--

1. Et :

- Meno di 18 anni
- 18-30 anni
- 31-50 anni
- 51-70 anni
- Oltre 70 anni

2. Genere:

- Maschio
- Femmina
- Preferisco non specificare

3. Titolo di studio:

- Nessuno
- Scuola primaria (licenza elementare)
- Scuola secondaria di primo grado (licenza media)
- Scuola secondaria di secondo grado (diploma di scuola superiore)
- Laurea

4. Occupazione:

- Studente
- Disoccupato
- Occupato
- Pensionato
- Casalinga
- Altro

5. Luogo di residenza (comune):

- Grande citt  (oltre 100.000 abitanti)
- Citt  media (tra 20.000 e 100.000 abitanti)
- Piccolo comune (meno di 20.000 abitanti)
- Area rurale

6. Quante volte ti sei recato/a al Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi?

- Una volta
- 2-3 volte
- 4-5 volte
- Pi  di 5 volte

7. Quando non ti senti bene dove preferisci recarti come prima scelta?

- Pronto Soccorso
- Guardia medica
- Medico di famiglia
- Medico privato a pagamento
- Farmacia
- Nessuno, mi gestisco da solo/a

8. Negli ultimi 12 mesi hai utilizzato i seguenti servizi sanitari per problemi di salute?  
(Seleziona a quale servizio ti sei rivolto, più risposte sono possibili)
- Guardia medica
  - Consultorio
  - Medico di Medicina Generale
  - Ambulatorio infermieristico
  - Medico privato a pagamento
  - Nessuno
9. Se hai un dolore al torace dove pensi sia più corretto andare? (sono possibili più risposte)
- Guardia medica
  - Pronto Soccorso
  - Medico di Medicina Generale
  - Ambulatorio infermieristico
  - Nessuno
10. Se hai la febbre a 39° a chi ti rivolgi? (sono possibili più risposte)
- Guardia medica
  - Pronto Soccorso
  - Medico di Medicina Generale
  - Ambulatorio infermieristico
  - Nessuno
11. Se hai un mal di schiena che non passa da giorni a chi ti rivolgi?  
(sono possibili più risposte)
- Guardia medica
  - Pronto Soccorso
  - Medico di Medicina Generale
  - Fisioterapista privato
  - Nessuno
12. Se un tuo familiare improvvisamente parla con difficoltà cosa pensi sia più giusto fare?  
(sono possibili più risposte)
- Chiamo la Guardia medica
  - Chiamo il 112
  - Chiamo il Medico di famiglia
  - Porto io in auto al Pronto Soccorso
  - Mi rivolgo al farmacista del mio paese
  - Attendo qualche ora nella speranza che il problema si risolva
13. Qual è il sintomo principale che ti ha spinto a recarti oggi in Pronto Soccorso?
- Dolore addominale
  - Dolore toracico
  - Dolore localizzato in una specifica area del corpo
  - Difficoltà respiratoria (affanno, mancanza di fiato, tosse)
  - Febbre
  - Ferite (tagli, abrasioni, lacerazioni, ustioni, ecc.)
  - Trauma lieve (contusioni, lividi, dolori causati da urti, ecc.)
  - Sintomi dermatologici (eruzioni cutanee, rossore, prurito, bruciore, arrossamenti, ecc.)
  - Sintomi oculari (rossore, bruciore, dolore oculare, problemi di vista, ecc.)

- Sintomi ostetrico-ginecologici (dolore o perdite anomale, sanguinamenti, ecc.)
  - Sintomi otorinolaringoiatrici (mal di gola, dolore alle orecchie, difficoltà di deglutizione, ecc.)
  - Sintomi urologici (dolore o bruciore durante la minzione, presenza di sangue nelle urine, difficoltà a urinare, ecc.)
  - Sintomi neurologici (mal di testa, vertigini, tremori, perdita di coordinazione, formicolii, ecc.)
  - Sintomi odontostomatologici (mal di denti, dolore durante la masticazione, gonfiore, sensibilità, ecc.)
  - Altro
14. Quanto tempo è trascorso tra l'inizio del tuo problema di salute e l'arrivo in Pronto Soccorso?
- Meno di 1 ora
  - 1-3 ore
  - 4-6 ore
  - Più di 6 ore
15. Perché hai deciso di recarti al Pronto Soccorso?
- Su consiglio di un parente o amico
  - Su consiglio del mio Medico di famiglia
  - Mi sono rivolto/a al Medico di famiglia ma non l'ho trovato
  - Decisione personale
  - Altro
16. Quale codice colore ti ha assegnato l'infermiere di triage?
- bianco
  - verde
  - azzurro
  - Arancione
17. Sei d'accordo con il codice colore che l'infermiere ti ha assegnato?
- SI
  - NO, ritengo giusto nel mio caso un codice colore con più alta priorità
  - Dovrebbe essere un medico ad attribuire i codici colore
  - Non so giudicare
18. Quanto ritieni siano oggi accessibili i seguenti servizi?  
(Scala da 1 a 5, dove 1 = Per niente accessibile e 5 = Molto accessibile)
- Guardia medica: 1  2  3  4  5
  - Consultorio: 1  2  3  4  5
  - Medico di Medicina Generale: 1  2  3  4  5
  - Ambulatorio infermieristico: 1  2  3  4  5
19. Quando chiami il tuo medico di famiglia:
- Difficilmente riesco a mettermi in contatto
  - E' sempre disponibile
  - Mi dà l'appuntamento dopo molti giorni, pertanto mi rivolgo in Pronto Soccorso
20. Qual è la motivazione principale che ti ha portato a scegliere il Pronto Soccorso per il problema attuale?
- Ho bisogno di una risposta immediata
  - Non sono riuscito/a a contattare altri servizi sanitari

- Credo che il Pronto Soccorso sia più attrezzato
- Non ho fiducia nei servizi territoriali
- Non conosco le alternative al PS
- Altre persone mi hanno consigliato il PS
- I tempi delle liste di attesa per il mio problema sono troppo lunghi
- Altro

21. Quanto tempo hai impiegato per raggiungere il Pronto Soccorso?

- Meno di 15 minuti
- 15-30 minuti
- Più di 30 minuti

22. Quanto ritieni importante ciascuno dei seguenti fattori nella tua scelta di rivolgerti al Pronto Soccorso?

*(Scala da 1 a 5, dove 1 = Per niente importante e 5 = Molto importante)*

- Rapidità della risposta: 1  2  3  4  5
- Qualità delle cure: 1  2  3  4  5
- Mancanza di alternative disponibili: 1  2  3  4  5
- Facilità di accesso al PS rispetto ad altri servizi: 1  2  3  4  5
- Disponibilità 24 ore: 1  2  3  4  5

## ALLEGATO 2 - INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO



Dipartimento di Medicina Traslationale  
Scuola di Medicina  
Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche  
Presidente: Prof. Massimiliano Panella

Gentile Utente,

sono Roberta Alessandria, studentessa laureanda del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università del Piemonte Orientale.

Le scrivo per chiederLe gentilmente il consenso a partecipare a uno studio che rappresenta un elemento centrale della mia tesi di laurea. L'obiettivo dello studio è approfondire le motivazioni che spingono i pazienti con codici di triage bianchi e verdi ad accedere al Pronto Soccorso.

La partecipazione consiste nella compilazione di un questionario composto da 22 domande a risposta multipla. La compilazione richiederà circa 10 minuti e le Sue risposte saranno preziose per il raggiungimento degli obiettivi dello studio.

Desidero rassicurarLa che la compilazione è completamente anonima e che i dati raccolti saranno trattati nel pieno rispetto della normativa vigente sulla protezione dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

La invito a rispondere con la massima sincerità, ricordando che non esistono risposte giuste o sbagliate. La Sua partecipazione sarà fondamentale per contribuire a una migliore comprensione del fenomeno oggetto della ricerca.

La ringrazio sin d'ora per il tempo e l'attenzione che vorrà dedicarmi.

Con  
gratitudine,  
Roberta  
Alessandria

Studentessa del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche  
Università del Piemonte Orientale