



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**Analisi degli accessi in Pronto Soccorso con
codice colore bianco e studio di percorsi
alternativi**

ULSS Regione Veneto

Studio pilota

Relatore: Dott. Luciano Liziero

Correlatore: Dott.ssa Pamela Milan

Correlatore: Dott.ssa Roberta Volpin

Laureando: Luca Bettella

Matricola n. 1228382

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Background: una criticità che affligge gran parte delle strutture ospedaliere è il sovraffollamento (*overcrowding*). Gli utenti che accedono al Servizio di Pronto Soccorso (PS) variano per età, *status* sociale e percezione della salute a fronte di un problema o sintomo che richiede una risposta sanitaria.

Scopo: l'obiettivo dello studio è quello di analizzare alcune caratteristiche della popolazione che accede al PS, a cui è assegnato un codice colore bianco in *triage* con il fine ultimo di indagare le cause del sovraffollamento e degli accessi impropri. Inoltre, si intendono proporre alcune modifiche, anche integrative, allo strumento di raccolta dati per il proseguo dello studio sulla base delle problematiche riscontrate durante la conduzione, confrontandole con la letteratura nazionale e internazionale.

Metodo: lo studio è stato condotto mediante la somministrazione di un questionario (validato e adattato da un gruppo di esperti al contesto di indagine) a tutti coloro a cui è stato assegnato un codice colore bianco in *triage*. Il campionamento si è svolto nell'arco di due settimane, dal 4 al 17 ottobre 2022, nei servizi di PS dei 4 ospedali di una provincia veneta, ripartendo uniformemente tra i 3 intervistatori sia le fasce orarie (due fasce: 10 – 18 e 18 – 24) che le assenze.

Risultati: dall'indagine si sono raccolti 792 questionari. Dai dati ottenuti sono emersi principalmente alcuni punti chiave che possono descrivere le motivazioni dell'accesso degli utenti: la percezione di un immediato bisogno di cure, l'accessibilità nelle 24 ore del servizio, la difficoltà di accedere ai servizi di cura primaria. Dagli elementi raccolti in fase di conduzione dello studio, confrontandoli con la letteratura, si sono proposte una serie di modifiche in grado di perfezionare lo strumento di raccolta dati.

Conclusioni: il ruolo dell'infermiere, all'interno della presente ricerca, ha permesso di poter ottenere un alto numero di consensi; al contempo, esso si è fatto garante che tutti i pazienti avessero pienamente compreso le finalità dello studio e che il consenso fosse realmente autentico. Questo significa, anche, una maggiore tutela e sicurezza del paziente e una migliore qualità e precisione dei dati raccolti. Proseguire con la ricerca, modificando alcuni aspetti metodologici del presente, permetterebbe di indagare in modo più esaustivo il fenomeno partendo proprio dagli utenti e dalle motivazioni che li hanno spinti ad accedere al servizio di PS piuttosto che rivolgersi alle strutture territoriali più appropriate per la condizione di salute.

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: GLI ACCESSI IMPROPRI E IL SOVRAFFOLLAMENTO DEI SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO	5
1.1 Accesso in pronto soccorso e descrizione del triage.....	5
1.1.1 Sistema di emergenza-urgenza sanitaria e accesso in Pronto Soccorso.....	5
1.1.2 <i>Triage</i> e assegnazione codice colore.....	6
1.1.3 Codice bianco.....	8
1.2 Sovraffollamento e accessi impropri in Pronto Soccorso	10
1.2.1 Il <i>crowding</i> nei servizi di Pronto Soccorso	10
1.2.2 Accesso improprio e appropriatezza delle cure	12
1.3 Le aree di studio (A, B, C)	13
1.3.1 I servizi di Pronto Soccorso nel territorio	15
1.3.2 Medici e associazioni nel territorio	16
1.3.3 Il servizio di Guardia Medica nel territorio	19
1.3.4 Strutture private e accreditate nel territorio	20
1.3.5 Servizi agli anziani nel territorio	21
CAPITOLO 2: LA RICERCA	23
2.1 Scopo e obiettivo dello studio.....	23
2.2 Materiali e metodi	23
<i>Disegno dello studio</i>	23
<i>Criteri di inclusione ed esclusione</i>	23
<i>Campionamento (Codici bianchi nei contesti ospedalieri)</i>	24
<i>Attività di raccolta dati e setting</i>	24
2.3 Descrizione dello strumento.....	26

2.4 Modalità di analisi dei dati.....	30
CAPITOLO 3: RISULTATI.....	33
3.1 Descrizione del campione: Analisi socio-demografica.....	33
3.2 Descrizione delle motivazioni dell'accesso in Pronto Soccorso	38
3.3 Descrizione della percezione sullo stato di salute.....	43
CAPITOLO 4: IMPLICAZIONE PER LA RICERCA	49
4.1 Proposta di modifiche allo strumento di raccolta dati.....	50
4.2 Proposte integrative allo strumento di raccolta dati	53
4.3 Modifiche alla modalità di raccolta dati	56
4.4 Il contributo dell'infermiere nel lavoro di ricerca.....	56
4.5 Conclusioni	57

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bibliografia

Sitografia

ALLEGATI

Allegato 1. Informativa e Questionario

Allegato 2. Griglia turni degli accessi presso i diversi Pronto Soccorsi degli ospedali

INTRODUZIONE

Il presente elaborato di tesi si propone di analizzare le motivazioni che spingono l'utenza, a cui è stato assegnato un codice colore bianco in fase di *Triage*, a recarsi al servizio di Pronto Soccorso come prima sede per l'assistenza sanitaria, contribuendo quindi a causare il fenomeno dell'*overcrowding* o sovraffollamento, piuttosto che rivolgersi alle strutture territoriali più appropriate per la condizione di salute e di seguire i Percorsi Assistenziali offerti dal territorio.

Il seguente studio nasce dall'esperienza dei ricercatori vissuta durante il periodo di tirocinio nelle U.O. di Pronto Soccorso: in particolare nasce dall'ascolto di tutti i pazienti che si recavano al Servizio e dalla visione che il personale sanitario percepisce su questa tipologia di utenza. Da quanto appreso ci si è chiesto quali fossero le motivazioni che portassero l'utenza a recarsi al Servizio e allo stesso tempo provare a trovare delle soluzioni a questa problematica.

Lo studio ha esaminato gli accessi ad alcuni Pronto Soccorso nella provincia presa in analisi, per valutare le principali variabili socio-demografiche dei pazienti e le motivazioni che li portano ad accedere al Servizio. Infine, trattandosi di uno studio pilota, si aggiunge l'ulteriore finalità di apportare delle modifiche allo strumento utilizzato per la raccolta dati, al fine di proseguire con una ricerca futura. Si propone anche di verificare gli eventuali effetti dell'introduzione di due figure infermieristiche: la prima che potrebbe ridurre il fenomeno del sovraffollamento nei PS e la seconda come professionista di supporto per lo studio successivo.

Sono state trasmesse anche le esperienze e sensazioni che i ricercatori hanno provato durante la raccolta dati. Inoltre, al termine dello studio sono state raccolte le opinioni di questi ultimi per integrare e modificare lo studio, allo scopo di migliorarlo.

L'elaborato comprende il capitolo 1 che riguarda il *background* all'interno del quale è stata presentata una descrizione del Pronto Soccorso e della gestione del *Triage*. Successivamente viene descritto il territorio nel quale viene eseguito lo studio. Nel capitolo 2 viene dichiarata la metodologia con la definizione degli obiettivi e la descrizione del questionario per ogni sua parte. Dopo di che nel capitolo 3, sono stati riportati i dati raccolti suddivisi per: area socio-demografica, sezione riguardanti le motivazioni dell'accesso in Pronto Soccorso e infine, la parte di percezione della salute. Nel capitolo 4 vengono proposte le modifiche per: uno strumento futuro, le

integrazioni da apportare, sulla modalità di raccolta dati e l'inserimento di una possibile figura utile per lo studio.

CAPITOLO 1: GLI ACCESSI IMPROPRI E IL SOVRAFFOLLAMENTO DEI SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO

1.1 Accesso in pronto soccorso e descrizione del triage

1.1.1 Sistema di emergenza-urgenza sanitaria e accesso in Pronto Soccorso

Il Sistema di emergenza-urgenza sanitaria costituisce un punto nodale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in quanto, attraverso le sue componenti, si realizza un rapporto tra ospedale e territorio che consente di affrontare eventi sanitari che necessitano di un ricorso immediato alle cure mediche e/o chirurgiche.

“Il Sistema territoriale 118 e il Pronto Soccorso/Dipartimento di emergenza e accettazione (PS/DEA) sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria”. (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, 2013 p. 24). Il Pronto Soccorso è una struttura centrale che media i servizi a disposizione nel territorio e l'ospedale: secondo il DPR del 27 Marzo 1992, esso viene definito come la struttura ospedaliera specificamente deputata all'effettuazione dell'attività diagnostica e terapeutica per i pazienti che accedono all'ospedale in condizioni di emergenza o urgenza. Nello specifico il DPR delinea i servizi erogati dal Pronto Soccorso (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, ultima consultazione 18/09/2022). Tra questi servizi l'attività di accettazione riguarda i casi che si presentano:

1. come elettivi e programmati;
2. spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza;
3. in condizioni di urgenza differibile;
4. in condizioni di urgenza indifferibile;
5. in condizioni di emergenza.

Inoltre, compito del servizio di Pronto Soccorso, è effettuare interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni più adeguate secondo la diagnostica rilevata.

Al reparto di Pronto Soccorso vi può accedere qualsiasi individuo in qualsiasi fascia oraria, in quanto aperto al pubblico 24h/24. In alcune città è disponibile il Pronto

Soccorso Pediatrico a cui vi possono accedere soggetti che vanno dai primi giorni di vita alla pubertà, solitamente fino ai 16 anni.

Per accessi si intende il numero di visite complessive, che però non corrispondono per forza ai pazienti che hanno fatto ricorso alle medicine d'urgenza. Rastelli, Cavazza & Cervellin in uno studio condotto nel 2010 hanno evidenziato come negli "ultimi 8-10 anni si è visto un notevole incremento degli accessi in Pronto Soccorso medio annuale del 3-5%, scenario che si rileva in tutte le regioni italiane" (pag.27). Secondo i dati rilevati dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali nell'anno 2019, in Italia si sono registrati 21.117.300 accessi mentre nell'anno 2020 13.178.015 utenze annuali (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, data ultima consultazione 18/09/2022).

1.1.2 Triage e assegnazione codice colore

"Il *Triage*, termine che deriva dal francese *trier* (selezionare), è un processo decisionale dinamico che si rende necessario ogni qualvolta la numerosità dei soggetti da trattare contemporaneamente superi la capacità di risposta immediata da parte dell'*équipe* di soccorso; esso indica il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare un grado di priorità" (Chiaranda, 2016 pag.17).

Tale processo in ambito di Pronto Soccorso ospedaliero risulta una procedura di *routine*, svolta da personale infermieristico esperto e specificamente formato secondo l'Accordo Stato Regioni del 2001.

Secondo Chiaranda (2016) la valutazione della priorità è definita mediante codice colore, utilizzando come criteri per la codifica alcuni indicatori desunti dalla raccolta di dati, di eventuale documentazione medica, di informazioni da parte di familiari e/o soccorritori e dal rilevamento dei parametri vitali. In questa fase, infatti, l'infermiere ha un ruolo chiave in quanto è responsabile della presa in carico del paziente e dell'accertamento, con rilevazione di dati oggettivi, come le alterazioni delle funzioni vitali, colore della cute, rumori derivanti dalla respirazione, e soggettivi riferiti dalla persona o chi per essa, come il dolore, le emozioni, l'ansia e la paura che possono caratterizzare la fase di emergenza sanitaria.

Il Ministero della Sanità nel 2019 ha aggiornato le linee di indirizzo sul *Triage* ospedaliero introducendo una nuova codifica e indicando, per ogni codice colore, il

tempo espresso in minuti che ciascun paziente dovrebbe attendere prima di essere preso in carico dal personale medico (tabella 1.I).

Tabella 1.I - Linee di indirizzo nazionali sull'utilizzo del triage intraospedaliero (tratto da: Ministero della Salute, 2019)

Triage: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	Rosso	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2	Arancione	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3	Azzurro	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4	Verde	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5	Bianco	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

La Regione del Veneto, con apposito DGR n. 1035 del 12 luglio 2019, integra le Linee Guida Ministeriali, inserendo la Presa in Cura Infermieristica (PIC) specificando il range temporale in minuti, ovvero entro quanto tempo il paziente deve essere valutato dal personale infermieristico (tabella 1.II).

Tabella 1.II - Classificazione Triage (tratto da: DGR veneto n. 1035 del 12 luglio 2019)

Attribuzione Codice di Priorità	Definizione	Tempi di attesa
1	Interruzione o compromissione delle funzioni vitali in atto	Accesso immediato
2	Condizione stabile con alto rischio evolutivo (definito con i discriminatori)	PIC entro 10 minuti Visita medica entro 45 minuti dalla PIC
3	Condizione stabile con basso rischio evolutivo (definito con i discriminatori) o con possibile danno d'organo	PIC entro 15 minuti Visita medica entro 45 minuti dalla PIC
4	Condizione stabile senza rischio evolutivo con alto grado di sofferenza	PIC e gestione del dolore entro 30 minuti Visita medica entro 60 minuti dalla PIC
5	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	PIC entro 30 minuti Visita medica entro 60 minuti dalla PIC

1.1.3 Codice bianco

Il codice bianco rappresenta per il paziente una situazione clinica di non urgenza con assenza di pericolo per la vita e di bisogno dell'intervento del Pronto Soccorso, motivo per il quale potrebbe rivolgersi al proprio medico curante.

Nell'anno 2019, in Italia, sono stati registrati, sul totale degli accessi il 14.82% di codici bianchi e nel 2020 pari a 12.80% (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, 2021). Da tali dati si può comprendere come in Italia ci sia una considerevole parte della popolazione che si rivolge al Pronto Soccorso per problematiche non urgenti o di minima rilevanza clinica.

In uno studio effettuato presso il Pronto Soccorso di Lecce da marzo ad agosto del 2017, Lupo et al. (2017) hanno condotto un'analisi per determinare le cause del

sovraffollamento nel reparto di emergenza-urgenza, dove si è deciso di somministrare un questionario validato all'utenza in ingresso al Pronto Soccorso. Lo scopo era indagare il motivo per il quale la popolazione ha deciso di rivolgersi al servizio, andando a studiare un campione oggetto di studio (n= 530), suddividendo tra le motivazioni legate al medico di famiglia (figura 1.1) e le motivazioni legate ai servizi sanitari (figura 1.2).

Motivazioni legate al medico di famiglia

La cura del mio medico era risultata inefficace	N=52	14.2%
Ho avuto difficoltà a fissare un appuntamento con il mio medico di famiglia	N=65	17.7%
Ambulatorio chiuso	N=148	40.3%
Ho fiducia dell'ospedale perché gli operatori hanno più conoscenze del mio medico di famiglia	N=91	24.8%
Ero arrivato da poco per lavoro / studio e non avevo il medico di famiglia	N=11	3.0%
Totale	N=367	100.0%
Non lo so	N=163	
Totale	N=530	

Figura 1.1 - Motivazioni legate al medico di famiglia (tratto da: Italian Journal of Emergency Medicine, Lupo et al, 2017)

Lo studio evidenzia come il 40.3% degli intervistati si sia rivolto al Pronto Soccorso in quanto l'ambulatorio del medico di famiglia fosse chiuso, il che fa desumere un accesso al servizio nell'orario di chiusura dell'ambulatorio, 20:00 – 08:00. Si nota come il 24.8% degli intervistati si sia rivolto al servizio per una scarsa fiducia nei confronti del proprio medico, per motivi non indagati, che li ha portati alla valutazione medica del personale di Pronto Soccorso. Inoltre, il 17.7% degli intervistati ha preferito accedere al Pronto Soccorso in quanto vi è stata una difficoltà nel prendere appuntamento con il medico di famiglia.

In figura 1.2 si evidenziano le motivazioni legate ai servizi sanitari, sempre secondo Lupo et al, si evince come quasi la metà degli intervistati, il 47.5%, ritiene che accedendo in Pronto Soccorso si vadano a diminuire i tempi di attesa per eseguire un determinato trattamento o ricevere specifiche informazioni merito alla condizione di salute. Nonostante queste evidenze, nello studio non è presente una specifica

correlazione tra motivazioni rilevate e assegnazione di un codice colore bianco e per questo, tale fenomeno necessita di un maggior approfondimento.

Motivazioni legate ai Servizi Sanitari	Frequenza	Percentuale
I tempi di prenotazione degli esami necessari sono troppo lunghi	N=57	14.5%
Ho pensato che il Pronto Soccorso avesse più strumenti per risolvere il mio problema / avrebbe impiegato un tempo minore a risolvere il mio problema	N=187	47.5%
Valide E' il posto più vicino e sempre aperto	N=53	13.5%
Perché è gratuito	N=26	6.6%
Nessuna di queste motivazioni	N=71	18.0%
Total	N=394	100.0%
Non lo so	N=136	
Totale	N=530	

Figura 1.2 - Motivazioni legate ai Servizi Sanitari (tratto da: Italian Journal of Emergency Medicine, Lupo et al, 2017)

1.2 Sovraffollamento e accessi impropri in Pronto Soccorso

1.2.1 Il *crowding* nei servizi di Pronto Soccorso

L'American College of Emergency Physicians (ACEP), in una revisione del 2019, definisce il *crowding* come un fattore che incorre quando si identifica una necessità dei servizi di emergenza che supera le risorse disponibili per l'assistenza al paziente in Pronto Soccorso, in ospedale, o in entrambi.

In tutto il mondo occidentale il fenomeno dell'iperafflusso di utenti in Pronto Soccorso, caratterizzato da un eccessivo e non programmabile sovraffollamento, è un evento tanto conosciuto quanto preoccupante per le implicazioni potenziali (Rastelli, Cavazza & Cervellin, 2010).

Secondo lo studio di Salway, Valenzuela, Shoenberger, Mallon & Viccellio, (2017) le conseguenze del sovraffollamento sono:

- lunghi tempi di attesa da parte degli utenti prima di ricevere le cure;
- aumento della durata di degenza dovuto ad un ritardo nel ricovero;
- aumento degli abbandoni del PS da parte dei pazienti prima di ricevere cure mediche;
- riduzione della qualità delle cure e aumento del rischio di errori medici;
- aumento della mortalità e morbilità;
- aumento dei dirottamenti delle ambulanze verso altri ospedali.

Sempre secondo gli stessi autori (Rastelli et al., 2010) "Fra le cause dell'*overcrowding* vi sono il crescente sbilanciamento tra il numero di posti letto per 1000 abitanti, in

costante riduzione, l'incremento tendenziale costante del numero di accessi ai PS, e la vera e propria rivoluzione demografica che sta cambiando il volto dei paesi occidentali" (p.25). Infatti, si calcola che dal 2000 al 2019 ci sia stata una riduzione del 32.52% dei posti letto disponibili passando dai 222'113 (2000) ai 149'874 (2019) per poi riscontrare un leggero aumento di posti letto nel 2020 che ci porta ad un totale di 189'420 con una perdita in percentuale del 14.72% rispetto al 2000 (Istat, *Annuario statistico per il SSN*, anni 2002, 2006, 2009, 2012, 2016, 2020).

Tale riduzione è un fenomeno che si riscontra in tutta Europa. Tutti i paesi hanno registrato un calo del numero di posti letto tra il 2010 e il 2019 tranne Irlanda (+14.31%), Bulgaria (+10.35%), Romania (+1.47%) e Portogallo (+1.17%). Ultima in classifica vi è la Finlandia con una riduzione del 41.90% dei posti letto. L'Italia diciannovesima con una perdita del 12.53% (Eurostat, ultimo aggiornamento 02/07/2021).

Negli Stati Uniti si stima che la costruzione di un posto letto in ospedale costi circa \$ 1'000'000 e da \$ 600'000 a \$ 800'000 per il personale destinato all'assistenza dello stesso. Lo studio sostiene che gli ospedali hanno un maggiore interesse ad avere pochi posti letto ma tutti occupati, rispetto ad averne di più non sfruttati interamente (Salway, Valenzuela, Shoenberger, Mallon & Viccellio, 2017).

Negli ultimi anni si è assistito, nei sistemi sanitari dei principali paesi occidentali, a una progressiva riduzione sia del numero di ospedali, sia del numero complessivo dei posti letto ospedalieri (Rastelli et al., 2010). I posti letto per 1000 abitanti sono andati in continuo declino dai 6.1/1000 del 1996 ai 2.5/1000 del 2019 risalendo nel 2020 a 4.3/1000 abitanti (Istat, *Annuario statistico per il SSN*, anni 2002, 2006, 2009, 2012, 2016, 2020).

Particolare interesse ha rivestito in questi ultimi anni l'area dell'emergenza in Italia: nel 2020 il 52.3% degli ospedali pubblici risulta dotato di un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (67.1%) di un centro di Rianimazione. Il Pronto Soccorso è presente nell'79.5% degli ospedali mentre il Pronto Soccorso pediatrico è presente nel 17.1% degli stessi. Dai dati relativi alle attività delle strutture con Pronto Soccorso si evidenzia che nel 2020 ci sono stati circa 229 accessi ogni 1000 abitanti, di questi quasi il 16.9% è stato in seguito ricoverato (Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, anno 2020).

Il fatto che meno del 17% degli accessi in Pronto Soccorso venga ricoverato pone un punto di riflessione sull'utilizzo adeguato dei servizi di emergenza-urgenza da parte dei cittadini.

1.2.2 Accesso improprio e appropriatezza delle cure

Secondo Bernstein (2006) l'uso inappropriato del Pronto Soccorso viene definito come la visita da parte di un soggetto con una condizione poco o per nulla urgente che sarebbe trattata in maniera più efficiente e meno costosa in uno studio medico o in un altro *setting* clinico. Sempre secondo lo stesso autore, l'uso inappropriato del Pronto Soccorso è caratterizzato dalla presenza di persone in una scarsa condizione socioeconomica.

Il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza è ampiamente diffuso sia nel contesto internazionale, sia in quello italiano. La proporzione dei pazienti che si reca al Pronto Soccorso per problemi non urgenti è attestata tra le varie strutture tra il 9% ed il 54.1% negli USA, tra il 25.5 % ed il 60% in Canada, tra il 19.6% ed il 40.9% in Europa. Tale variabilità è presente anche in Italia, come documentato da un'analisi descrittiva delle strutture e dell'organizzazione dell'emergenza condotta nel 2010 dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza (SIMEU) che, a titolo esemplificativo, mostra una eterogeneità nella frequenza di codici bianchi relativi a un campione di 206 presidi ospedalieri con diversa configurazione organizzativa, che varia fino ad un massimo dell'80%, con valore medio nazionale di 24.18% (sud e isole 30.94%, centro 17.98%, nord 23.85%) (Bissoni & Moirano, 2013).

“L'utilizzo di un servizio inappropriato per la condizione manifesta, non solo non porta benefici se non immediati, ma con il passare del tempo rischia di peggiorare le condizioni di salute iniziali del soggetto, procurando la falsa sensazione di aver risolto il problema con la sola rimozione del sintomo” (Di Tommaso, Calderone, Nicoli, 2009, pag.4).

Il concetto di appropriatezza implica il “praticare l'attività clinica integrando le competenze professionali e individuali con la migliore evidenza disponibile” per quella specifica situazione (Sackett, 1996). Ciò significa che è necessario, a fronte di una problematica dell'assistito, dare la miglior risposta possibile al fine di soddisfare tali bisogni. Pertanto, è opportuno un adeguato *setting*, un adeguato personale ed

un'adeguata tempistica, fattori che, soprattutto a causa dell'*overcrowding*, il Pronto Soccorso non sempre può garantire essendo un reparto destinato alle emergenze/urgenze.

1.3 Le aree di studio (A, B, C)

Di seguito verranno presentati alcuni fattori socio-sanitari delle aree A, B e C di una provincia veneta mettendoli in relazione con gli accessi in Pronto Soccorso della zona definita, al fine di comprendere al meglio le motivazioni che portano gli assistiti ad usufruire dei servizi di emergenza anche per prestazioni non urgenti ed erogabili anche a livello territoriale. Dal dato della popolazione totale sono stati calcolati, per ogni singolo comune, il tasso di popolazione anziana seguendo le linee guida dell'OMS che definisce i 65 anni come età di passaggio alla condizione di **anziano**, mentre le Nazioni Unite (*United Nation*, UN) collocano tale situazione di passaggio ai 60 anni, considerando la presenza anche di aree geografiche svantaggiate per bassa aspettativa di vita alla nascita (WHO, 2002).

Dall'Istat sono stati ricavati, per ogni area di studio, il numero di comuni, i Servizi di PS, il numero totale di abitanti ed in relazione a questo dato il numero di anziani per area, proponendo anche il dato in percentuale (tabella 1.III).

Tabella 1.III - Aspetti socio demografici e offerta sanitaria per aree di studio (Istat, 2021)

Aree di studio	Comuni	Pronto Soccorso	Popolazione	Anziani (> 65 anni)	Anziani
	n				%
A	28	2	275'322	53'118	20.64
B	13	1	121'406	26'386	21.73
C	44	1	177'729	43'548	24.50

È stata calcolata la percentuale di popolazione anziana sul totale, dato che risulta significativo al fine di studiare l'area di interesse per un probabile maggior bisogno di cure dell'anziano.

I dati riportati in figura 1.3 rispecchiano l'andamento delle patologie croniche in tutta la regione Veneto. Si nota come, nella fascia degli anziani, ci sia una incidenza maggiore di pazienti multi patologici, rispetto alla fascia di età compresa tra i 18 e i 64 anni. Si evidenzia anche come le patologie croniche, colpiscano in maniera molto limitata la popolazione di giovane età e tra i 50 e 64 anni.

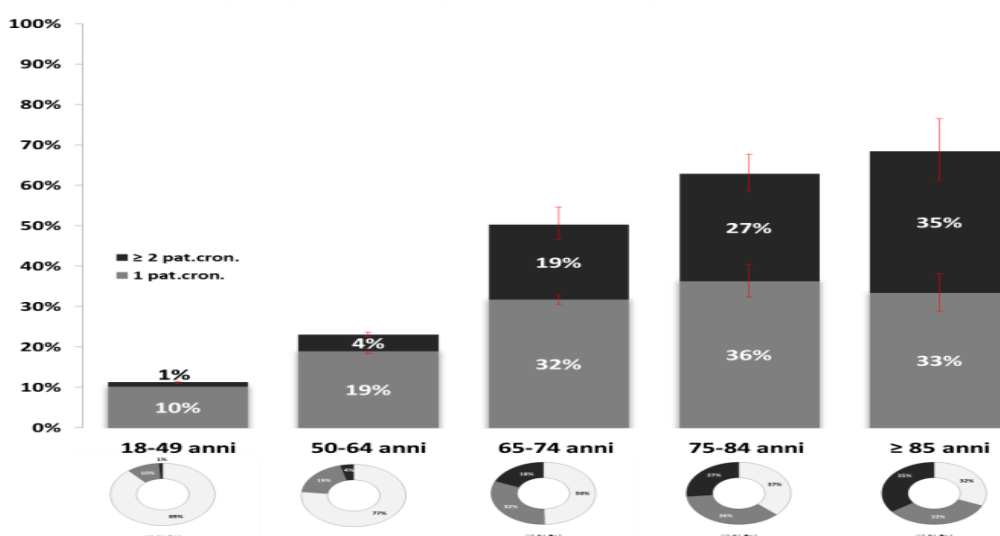


Figura 1.3 - Patologie croniche nel Veneto (tratto da: PASSI e PASSI d'Argento, 2020)

In figura 1.4 si evidenzia come l'ipertensione sia la patologia cronica più presente tanto tra i 18 e 64 anni (17%), quanto oltre i 65 anni di età (60%). Tra i 18 e i 64 anni, ben distante dai livelli dell'ipertensione, si presentano le malattie respiratorie croniche con un'incidenza del 6% seguite poi dalle cardiopatie al 4%, i tumori al 4% e il diabete al 3%. Negli anziani, tra le patologie croniche, le cardiopatie riguardano il 26% seguite da ipertensione e malattie respiratorie croniche.

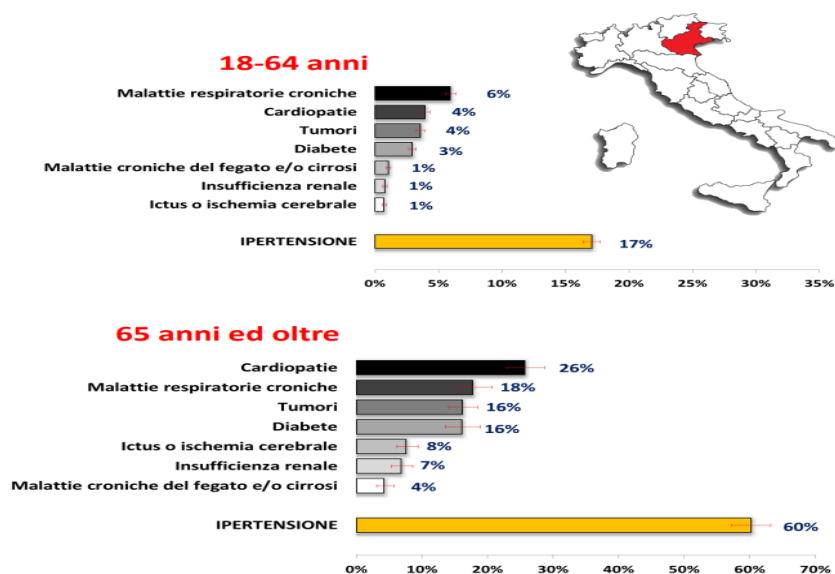


Figura 1.4 - Incidenza patologie croniche nel Veneto. (tratto da: Patologie croniche nella popolazione residente in Italia secondo i dati PASSI e PASSI d'Argento, 2020)

1.3.1 I servizi di Pronto Soccorso nel territorio

L'area A presenta due ospedali (α e β). L'ospedale α ha registrato nel 2019 37'761 accessi in Pronto Soccorso e 28'083 nel 2020, con una percentuale di 1.27% codici rossi sul totale nel 2019 e 1.71% nel 2020. Il tempo di permanenza medio per i codici verdi e bianchi nell'ospedale α risulta di 4 ore e 35 minuti nel 2020. L'ospedale β invece ha registrato 40'924 accessi in Pronto Soccorso nel 2019 e 31'461 accessi nel 2020 con una percentuale di codici rossi del 1.55% nel 2019 e 1.72% nel 2020. Il tempo di permanenza medio per codici verdi e bianchi nell'ospedale β nel 2020 è risultato di 5 ore e 25 minuti.

L'area B presenta un ospedale il quale ha registrato nel 2019, 29'965 accessi in Pronto Soccorso e 20'965 nel 2020, con una percentuale di 2.55% codici rossi sul totale nel 2019 e 2.81% nel 2020. Il tempo di permanenza medio per i codici verdi e bianchi risulta di 5 ore e 55 minuti nel 2020.

Infine, l'Area C presenta un ospedale il quale ha registrato nel 2019, 55'279 accessi in Pronto Soccorso e 32'489 nel 2020, con una percentuale di 1.62% codici rossi sul totale nel 2019 e 2.45% nel 2020. Il tempo di permanenza medio per i codici verdi e bianchi risulta di 5 ore e 25 minuti nel 2020 (Ministero della Salute, AGENAS, Portale della trasparenza dei servizi e della salute, ultimo aggiornamento 31 dicembre 2020).

Tra i vari comuni e i loro ospedali di riferimento sono state calcolate le distanze medie per avere un quadro più definito della situazione geografica della provincia. È stata riscontrata, nell'area A, una distanza media dall'ospedale α di 8.80 Km, con una distanza massima di 15 Km. Per l'ospedale β è stata calcolata una distanza di circa 10.12 Km tra i vari comuni e l'ospedale di riferimento, con quello più distante a circa 22 Km. Nell'area B invece, la distanza media è di circa 8.91 Km, con una distanza di 17.5 Km del comune più distante. Nell'area C i vari comuni hanno una distanza media di circa 15.41 Km dall'ospedale di riferimento, con una distanza massima di 31 Km e una distanza minima di 2.5 Km.

1.3.2 Medici e associazioni nel territorio

Tramite il sito Ulss di appartenenza, sono stati contati i medici totali presenti nel territorio di ogni area. Si è voluto specificare il numero di medici pediatri ed evidenziare quanti di questi medici esercitano la professione in più di un ambulatorio. Infine, con il dato della popolazione si è ottenuto il rapporto tra abitanti e medico curante.

Analizzando la tabella 1.IV si denota come in tutte le tre aree di studio ci sia una parte di medici di famiglia che svolgono attività in più ambulatori: si è riscontrato questo fenomeno nell'Area A contando 42 medici, nell'Area B con 17 medici e nell'Area C con 44 medici. Si è visto come, trasversalmente in tutte le aree, questi operino o in più di un ambulatorio per comune o addirittura lavorino in un ambulatorio dedicato per due comuni distinti.

Tabella 1.IV - Aggregazione dati relativi ai medici per aree di studio (tratto da: Dati Istat 2021 e Dati ULSS di appartenenza)

Aree di studio	Comuni	Popolazione	MMG (pediatri)	MMG con più di 1 ambulatorio	Abitanti/MMG
	n				
A	28	275'322	182 (28)	42	1'320.63
B	13	121'406	81 (13)	17	1'536.78
C	44	177'729	176 (19)	44	1'132.03

Successivamente, attraverso una divisione semplice, è stato calcolato il numero di abitanti per medico considerandoli con più di un ambulatorio in due comuni diversi come due o più persone distinte; diversamente se questi presentano due o più ambulatori nello stesso comune sono stati considerati come unico medico operante in una determinata popolazione del comune; inoltre, non sono stati conteggiati i pediatri di libera scelta. Questa operazione ha permesso di individuare, a livello indicativo, i comuni con meno di un medico ogni 1'500 abitanti che sono risultati:

- 8 su 28 comuni nell'Area A;
- 8 su 13 comuni nell'Area B;
- 19 su 44 comuni nell'Area C.

Per comprendere al meglio l'operato dei medici nelle tre aree di studio, si è ricercato se questi ultimi facessero parte di una qualche forma di associazione tra loro; tale dato riflette la presenza o meno di una copertura più completa a disposizione dell'utenza. Di seguito, si riporta la tipologia di associazione e i medici che ne fanno parte, sottolineando quanti di questi operino singolarmente.

Per **Medicina di Gruppo** si intende la collaborazione di più medici in un'unica sede nella quale sono presenti più studi medici. Il paziente che accede al servizio ha il proprio medico di riferimento (Medico di famiglia) ma, nel caso esso non sia disponibile, l'assistito può rivolgersi alle cure di un altro medico presente in struttura.

In questi ambulatori gli orari di apertura degli studi medici sono coordinati al fine di garantire una maggior disponibilità per l'accesso degli utenti.

La **Medicina di Gruppo Integrata** è strutturata come la Medicina di Gruppo semplice ma al suo interno sono presenti altre figure professionali quali infermieri e personale amministrativo, il cui ammontare va concordato con le Aziende Sanitarie attraverso appositi contratti di esercizio che impegnano i medici su precisi obiettivi da raggiungere per mezzo di risorse supplementari.

La Medicina di Gruppo Integrata:

- realizza programmi di prevenzione, eroga prestazioni per il paziente acuto e gestisce il paziente cronico con possibilità di personalizzare le cure;
- implementa percorsi diagnostico-terapeutici, basati sull'evidenza scientifica (EBM);
- raccoglie dati socio-epidemiologici e mappa i bisogni locali;
- utilizza una rete informatizzata per la gestione condivisa dei pazienti con l'ULSS e con gli altri MMG.

La **Medicina di Rete** infine consiste in un servizio nel quale gli studi medici sono distribuiti sul territorio e non in un'unica sede come nelle medicine di gruppo. L'assistito si rivolge al proprio medico e in caso di urgenze o di indisponibilità del medico di riferimento, il paziente si può rivolgere a un altro studio medico tra quelli dei medici che aderiscono al servizio. Questi ultimi coordinano tra loro gli orari di apertura per garantire una maggior copertura oraria per gli utenti.

In tutti i servizi associativi visti sopra, i medici sono collegati tra loro da sistemi informatici che permettono di condividere le cartelle cliniche sanitarie dei propri assistiti, consentendo così l'accesso alla cartella a tutti i medici dell'associazione.

La tabella 1.V riporta i gruppi associativi per ogni area. Si nota come la maggior parte dei medici si sia impegnata nella collaborazione con altri al fine di dare una maggior presenza e risposta alla popolazione, che in uno stato di bisogno, richiede l'aiuto del MMG. Nonostante questi dati, nell'Area A con 12 medici, nell'Area B con 13 medici e nell'Area C con 17 medici, vi sono in totale 42 medici che operano la loro professione ambulatoriale singolarmente.

**Tabella 1.V - Aggregazione dati relativi alle associazioni fra medici per aree di studio.
(tratto da: Dati ULSS di appartenenza)**

Tipologia di aggregazione	Area A		Area B		Area C	
	Associazioni	Medici	Associazioni	Medici	Associazioni	Medici
	n					
Medicine di Gruppo	10	39	5	21	4	12
Medicine di Gruppo Integrate	5	50	1	14	4	45
Rete dei Medici	8	42	6	19	7	36
Forme Miste	6	30				
Associazioni semplici	2	8			1	5
Medici Singoli		12		13		17

1.3.3 Il servizio di Guardia Medica nel territorio

La Guardia Medica, o Servizio di Continuità Assistenziale, rappresenta un servizio alla popolazione che garantisce l'assistenza sanitaria di base nel territorio negli orari notturni, prefestivi e festivi:

- tutti i giorni dalle 20:00 alle 08:00;
- tutti i giorni prefestivi dalle 10:00 alle 20:00;
- tutti i giorni festivi dalle 08:00 alle 20:00.

Al medico di guardia ci si rivolge per prestazioni non differibili, cioè per quelle situazioni cliniche o di malattia che non possono essere rinviate al giorno successivo, rivolgendosi al medico di famiglia.

Tabella 1.VI - Aggregazione dati guardie mediche nelle Aree di Studio (tratto da: Sito Ulss di appartenenza)

Aree di studio	Guardie mediche	Totale comuni coperti
	n	
A	5	28
B	2	13
C	4	44

Analizzando la tabella 1.VI si denota come tutti i comuni dell'Area A, B e C siano coperti negli orari notturni, prefestivi e festivi dal Servizio di Continuità Assistenziale.

1.3.4 Strutture private e accreditate nel territorio

Nelle tre Aree di studio sono state inoltre ricercate le strutture private accreditate che offrono dei servizi specifici alla popolazione. In totale sono 20 ed erogano prestazioni in ambito oculistico, ostetrico e ginecologico, neurologico, dermatologico, pneumologico, odontoiatrico e riabilitativo; inoltre, sono presenti strutture che offrono servizi di diagnostica per immagini e analisi di campioni di laboratorio. È bene far presente come alcune delle tipologie di servizi erogati non siano eterogenee tra le tre aree: nell'Area A sono presenti ambulatori oculistici ma mancano nell'Area B e C; allo stesso modo un servizio offerto dall'Area B e C come l'ostetricia e la ginecologia, sia assente nell'Area A (tabella 1.VII).

Tabella 1.VII - Strutture Private accreditate nelle Aree di studio (tratto da: Sito Ulss di appartenenza)

Aree di studio	Strutture private accreditate	Area di competenza
	n	
A	6	Odontostomatologia – Radiologia diagnostica – Dermatologia – Laboratorio Analisi – Medicina Fisica e Riabilitazione – Pneumologia – Neurologia – Oculistica
B	9	Radiologia diagnostica – Ostetricia e Ginecologia – Dermatologia – Odontostomatologia – Laboratorio Analisi
C	5	Diagnostica per immagini – Laboratorio Analisi – Dermosifilopatia – Medicina fisica e Riabilitazione

1.3.5 Servizi agli anziani nel territorio

Infine, si vuole analizzare la presenza nel territorio delle Aree A, B e C di Case di Riposo e RSA, come presentato in tabella 1.VIII. Queste due strutture, rivolte a una popolazione anziana, offrono un servizio residenziale di presa in cura a tutti quei soggetti che non possono più vivere presso il loro domicilio o la propria famiglia, per condizioni di salute oppure per problematiche socio assistenziali.

La Casa di Riposo è prevalentemente orientata ad accogliere ospiti autosufficienti, i quali necessitano di una limitata assistenza socio-sanitaria; offre servizi di inclusione sociale e riabilitativi.

Le RSA invece accolgono soggetti non autosufficienti e in condizioni psicofisiche alterate, come persone affette da Alzheimer. A queste persone viene garantita una assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e non viene a mancare il supporto psicologico.

Tabella 1.VIII - Aggregazione dati Case di Riposo e RSA nelle Aree di studio (tratto da: per anziani, 2022)

Aree di studio	Casa di Riposo	RSA
	n	
A	5	6
B	0	3
C	4	5

CAPITOLO 2: LA RICERCA

2.1 Scopo e obiettivo dello studio

L'obiettivo dello studio è quello di analizzare alcune caratteristiche della popolazione che accede al Pronto Soccorso, a cui è assegnato un codice colore bianco in *Triage* con il fine ultimo di indagare le cause del sovraffollamento e degli accessi impropri al servizio.

A tal proposito si vogliono analizzare le principali caratteristiche socio-demografiche, le motivazioni per le quali un cittadino si reca al Pronto Soccorso e la percezione di salute del paziente in ingresso al Servizio.

Alla luce di questi dati si ritiene necessario, mediante la ricerca in letteratura, trovare i vissuti e le percezioni dei pazienti, per capire cosa li spinge ad accedere al servizio, e dell'*équipe* di Pronto Soccorso individuando il punto di vista e la visione dei professionisti rispetto a tali accessi, in un contesto di emergenza.

Infine, proporre miglioramenti per il prosieguo dello studio sulla base delle difficoltà riscontrate durante la raccolta e l'analisi dei dati.

2.2 Materiali e metodi

Disegno dello studio

Studio pilota descrittivo.

Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti che hanno ricevuto in *Triage* un codice colore bianco, maggiorenni e senza sintomatologia Covid-19 o pazienti che non rientravano nei criteri per sospetta positività per accedere al percorso pulito.

Sono stati invece esclusi dal campione di studio tutti i pazienti in codice maggiore (Giallo, Arancione e Rosso) e quelli in codice Verde che manifestavano uno stato di sofferenza acuta. Sono inoltre stati esclusi i pazienti che presentavano una barriera linguistica senza accompagnatori, i pazienti senza accompagnatori disorientati nello spazio e nel tempo (anche se codice bianco) e tutti i pazienti che manifestavano un qualsiasi stato di aggressività.

Campionamento (Codici bianchi nei contesti ospedalieri)

Il campionamento si è svolto nell'arco di due settimane, dal 4 al 17 ottobre 2022, nei PS dei quattro ospedali della provincia, ripartendo uniformemente tra i tre intervistatori sia la fascia oraria (due fasce: 10 – 18 e 18 – 24) sia l'assenza di uno dei quattro ospedali. In allegato 2 si mostra la griglia turni seguita degli intervistatori. Il questionario è stato somministrato in appositi spazi concordati con il personale delle rispettive U.O. di Pronto Soccorso.

Di seguito si presenta con una *Flow Chart* (figura 2.1), il metodo di selezione e i parametri che hanno permesso di ottenere da tale studio 792 questionari compilati.

Attività di raccolta dati e setting

Lo studio si è svolto in quattro ospedali di una provincia veneta e si è realizzato con l'utilizzo di uno strumento proposto da Simonetti (2011) nello studio "*Appropriatezza degli accessi in Pronto Soccorso. Analisi delle disuguaglianze ai servizi*"; strumento che per lo studio è stato autorizzato dal Comitato Etico dell'Ospedali Riuniti di Ancona e sottoposto a validazione mediante l'alfa di Cronbach. Il questionario è stato riadattato secondo le indicazioni di un gruppo di lavoro formato da statistici, esperti di Pronto Soccorso e direttore medico delle funzioni ospedaliere in considerazione del contesto di studio.

Il questionario, una volta modificato e adattato, è stato sottoposto a una validazione di facciata; esso è diviso in tre sezioni (A, B, C) che il paziente deve compilare in autonomia o con aiuto e una quarta ad uso esclusivo dell'intervistatore.

Le tre aree indagate attraverso il questionario sono:

- 1° condizioni socio demografiche;
- 2° motivazioni dell'accesso in Pronto Soccorso;
- 3° percezione della propria condizione di salute.

La partecipazione allo studio è stata proposta a tutti gli accessi dei diversi servizi di Pronto Soccorso che hanno ricevuto, dal personale di *Triage*, un codice bianco all'accesso. La scelta di compilare il questionario (in allegato 1) è stata del tutto volontaria e completamente anonima. Le modalità di risposta alle varie domande sono state a scelta singola oppure a scelta multipla.

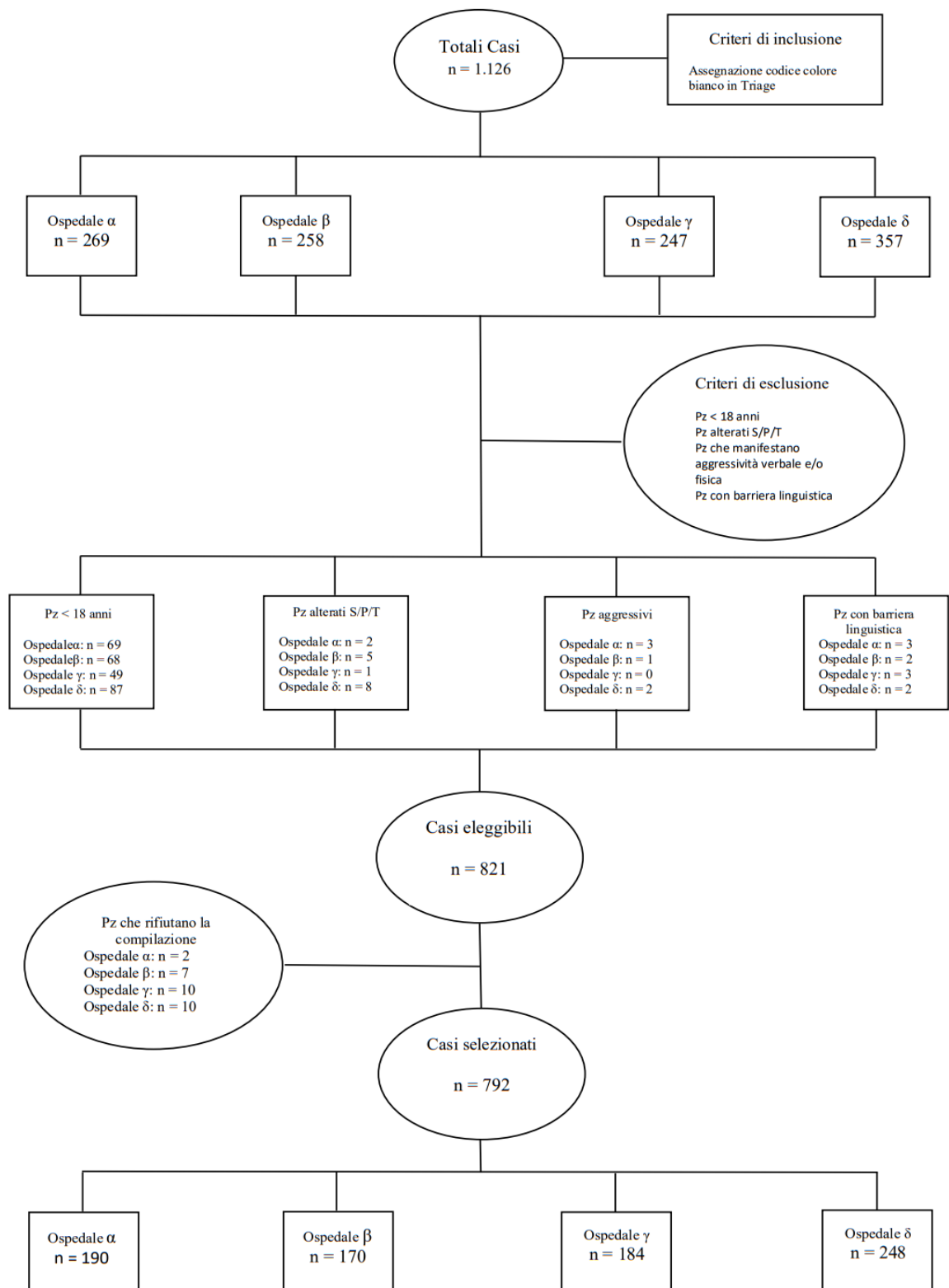


Figura 2.1 - Flow Chart

2.3 Descrizione dello strumento

Lo strumento utilizzato, riportato nell'allegato 1, è diviso in quattro sezioni, di cui tre che vanno ad analizzare le diverse motivazioni per le quali l'intervistato si è recato in PS.

La sezione **A** dello strumento ha indagato:

- Età;
- Sesso;
- Cittadinanza;
- Titolo di studio;
- Professione;
- Dove vive;
- Con chi vive;
- Esenzione ticket;
- Quanto dista l'ospedale dalla propria abitazione.

I fattori come età, sesso e cittadinanza sono risultati importanti al fine di definire una classe di persone che più frequentemente si recano in ospedale per condizioni di non-urgenza. Il titolo di studio è necessario per definire l'istruzione dell'utente e la capacità di sapersi informare o saper utilizzare gli strumenti per trovare servizi alternativi. Un altro fattore indagato è la professione: ci si aspetta infatti che per patologie non urgenti l'utente si rechi in Pronto Soccorso compatibilmente con gli orari di lavoro.

Le domande inerenti al luogo di residenza sono servite poi a stimare il bisogno di cura. Infine, viene richiesto se il paziente possiede qualche tipo di esenzione per vedere se coincide con un aumento o meno degli accessi in PS.

La sezione **B**, legata alle motivazioni che hanno portato il paziente ad accedere in PS, ha indagato:

- Orario di arrivo;
- Orario di compilazione;
- Modalità di arrivo;
- Tipologia di *fast-track*;
- L'esecuzione di controlli clinici negli ultimi 12 mesi;
- Un pregresso accesso in Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi;
- Presa in cura da parte del medico di Medicina Generale;

- Distanza del domicilio dall'ambulatorio del proprio medico di famiglia;
- Quanto dista l'ambulatorio di guardia medica dalla propria abitazione;
- Chi ha dato l'indicazione di recarsi in Pronto Soccorso;
- Per quale motivo si è recato in Pronto Soccorso, con due sottoclassi:
 - Motivazioni personali;
 - Motivazioni legate ai servizi sanitari.

Nella sezione B del questionario in una prima analisi viene chiesto di compilare l'orario di arrivo in Pronto Soccorso: tramite questo dato è possibile verificare in che fasce orarie o in che momenti della giornata si presenta il maggior numero di codici bianchi. Viene inoltre specificato il mezzo con il quale il paziente arriva presso il Servizio; solitamente, vista la non gravità delle condizioni cliniche del paziente, ci si aspetta un arrivo presso la struttura autonomo o con accompagnamento.

Il paziente, se a conoscenza del tipo di Servizio, è tenuto a indicare se il problema per il quale si presenta in Pronto Soccorso rientra fra i percorsi facilitati (*fast-track*). Questi ultimi rappresentano percorsi attivati dall'infermiere di *Triage* secondo metodi di esclusione ed inclusione per inviare l'utente direttamente dallo specialista competente, qualora esso presenti un quadro di patologia minore con chiara pertinenza monospecialistica. Nelle aree di studio dell'Ulss di appartenenza sono individuati i seguenti *fast-track*:

- Oculistici;
- Ortopedici;
- Otorinolaringoiatri;
- Odontoiatrici e Maxillo-Facciali;
- Urologici;
- Ginecologici e Ostetrici;
- Pediatrici.

Successivamente, si indaga se il paziente negli ultimi 12 mesi abbia effettuato dei controlli clinici, se si sia recato in Pronto Soccorso o abbia usufruito di servizi territoriali come il Medico curante o il Servizio di Guardia Medica. In accompagnamento a questo dato deve essere indicata la distanza dalla propria abitazione, se conosciuta, da tali servizi: ciò risulta utile nel verificare se il Pronto Soccorso sia, per posizione geografica, il presidio più accessibile per distanza rispetto

al MMG o al Servizio di Guardia Medica e ne derivi un discriminante significativo nelle scelte della popolazione nel rivolgersi a tale struttura.

Alla luce di questi dati si reputa doveroso individuare le figure e le motivazioni che hanno portato il paziente ad accedere al Servizio di Urgenza/Emergenza; fra queste troviamo:

- Medico di base;
- Guardia Medica;
- Medico Specialista;
- Provenienza da altro Pronto Soccorso;
- Decisione autonoma;
- Parenti/Amici;
- Farmacista;
- Inviato dal CUP;
- Inviato da un Ambulatorio Divisionale;
- Intervento del 118;
- Altro: nel quale l'utenza può specificare una figura o una motivazione fin qui non elencate.

In ultima analisi si vogliono indagare le motivazioni per le quali la persona giunge in Pronto Soccorso: vengono divise in Motivazioni Personali (dell'utenza) e Motivazioni legate ai Servizi Sanitari.

Le motivazioni personali comprendono tutte le scelte che il soggetto può prendere in relazione alla percezione della sua salute psico-fisica, condizione economica ed altre esigenze come, ad esempio, la necessità di un certificato medico o nel caso di infortuni sul lavoro. Differentemente, le motivazioni legate ai servizi sanitari comprendono le credenze e le conoscenze dell'utenza rispetto la capacità del Pronto Soccorso di erogare determinate prestazioni con una determinata tempistica e assicurare, con un certo livello di gratuità, un servizio accessibile 24h su 24.

Per entrambe le motivazioni l'utente ha la possibilità di selezionare più risposte.

Infine, la sezione C ha indagato la percezione di salute dell'utenza attraverso le seguenti domande:

- Da quanto tempo persiste il problema?
- Come va in generale la salute?

- Nell'ultimo mese per quanti giorni non si è sentito bene a livello di salute fisica?
- Nell'ultimo mese per quanti giorni non si è sentito bene a livello di salute mentale (problemi emotivi, ansia, angoscia, stress)?
- Nell'ultimo mese per quanti giorni non si è sentito bene a livello di attività abituali?
- Soffre di malattie croniche?
- Prende farmaci per le malattie croniche?

Punto focale della terza sezione è il condizionamento psico-fisico del paziente dovuto alla patologia presentata. Nella domanda in cui si chiede da quanto tempo persiste il problema dell'utente, le possibili risposte sono: 1 ora, meno di 24 ore, da 2 a 6 giorni e più di una settimana. Queste risposte risultano efficaci per definire la gravità del problema percepita dal paziente rispetto al codice di *Triage* a lui assegnato. Se il paziente percepisce la condizione molto urgente si recherà immediatamente in Pronto Soccorso, al contrario, se non preoccupa eccessivamente il paziente potremo aspettarci risposte quali "da 2 a 6 giorni" o "più di una settimana". In seguito, si chiede al paziente di dare una valutazione soggettiva del suo stato di salute generale (molto male, male, discretamente, bene, molto bene) per confrontarlo con la valutazione oggettiva del personale sanitario. Successivamente viene esaminata la qualità di vita degli assistiti negli ultimi 30 giorni attraverso tre aspetti: la salute fisica, la salute mentale e il normale svolgersi delle attività quotidiane domandando quali e da quanto tempo il disturbo ne condiziona le diverse sfere. Infine, si va ad analizzare la presenza di patologie croniche e l'assunzione di farmaci per le stesse al fine di definire se la problematica riportata dall'assistito all'accesso in Pronto Soccorso possa essere causata o condizionata da uno stato patologico preesistente.

L'intervistatore deve inoltre completare il questionario inserendo:

- Data;
- Giorno della settimana;
- Pronto Soccorso di riferimento;
- Chi risponde al questionario;
- Se necessita di aiuto al momento della compilazione;
- Se il paziente parla italiano

La sezione dedicata alla compilazione da parte dell'intervistatore è necessaria per trarre le conclusioni dello studio; in particolare si vuole indagare il giorno della settimana e l'orario nel quale, negli ospedali in cui si svolge l'intervista, si è registrato il maggior numero di accessi in codice bianco.

Delle persone che hanno rifiutato la compilazione del questionario sono stati raccolti i dati di orario di arrivo, orario del rifiuto, nazionalità, età apparente, sesso e data ed ospedale in cui si è verificato l'evento.

Inoltre, sono state contate le persone non eleggibili spiegandone la motivazione tra: Pazienti pediatrici, pazienti disorientati S/T e pazienti che manifestano aggressività verbale e/o fisica.

2.4 Modalità di analisi dei dati

I dati raccolti verranno elaborati utilizzando un programma di calcolo Excel ® e gli strumenti di analisi statistica descrittiva: frequenza assoluta e percentuale. Sono state eseguite delle analisi univariate e bivariate per valutare l'associazione tra i dati ed estrarre quelli statisticamente significativi.

Analisi univariata

Tutte le variabili continue (età, autopercezione dei giorni di malessere fisico, dei giorni di malessere mentale e dei giorni di incapacità di svolgere le attività abituali) sono state ricodificate in classi di opportuna ampiezza per essere analizzate come variabili categoriali. La distribuzione della variabile età è stata comunque rappresentata graficamente mediante istogramma e descritta con indici di tendenza centrale e di dispersione.

Tutte le variabili categoriali sono state descritte singolarmente mediante frequenze assolute e frequenze relative.

Analisi bivariata

Per gli Outcome principali (motivazioni personali e motivazione legate ai servizi) sono state riportate le distribuzioni bivariate rispetto a tutte le variabili rilevate: la verifica dell'associazione statistica è stata valutata mediante il test del chi-quadrato di Pearson o, se non applicabile, mediante il test esatto di Fisher. Oltre ai due Outcome principali l'analisi bivariata è stata applicata anche ad altre variabili di particolare interesse (Presidio ospedaliero, presenza del MMG, ecc).

In tutte le analisi svolte è stato considerato significativo un valore $p\text{-value} < 0.05$. I dati sono stati analizzati con il software Stata versione 14 (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1 Descrizione del campione: Analisi socio-demografica

Nell'esposizione dei dati raccolti con i questionari si presentano per ogni voce la divisione dei risultati per i singoli ospedali (α , β , γ e δ) e il totale derivante dalla somma di questi. Nelle tabelle e nei grafici di tutto il capitolo i valori numerici sono espressi in valore assoluto (n) e valore relativo (%). In tabella 3.I vengono riportati gli accessi totali, i rifiuti e gli accessi pediatrici avvenuti nei vari ospedali.

Tabella 3.I - Tabella degli accessi, dei rifiuti e dei pediatrici

Ospedale	Registrati	Rifiuti	Pediatrici
α	190	2	69
β	170	7	68
γ	184	9	49
δ	248	10	87
Totale	792	29	273

Nella tabella 3.II e nella figura 3.1 sono stati raggruppati i dati di età e sesso; in figura 3.1 si sottolinea come la distribuzione del sesso fra i quattro campioni rilevati sia omogenea in rapporto all'età. L'andamento dell'età tra le donne risulta più costante rispetto agli uomini che presentano una frequenza lievemente maggiore nell'età compresa tra 40 e 60 anni.

Tabella 3.II - Distribuzione del campione per sesso ed età

	Ospedali								Totale	
	α		β		γ		δ			
Età media (anni)										
Media età (anni)	47.73		48.78		52.48		52.88		50.66	
Genere	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Maschi	99	52.11	95	55.88	99	53.80	140	56.45	433	54.67
Femmine	91	47.89	75	44.12	85	46.20	108	43.55	359	45.33
Totale Genere	190	100.00	170	100.00	184	100.00	248	100.00	792	100.00

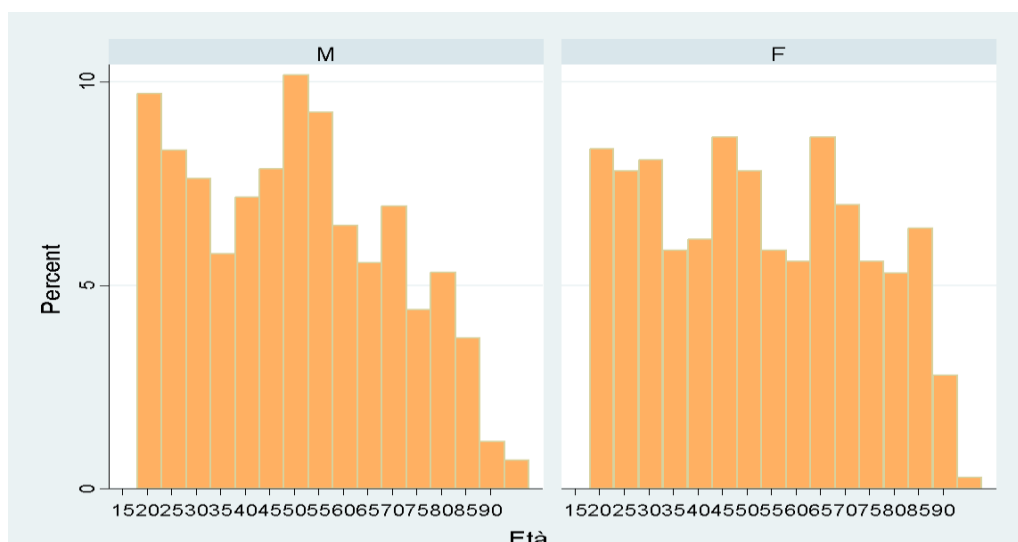


Figura 3.1 - Grafico della distribuzione del campione per età e sesso

In tabella 3.III sono rappresentati i dati relativi alla cittadinanza. Per facilitarne la comprensione si è deciso di dividere la popolazione in tre classi: italiana, comunitaria (appartenenti all’Unione Europea) ed extra comunitaria. Si evidenzia una quasi totalità degli accessi di cittadinanza italiana con $n = 728$ (91.92%).

Tabella 3.III - Distribuzione del campione per ospedale e cittadinanza.

Totale cittadinanze	Ospedali								Totale	
	α		β		γ		δ			
Cittadinanza	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Italiana	173	91.05	156	91.76	174	94.57	225	90.73	728	91.92
Comunitaria	3	1.58	6	3.53	3	1.63	7	2.82	19	2.40
Extra-comunitaria	14	7.37	8	4.70	7	3.80	16	6.45	45	5.68
Somma Stranieri e % sul Totale	17	8.95	14	8.24	10	5.43	23	9.27	64	8.08

Dopo aver analizzato dati quali età, sesso e cittadinanza si espone il livello di istruzione della popolazione in studio e la professione attuale (tabella 3.IV e 3.V).

Il campione preso in esame riporta una maggioranza con licenza media, $n = 284$ (35.56%) e superiore con $n = 296$ (37.37 %).

Tabella 3.IV - Distribuzione del campione per ospedale e livello di istruzione

Titolo di Studio	Ospedali								Totale	
	α		β		γ		δ			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nessun titolo	4	2.11	2	1.18	4	2.17	7	2.82	17	2.15
Elementare	24	12.63	21	12.35	30	16.30	49	19.76	124	15.66
Medie	82	43.16	84	49.41	54	29.35	64	28.81	284	35.86
Superiori	62	32.63	44	25.88	80	43.48	110	44.35	296	37.37
Laurea	18	9.47	19	11.18	16	8.70	18	7.26	71	8.96
Totale	190	100.00	170	100.00	184	100.00	248	100.00	792	100.00

Nei dati riguardanti la professione (tabella 3.V) le tipologie più frequenti sono i pensionati con $n = 207$ (26.14%) e la classe degli operai con $n = 175$ (22.10%). Nella voce Altro sono state raggruppate le altre professioni che non rientravano nelle classi proposte.

Tabella 3.V - Distribuzione del campione per ospedale e professione

Professione	Ospedali								Totale	
	α		β		γ		δ			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Studente	12	6.32	13	7.65	10	5.43	15	6.05	50	6.31
Disoccupato/ Inabile al lavoro	3	1.58	6	3.53	12	6.52	9	3.62	30	3.79
Casalinga/ Badante/Colf	18	9.47	12	7.06	21	11.41	15	6.05	66	8.33
Pensionato	34	17.89	39	22.94	53	28.80	81	32.66	207	26.14
Dirigente/ Libero Professionist a/ Imprenditore	22	11.58	10	5.88	14	7.61	25	10.08	71	8.96
Artigiano/ Commercian te/Tecnico Specializzato	20	10.53	17	10.00	15	8.15	19	7.66	71	8.96
Impiegato/ Insegnante	22	11.58	24	14.18	20	10.87	17	6.85	83	10.48
Operaio	52	27.37	40	23.53	31	16.85	52	20.97	175	22.10
Altro	7	3.68	9	5.29	8	4.35	15	6.05	39	4.92
Totale	190	100.00	170	100.00	184	100.00	248	100.00	792	100.00

Di seguito si presentano i dati relativi alla convivenza degli utenti (tabella 3.VI) distinguendo se la persona vive da sola, con i propri familiari o amici/colleghi e figure di supporto quali caregiver e badanti. Dai questionari emerge che la maggior parte dei pazienti vive con qualcuno: n = 243 persone con il coniuge/compagno (43.31%) e n = 334 con i familiari (42.17%). Nelle celle in cui non è presente un valore numerico, non si è registrato nessun utente appartenente alla categoria proposta.

Tabella 3.VI - Distribuzione del campione per ospedale e conviventi.

Con chi vive	Ospedali								Totale	
	α		β		γ		δ			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Da solo/a	22	11.58	30	17.65	20	10.87	30	12.10	102	12.88
Con coniuge-compagno/a	84	44.21	72	42.35	78	42.39	109	43.95	343	43.31
Con i familiari	82	43.16	66	38.82	84	45.65	102	41.13	334	42.17
Con la badante	2	1.05					2	0.80	4	0.50
Con amico/i o colleghi di lavoro			2	1.18	2	1.09	5	2.02	9	1.14
Totale	190	100.00	170	100.00	184	100.00	248	100.00	792	100.00

In tabella 3.VII sono presentati i dati riguardanti la tipologia di esenzione degli utenti. Si nota che la maggioranza degli utenti che accedono in Pronto Soccorso in codice bianco non sono esentati dal ticket: n = 527 (66.54%).

Tabella 3.VII - Distribuzione del campione per ospedale ed esenzione al ticket.

Totale esenzioni	Ospedali								TOTALE	
	α		β		γ		δ			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Non esente	135	71.05	114	67.06	126	68.48	152	62.29	527	66.54
Reddito/età	19	10.00	30	17.65	22	11.96	40	16.13	125	15.78
Patologia/invalidità	33	17.37	24	14.12	36	19.57	54	21.77	133	16.79
Gravidanza	1	0.53	2	1.18			1	0.40	4	0.51
Non dichiarato	2	1.05					1	0.40	3	0.38
Totale	190	100.00	170	100.00	184	100.00	248	100.00	792	100.00

L'ultima voce della sezione A chiede di indicare la distanza dal domicilio del paziente all'ospedale in cui si è recato (tabella 3.VIII). Come opzioni i pazienti hanno potuto scegliere tra tre range di distanza: quella con maggior frequenza è stata da 6 a 35 km con n = 550 (69.44%).

Tabella 3.VIII - Distribuzione del campione per ospedale e distanza dell'ospedale dal domicilio.

Distanza casa-ospedale	Ospedali								Totale	
	α		β		γ		δ			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Meno di 5 km	62	32,63	35	20,59	68	36,96	53	21,37	218	27,53
Da 6 a 35 km	127	66,84	129	75,88	112	60,87	182	73,39	550	69,44
Più di 35 km	1	0,53	6	3,53	4	2,17	13	5,24	24	3,03
Totale	190	100.00	170	100.00	184	100.00	248	100.00	792	100

3.2 Descrizione delle motivazioni dell'accesso in Pronto Soccorso

La Sezione B dello strumento inizia indagando la modalità di arrivo al Servizio di Pronto Soccorso; dalla figura 3.2 si evidenziano tre possibili scelte che comprendono il mezzo proprio, che sia il paziente stesso o un parente/amico alla guida, l'ambulanza o altri mezzi quali taxi, trasporto pubblico o le forze dell'ordine. Risulta prevalente, con il 92 %, l'accesso con il mezzo proprio.

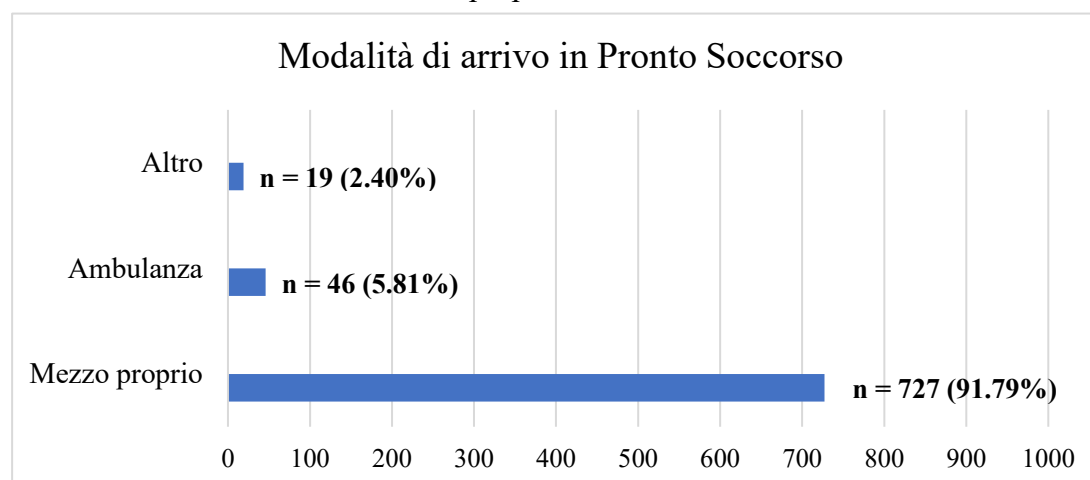


Figura 3.2 - Modalità con il quale il paziente si reca in Pronto Soccorso

Successivamente si vuole verificare se, negli ultimi 12 mesi, i pazienti presi in esame hanno effettuato controlli clinici come visite specialistiche, esami strumentali e di laboratorio o follow up annuali (figura 3.3); si è registrato che:

- n = 504 (63.64%) hanno effettuato controlli clinici;
- n = 288 (36.36%) non hanno effettuato controlli clinici.

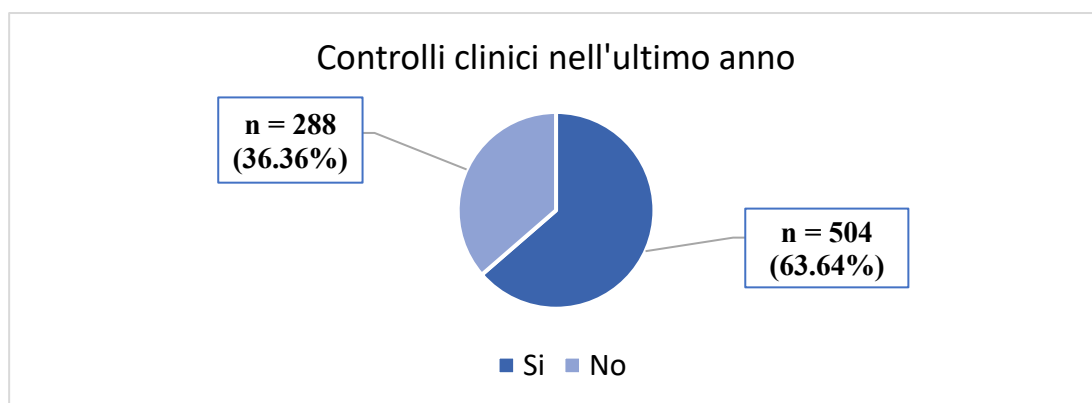


Figura 3.3 - Controlli clinici nell'ultimo anno

Allo stesso modo si verifica se il campione preso in studio (n = 792) nell'ultimo anno si è già recato al Pronto Soccorso. In caso di risposta positiva si specifica con dei range di riferimento, 1 – 2 volte o 3 o più volte, il numero di volte che una persona si è recata presso il Servizio (tabella 3.IX).

Tabella 3.IX - Accesso in Pronto Soccorso nell'ultimo anno

Frequenza	n	%
No	472	59.60
1 – 2 volte	231	29.17
3 o più volte	89	11.24
Totale	792	100.00

Successivamente si registra quanti pazienti sono seguiti dal Medico di Medicina Generale (figura 3.4).

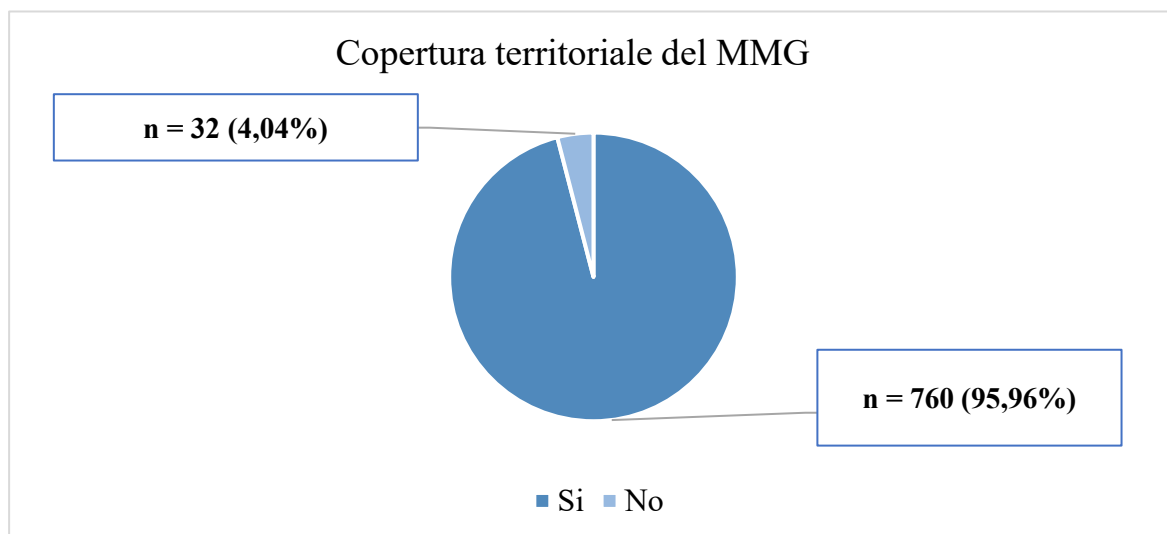


Figura 3.4 - Copertura territoriale del Medico di Medicina Generale

In accompagnamento a questo dato si rileva la distanza, espressa in km, dall'ambulatorio del medico alla residenza dei pazienti rispondenti al questionario:

- Meno di 5 km: n = 505 (63.76%);
- Da 6 a 35 km: n = 230 (29.04%);
- Più di 35 km: n = 22 (2.78%);
- Voce "Non so": n = 20 (2.53%);
- Voce non compilata dai pazienti: n = 15 (1.89%).

È stata poi esaminata la figura che ha richiesto l'accesso del paziente in Pronto Soccorso (figura 3.5). Tra le figure che ritengono necessario l'accesso in Pronto Soccorso troviamo il paziente stesso per decisione propria con n = 517 (65.28%), medico di base con n = 108 (13.64%) e guardia medica con n = 92 (11.62%).

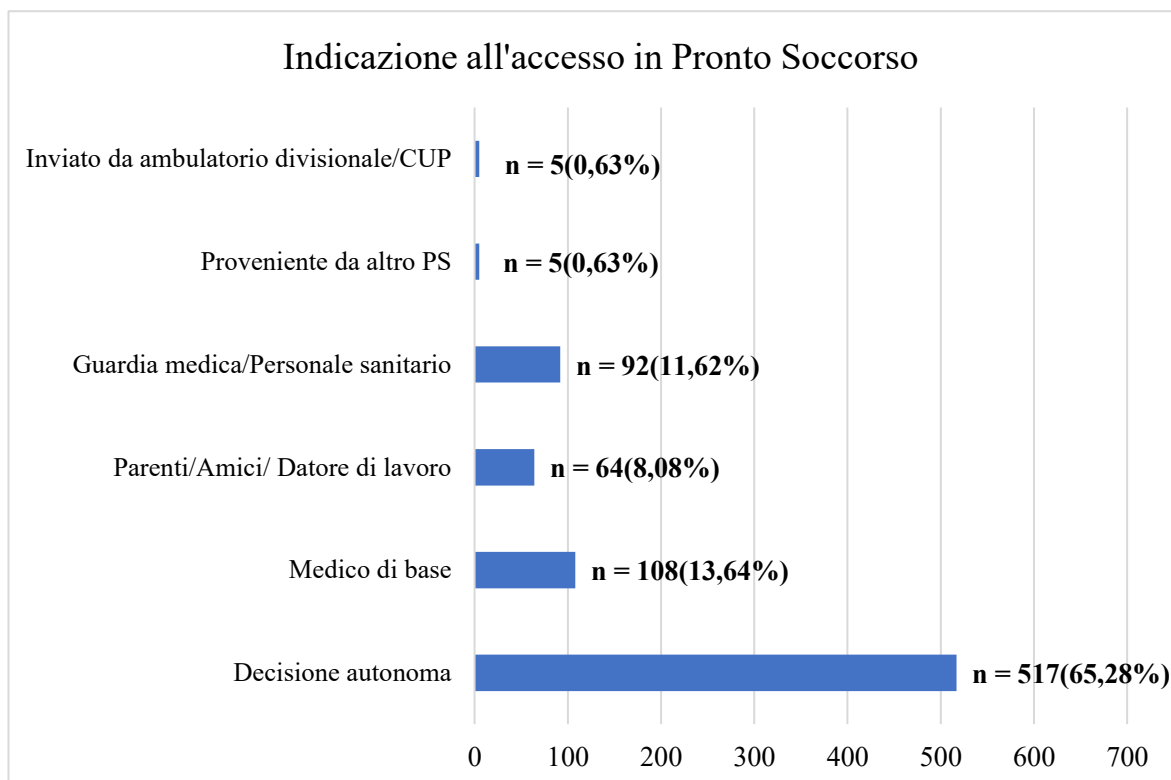


Figura 3.5 - Indicazione all'accesso in Pronto Soccorso

Si illustrano le motivazioni per le quali un paziente si sia recato al Pronto Soccorso. Queste vengono divise in due sezioni:

- Motivazioni personali dei pazienti in merito al problema/sintomo che presentano e alle loro necessità (figura 3.6);
- Motivazioni legate ai Servizi Sanitari le quali riflettono la credenza e la percezione dell'offerta e disponibilità del servizio percepita dai pazienti rispondenti al questionario (figura 3.7).

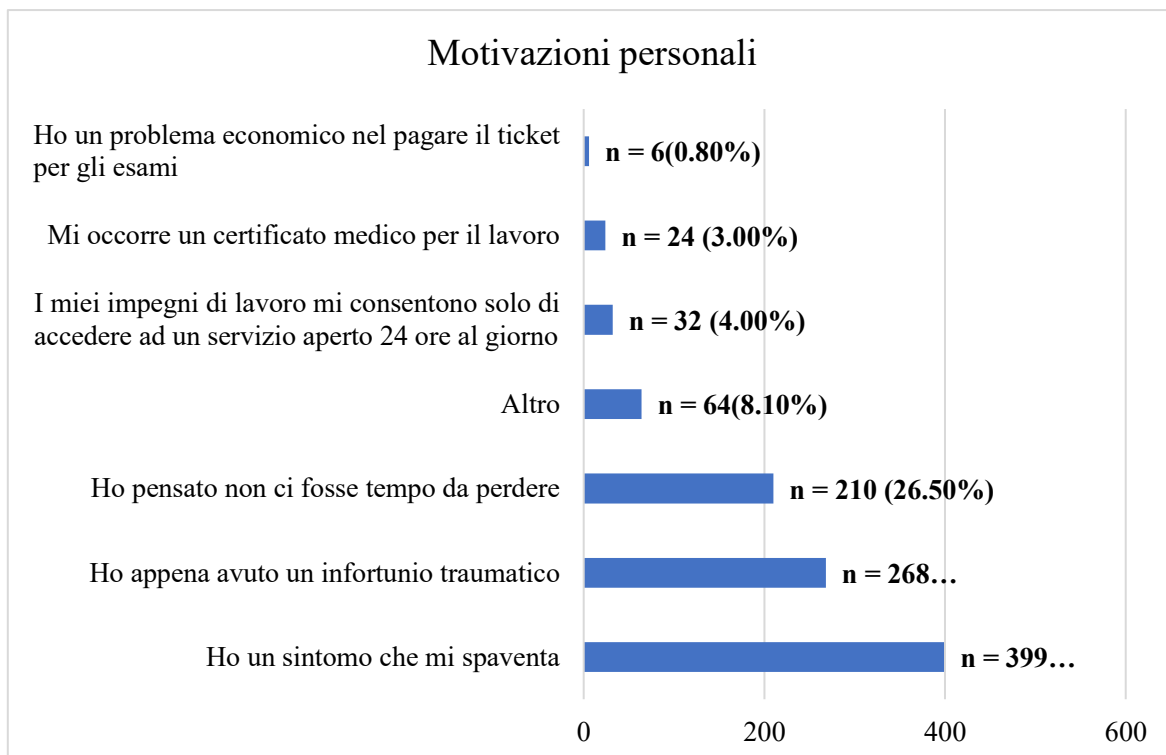


Figura 3.6 - Motivazioni personali per l'accesso in Pronto Soccorso

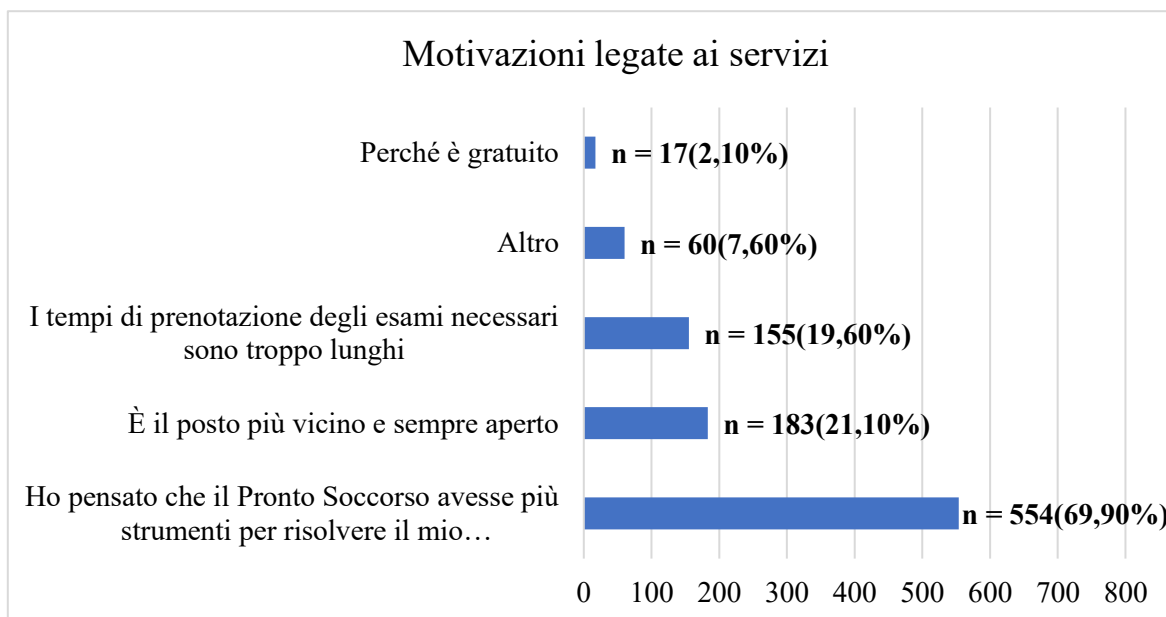


Figura 3.7 - Motivazioni legate ai Servizi Sanitari per l'accesso in Pronto Soccorso

3.3 Descrizione della percezione sullo stato di salute

Nella sezione C dello strumento è stata indagata la percezione di salute da parte dei pazienti. Nella prima domanda del questionario si chiede da quanto tempo persiste la problematica che ha portato gli utenti ad accedere in Pronto Soccorso. Nella figura 3.8 si possono individuare le frequenze per risposta; la possibilità di scelta era tra: 1 ora, meno di 24 ore, da 2 a 6 giorni, più di una settimana. Circa metà del campione osservato accede al Pronto Soccorso nonostante il problema di salute si presenti da oltre 48 ore.

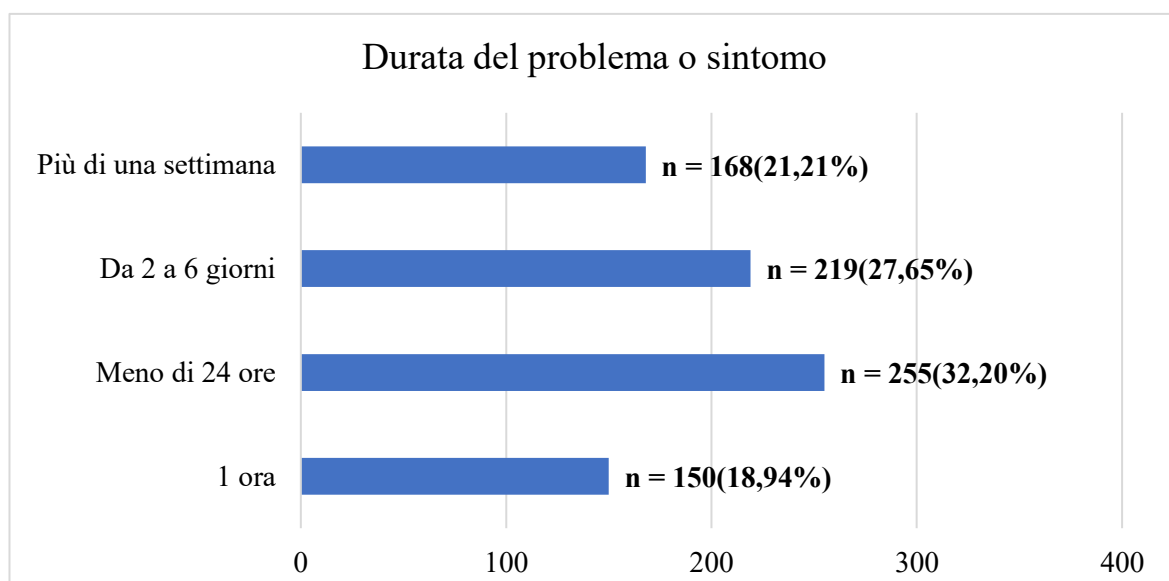


Figura 3.8 - Durata del problema o sintomo

In seguito, si domanda al paziente come va in generale la sua salute. Per questa domanda ci sono cinque possibili risposte: molto bene, bene, discretamente, male, molto male.

Come si può notare nella figura 3.9 è emerso che:

- n = 462 (58.33%) dichiarano di stare da “bene” a “molto bene”;
- n = 263 (33.21%) dichiarano di stare “discretamente”;
- n = 67 (8.46%) dichiarano di stare da “male” a “molto male”.

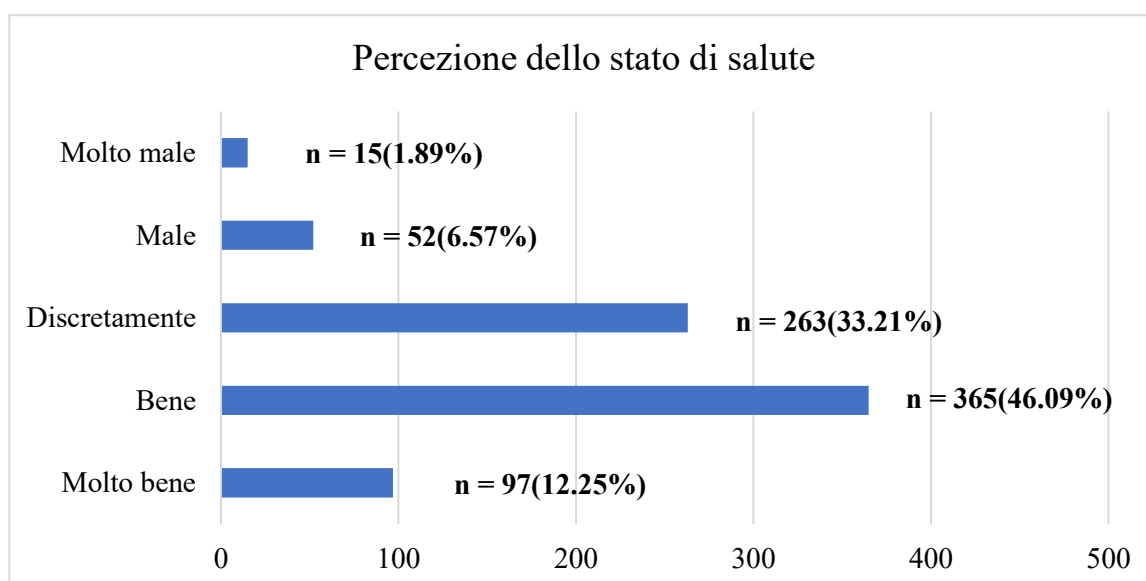


Figura 3.9 - Percezione dello stato di salute

Successivamente iniziano una serie di domande che vanno ad indagare per quanti giorni il paziente non si è sentito bene nell'ultimo mese. Sono state analizzate tre sfere utilizzando le domande seguenti:

- Nell'ultimo mese, se considera la sua **salute fisica** (comprese malattie e conseguenze di incidenti), per quanti giorni non si è sentito/a bene?
- Nell'ultimo mese, se considera la sua **salute mentale** (aspetti psicologici come problemi emotivi, ansia, angoscia, stress), per quanti giorni non si è sentito/a bene?
- Nell'ultimo mese per quanti giorni non è stato in grado di svolgere le sue **attività abituali** (lavoro, hobby, sport, cura di sé, etc.) a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica?

Le tre domande sopra riportate non sono a risposta multipla ma richiedono che il paziente scriva un numero indicativo dei giorni che gli hanno causato qualche tipo di disagio nell'ultimo mese.

In seguito, è riportato un diagramma (figura 3.10) che individua lungo le ordinate il numero di persone che per ogni voce hanno segnato un numero (riportato lungo l'ascissa) che simula le giornate di un mese.

Per ogni voce i valori massimi si sono riscontrati a 0 giorni, in particolare:

- Alla domanda “Nell’ultimo mese, se considera la sua **salute fisica** (comprese malattie e conseguenze di incidenti), per quanti giorni non si è sentito/a bene?” si registra n = 372 (46.97%) con risposta “0” giorni;
- Alla domanda “Nell’ultimo mese, se considera la sua **salute mentale** (aspetti psicologici come problemi emotivi, ansia, angoscia, stress), per quanti giorni non si è sentito/a bene?” si registra n = 483 (60.98%) con risposta “0” giorni.
- Alla domanda “Nell’ultimo mese per quanti giorni non è stato in grado di svolgere le sue **attività abituali** (lavoro, hobby, sport, cura di sé, etc.) a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica?” si registra n = 450 (56.82%) con risposta “0” giorni.

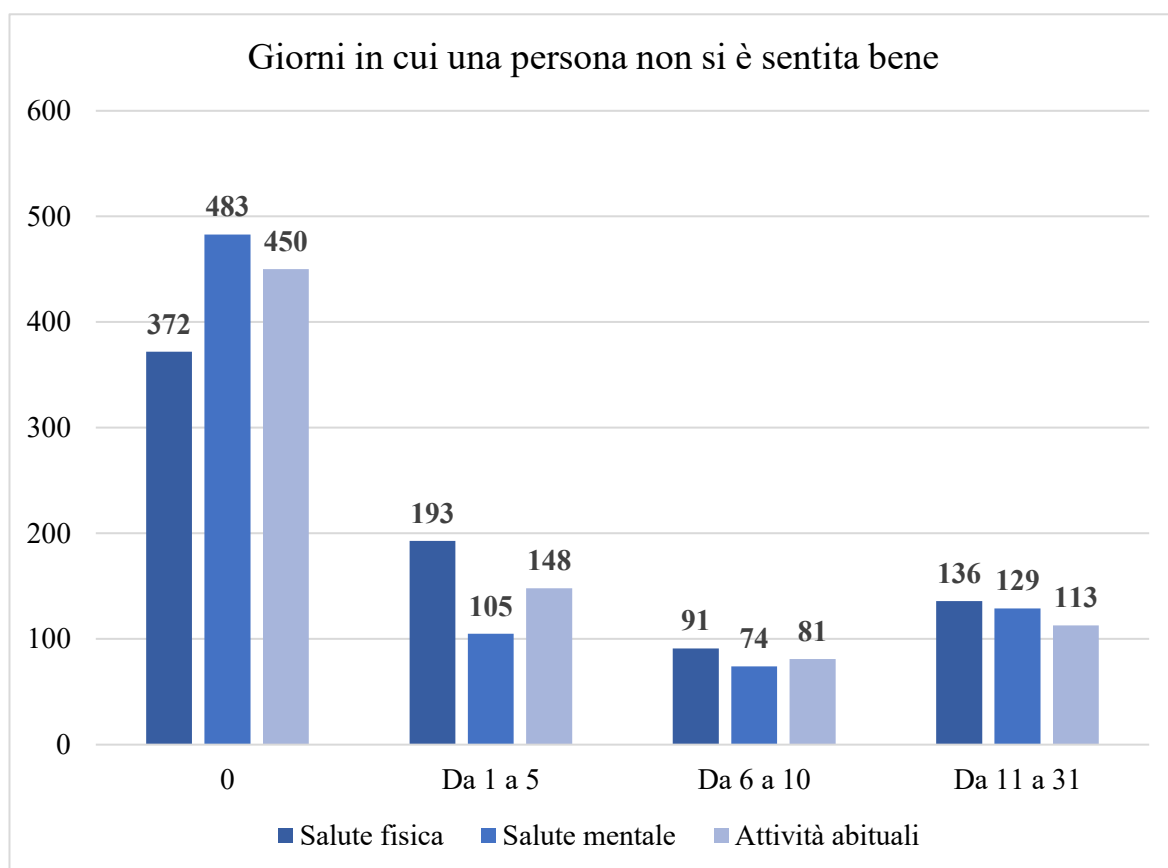


Figura 3.10 - Giorni in cui una persona non si è sentita bene

Infine, le ultime due domande della sezione C indagavano la presenza di patologie croniche nei pazienti e l'assunzione di farmaci per la gestione delle stesse.

Entrambe le domande erano a risposta multipla potendo scegliere tra "Sì" e "No".

Nella figura 3.11 il blu risponde alla domanda "Soffre di malattie croniche?" riportando 282 Sì e 510 No, mentre l'azzurro risponde alla domanda "prende farmaci per malattie croniche?" riscontrando 283 Sì e 509 No.

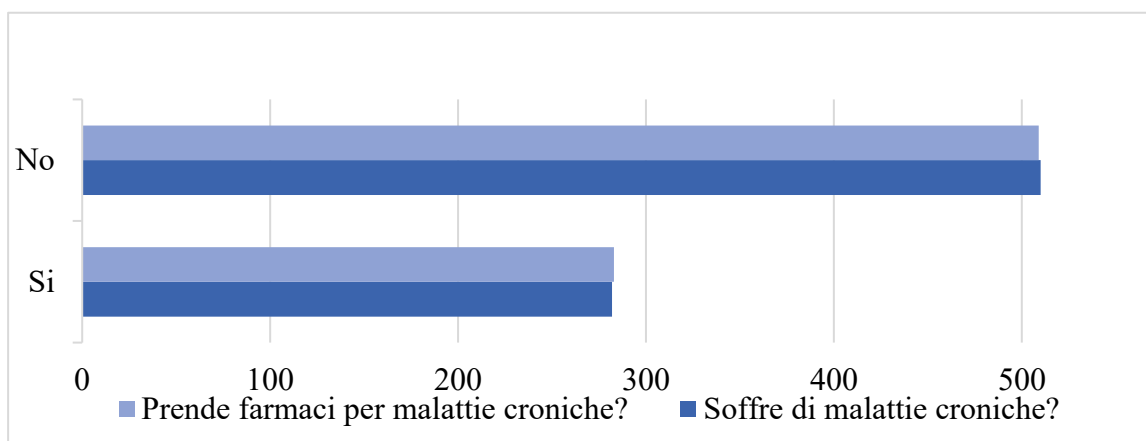


Figura 3.11 - Patologie croniche e trattamento

In ultima analisi, vediamo che in figura 3.12 vengono riportati gli accessi durante l'arco della settimana, si nota che il lunedì risulta il giorno con più accessi durante la settimana, mentre in figura 3.13 viene riportato l'orario degli accessi durante una giornata tipo con un picco di entrata alle ore 11 di mattina e un secondo picco alle ore 17.

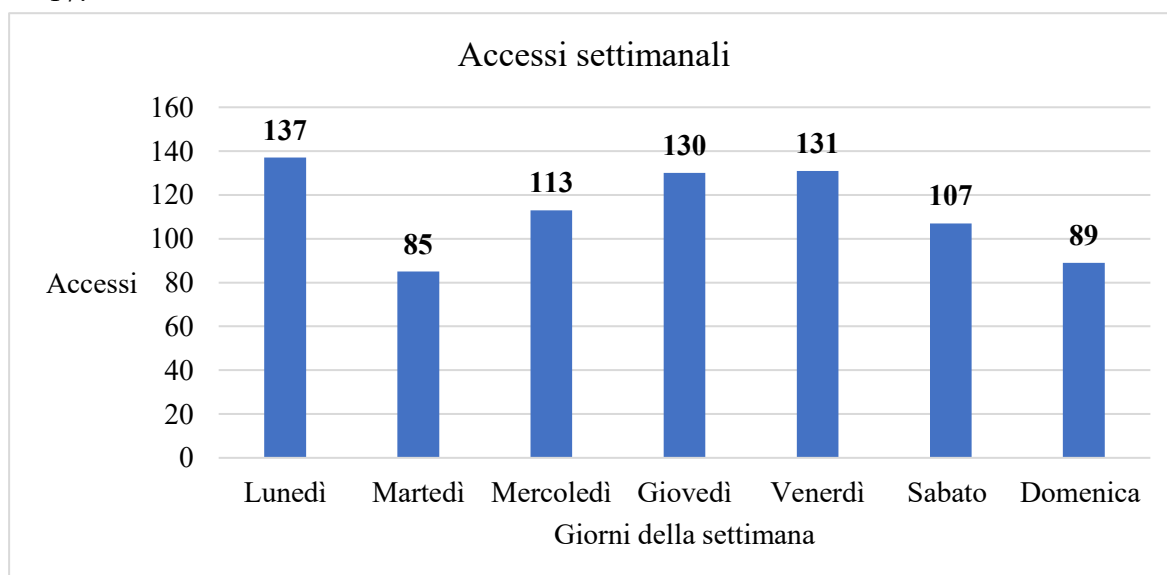


Figura 3.12 - Accessi in Pronto Soccorso durante la settimana

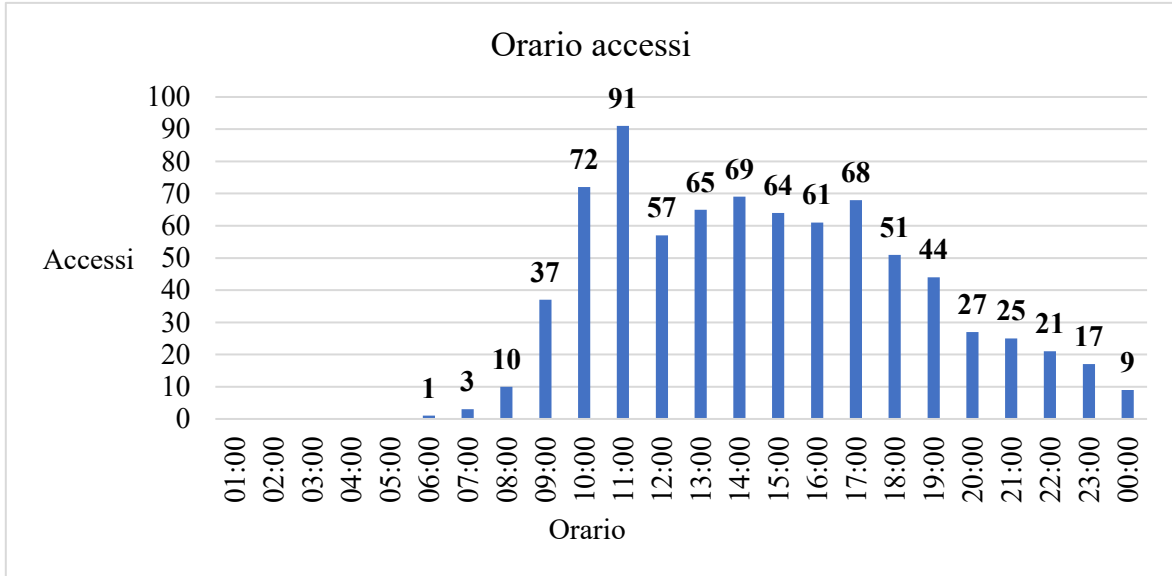


Figura 3.13 - Orario di accesso

CAPITOLO 4: IMPLICAZIONE PER LA RICERCA

Nel presente capitolo si prenderà in considerazione l'impianto metodologico dello studio restituendo alcune proposte di miglioramento in vista di una futura ricerca. Essendo stato realizzato in piccola scala l'intenzione era quella di verificare l'adeguatezza del protocollo, stabilirne la fattibilità o ricavare informazioni in grado di poter dare un contributo di miglioramento.

Verranno indicate:

- le modifiche da attuare allo strumento per migliorarne la comprensione, la compilazione e la successiva analisi dei dati raccolti;
- le proposte integrative allo strumento
- i suggerimenti sulle modalità di raccolta dati.

Nello studio in oggetto si è scelto di escludere dal campionamento i pazienti minorenni che, in realtà, ricoprono una buona parte degli accessi in Pronto Soccorso (n= 273; 24.95% sul totale dei pazienti eleggibili con codice bianco) e che contribuiscono al sovraffollamento dei Servizi. A livello nazionale, nel 2020, ha ricoperto il 2.47% degli accessi totali (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, data ultima consultazione 14/11/2022). Da questo dato si ritiene opportuno approfondire questa tipologia di accessi in un prossimo studio.

Si sono verificati numerosi *drop out* nella fase di raccolta dati in quanto, dopo la consegna dello strumento, i pazienti che seguivano percorsi *fast track* non tornavano più al servizio in quanto la pratica veniva chiusa direttamente in ambulatorio; molti questionari, in questo modo, non sono più stati consegnati.

Inoltre, si è notato come la compilazione non fosse prioritaria per alcuni utenti perché preoccupati e agitati visto il motivo di accesso e/o i tempi di attesa; ciò può aver portato a una parziale o superficiale compilazione. A molti poi non erano chiari alcuni termini utilizzati.

4.1 Proposta di modifiche allo strumento di raccolta dati

In questa sezione si analizzano le proposte di modifiche da apportare allo strumento utilizzato dagli intervistatori per renderlo più comprensibile, ma allo stesso tempo sensibile e specifico.

La prima parte riguarda le *modifiche* da attuare come, ad esempio, rimuovere la voce “*Questionario N°*” perché risulta non rilevante in quanto in fase di analisi dei dati, viene espresso in maniera automatica dall’utilizzo del sistema di raggruppamento dei dati come Excel ®.

In seconda battuta spostare la dicitura “*Barri con una X la risposta*” all’inizio del questionario per renderlo di migliore comprensione per il paziente permettendo così una migliore compilazione (tabella 4.I).

Tabella 4.I - Modifiche grafiche del questionario

QUESTIONARIO N° _____ <i>Barri con una X la risposta</i>	
<u>SEZIONE A</u> CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL PAZIENTE	
1. ETÀ (anni compiuti) _____	2. SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<i>Barri con una X la risposta</i>	

Un'altra modifica che si suggerisce di apportare è quella di collocare la voce “*Se fast track indicare il tipo*” nella sezione dedicata all’intervistatore, perché molti pazienti non conoscono il nome del percorso preferenziale che gli viene assegnato. Inoltre, è possibile modificare anche la parte che riguarda il giorno di accesso in Pronto soccorso, che può essere compilata dal paziente stesso nel momento in cui inserisce il dato di “*Orario di arrivo in Pronto Soccorso*”.

Come ultima modifica, si suggerisce di variare le voci “*Medico di Medicina Generale*” in “*Medico di base/famiglia*” per rendere più comprensibile la dicitura, in quanto molti rispondenti non sapevano se si stesse parlando di Medico di Base o di altro specialista.

Per migliorare la raccolta dei dati e facilitare la loro revisione si propone di cambiare la voce “*Cittadinanza*” rendendola una risposta multipla con le opzioni:

- *Italiana*
- *Europea (CEE e altre nazioni)*
- *Extra Europea*

Questo per semplificare l’aggregazione di questa tipologia di dati, che può fornire una varietà di risposte significative ai fini dello studio.

Per un motivo molto simile al precedente, si ritiene utile modificare le voci della domanda “*Professione attuale*”, andando a creare delle macrocategorie di lavori per raggruppare un maggior numero di rispondenti possibili.

Esse si andrebbero ad aggiungere alle proposte già presenti e sarebbero:

- A contatto con il pubblico;
- Personale sanitario;
- Autista.

Per ridurre la dispersione delle risposte, ottenere dati non standardizzabili che potrebbero distogliere il paziente dalla risposta corretta, si propone di rimuovere la voce “*Altro*” da tutte le domande che la presentano. Questo permetterebbe di creare delle classi di risposta ancora più significative rispetto a quelle già ottenute in questo studio.

Un’ulteriore modifica significativa, che si propone di attuare nel prossimo strumento, è quella di suddividere in maniera più accurata tutte quelle domande che vanno ad indicare una distanza: questo perché è stato riscontrato, durante l’analisi dei dati, una fascia di chilometraggio che comprendeva *cut-off* troppo ampi.

La proposta che si va a fare, rispetto a tutte queste tipologie di domande sulla distanza è quella di ampliare la scelta come mostrato in tabella 4.II.

Tabella 4.II - Modifiche distanza

Strumento attuale	Proposta di modifica
Meno di 5 Km	Meno di 5 Km
Tra 6 e 35 Km	Tra 6 e 15 Km
	Tra 16 a 25 Km
	Da 26 a 35 Km
Più di 35 Km	Più di 35 Km

Con questa modalità si riuscirebbe a costruire meglio la distribuzione del campione per distanza che intercorre dalla propria abitazione all'ospedale coinvolto nello studio. Per quanto riguarda la domanda "Modalità di arrivo" si propone di renderla più comprensibile all'utente aggiungendo alla dicitura "Mezzo proprio" la specifica "anche accompagnato", perché molti pazienti erano indecisi sull'opzione da scegliere non essendoci questa integrazione.

Sempre nella domanda sulla modalità di arrivo si suggerisce per quanto concerne la voce "Altro" sostituire "polizia", in quanto solitamente si presenta in Pronto Soccorso con un paziente aggressivo, uno dei nostri criteri di esclusione per la somministrazione del questionario. Sostituire "vigili del fuoco", poiché si presentano con estrema rarità in PS. Queste due voci, quindi, andrebbero sostituite con "Trasporto pubblico, Taxi" per avere completezza sulla modalità di arrivo dei pazienti. Le modifiche suggerite vengono esemplificate in tabella 4.III.

Tabella 4.III - Modifiche per la domanda Modalità di arrivo

Strumento attuale	Proposta di modifica
Mezzo proprio	Mezzo proprio (anche accompagnato)
Ambulanza	Ambulanza
Altro (Polizia, VVF, etc)	Altro (Trasporto pubblico, Taxi)

Visto che la domanda "Ha mai contattato il servizio di Guardia Medica?" risulta troppo vaga e non specifica per l'analisi, si propone di modificarla con la seguente dicitura: "Ha contattato la Guardia Medica prima di recarsi in Pronto Soccorso?", dando Sì e No come possibili risposte.

Come ulteriore cambiamento da attuare, si propone di rimuovere dalle opzioni di risposta alla domanda "È giunto in Pronto Soccorso su indicazione di" le voci "Inviato

da Ambulatorio Divisionale” e “Inviato dal CUP” in quanto sono risultate quasi del tutto assenti come risposte date dai pazienti e quindi non influenti per lo studio.

Per rendere la scelta del paziente più semplice e permettere agli intervistatori di avere una risposta più sintetica e meno ampia, nella sezione riservata alle *“Motivazioni legate ai Servizi Sanitari”* si propone di separare la voce *“Ho pensato che il Pronto Soccorso avesse più strumenti per risolvere il mio problema/avrebbe impegnato un tempo minore a risolvere il mio problema”* in due opzioni di risposta distinte.

Nella sezione C del questionario, più specificatamente nella domanda *“Da quanto tempo persiste il suo problema:”*, si propone di apportare delle modifiche che permettano di esprimere al meglio lo stato di salute del paziente e allo stesso tempo di raggruppare i dati in maniera più adeguata. Per questo motivo si suggerisce di modificare la voce *“1 ora”* in *“Da 1 a 3 ore”*.

Per sintetizzare il futuro lavoro, risulta utile sostituire l’inserimento di un numero da 0 a 31 nelle domande che riguardano i giorni di mancata salute fisica, mentale e incapacità di svolgere le attività abituali, con delle risposte già impostate che potrebbero essere suddivise nel seguente modo:

- *0 giorni;*
- *da 1 a 4 giorni;*
- *da 5 a 9 giorni;*
- *da 10 a 19 giorni;*
- *da 20 a 24 giorni;*
- *da 25 a 31 giorni.*

4.2 Proposte integrative allo strumento di raccolta dati

Nella presente sezione, invece, si andranno a proporre delle integrazioni da apportare allo strumento per investigare in maniera più approfondita alcuni fenomeni, che si colgono solo parzialmente, dai dati raccolti o che la letteratura indica come interessanti da analizzare per cogliere il fenomeno nella sua interezza.

L’elemento più rilevante e radicale è l’introduzione del consenso alla raccolta e trattamento dei dati personali (artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003). Il consenso

sottoscritto dal paziente permetterebbe all'intervistatore di avere un accesso completo alla sua cartella clinica, permettendogli di estrapolare una maggiore quantità di dati sotto descritti che potrebbero essere utili per una migliore comprensione del fenomeno. Un dato interessante che si potrebbe estrapolare dalla cartella clinica del paziente sarebbe il motivo di accesso al Pronto Soccorso e la diagnosi di uscita, per vedere quali sono le motivazioni più frequenti di accesso ai servizi di emergenza. Un'altra voce da inserire in un prossimo strumento è "*Numero di pratica*", numero che viene assegnato in automatico dal programma di *Triage*, diverso per ogni paziente, che servirà per mantenere traccia dello stesso e aiuterà l'intervistatore a recuperare i dati del paziente. Nonostante la possibilità di accedere alla cartella clinica del compilante, si suggerisce di lasciare la domanda "*Esenzione ticket per:*" come variabile di controllo, per valutare la veridicità delle risposte date.

Una volta apportata la modifica, si andrebbe a rimuovere completamente la domanda "*orario di compilazione del questionario*", ma verrebbe cambiata in "*orario di chiamata*" per avere una media dei tempi di attesa dei codici bianchi, anche in relazione allo standard di visita di un codice bianco entro 4 ore dal suo arrivo, stabilito dalla Regione Veneto nel DGR veneto n. 1035 del 12 luglio 2019. Di pari passo si collegherebbe la domanda "*Orario di dimissione del paziente*" che permetterà di capire, quanto tempo intercorre tra l'entrata e l'uscita dalla struttura ospedaliera, di un codice bianco per stabilire efficacia e l'efficienza del servizio.

Per andare ad investigare in maniera approfondita le motivazioni legate al medico di base, si propone di inserire diverse domande: la prima "*Ha contattato il Medico di base prima di recarsi in Pronto Soccorso?*". Questa domanda permetterà di valutare l'aderenza dei pazienti ai percorsi di salute più appropriati. Come risposte verranno fornite "*Si, No, No perché fuori orario di ambulatorio, Ho provato a contattarlo ma non mi ha risposto*". Collegata a questa domanda verrà inserita anche la dicitura "*Se inviato dal medico indicare il motivo*" e come possibili risposte multiple le opzioni "*A seguito di una visita, A seguito di una telefonata, Con richiesta urgente (impegnativa)*" come evidenziato in tabella 4.IV questo permetterà di analizzare le motivazioni per cui il paziente di reca in Pronto Soccorso, pur avendo contattato il medico di base, sempre in linea con quanto si evidenzia nello studio di Lega et al. (2008).

Tabella 4.IV - Modifiche domande Medico di base

Ha contattato il medico di base prima di recarsi al Pronto Soccorso?		
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No, perché fuori orario di ambulatorio
	<input type="checkbox"/> Ho provato a contattarlo ma non mi ha risposto	
Se inviato dal Medico indicare il motivo: (più risposte)		
<input type="checkbox"/> A seguito di una visita	<input type="checkbox"/> Con richiesta urgente (impegnativa)	
<input type="checkbox"/> A seguito di una telefonata		

Nella sezione B dello strumento, nella domanda *“Per quale motivo si è recato in Pronto Soccorso?”* si propone di introdurre una parte interamente dedicata alle *“Motivazioni legate al Medico di base”*, perché è stato riscontrato nello strumento attuale che alcuni pazienti non avevano la possibilità di esprimere al meglio le motivazioni dell’accesso, in quanto legate al proprio medico, anche in accordo con lo studio di Lega et al (2008). Inoltre, si evince dalla stratificazione dei risultati, che n = 119 (15.03%) pazienti si sono recati in Pronto Soccorso, senza contattare il proprio medico di base. Per comprendere meglio questo tipo di risultato si propone qualche esempio di opzioni di risposta: *“L’ambulatorio era chiuso, Non mi ha risposto, Ho più fiducia nell’ospedale, Ritengo che il PS sia più esauriente, Sono qui da poco per lavoro/studio o vacanza e non ho il medico di famiglia, Il medico di base è andato in pensione e non ho il sostituto”*.

Come ultima integrazione da apportare allo strumento, si suggerisce di introdurre la voce *“Ho contattato la guardia medica ma non mi ha risposto”*, nella sezione *“Motivazioni legate ai Servizi Sanitari”*, per permettere all’utente che si reca al Servizio fuori dall’orario di ambulatorio del suo medico di base di esprimere l’eventuale motivazione legata a questo tipo di problema.

4.3 Modifiche alla modalità di raccolta dati

Per ampliare il bacino di utenti rispondenti al questionario, si suggerisce di estendere l'orario della raccolta dei dati, portandola dalle 14 ore della raccolta attuale, ad una analisi sulle 24 ore per permettere di avere una visione degli accessi di una giornata completa mantenendo sempre i giorni di rilevazione distribuiti in tutta la settimana.

Per rendere più affidabili le risposte degli intervistati, si propone di creare uno strumento uguale al cartaceo, ma in versione digitale mantenendo comunque la possibilità dell'intervistatore di accedere alla cartella clinica del paziente. Questo perché nello studio di Sizmur et al (2015) si denota una maggiore franchezza nella compilazione del questionario quando il compilatore non è a stretto contatto con il ricercatore che lo somministra.

Un'ulteriore integrazione per ampliare ancora di più la raccolta dati eliminando le interferenze dovute agli accessi con codice bianco in altri ospedali provinciali non oggetto di rilevazione, si propone di allargare lo studio a tutta la provincia analizzata, comprendendo così tutti gli ospedali presenti sul territorio.

4.4 Il contributo dell'infermiere nel lavoro di ricerca

Considerando le esperienze raccolte da tutti gli intervistatori si può affermare che gli stessi conducevano l'indagine nei servizi di Pronto Soccorso indossando la casacca in uso al personale infermieristico. Durante tutto il periodo di raccolta dei dati, essendo presenti in sala di attesa, ricevevano molte domande riguardo i tempi di attesa, le condizioni dei pazienti e altre domande simili alle quali i ricercatori non erano in grado di rispondere perché fuori dal mandato per il quale erano presenti. Gli intervistatori erano visti come parte del personale in servizio e questo, unito alla loro presenza, può aver determinato il fatto che le risposte si siano modificate per effetto della presenza di osservatori (effetto Hawthorne).

D'altra parte, i ricercatori sono stati una figura di supporto per le persone che compilavano il questionario: sempre disponibili a qualsiasi tipo di chiarimento e ad aiutare a comprendere le domande, a dare spiegazioni sul motivo per il quale veniva richiesta la compilazione del questionario e sullo scopo che avesse la raccolta dei dati. Se nello studio condotto Simonetti (2011), la ricerca è stata condotta da un

intervistatore con formazione biomedica ed esperienza clinica in Pronto Soccorso, in questo studio i ricercatori erano degli studenti di infermieristica prossimi alla laurea. Quindi la figura del ricercatore, fisicamente presente alla consegna dei questionari e disponibile ai chiarimenti, è sicuramente importante per questo tipo di studio. Allo stesso tempo però deve essere vista distaccata dal contesto in cui si trova, in questo caso il Pronto Soccorso, e quindi una figura esclusivamente dedicata allo studio. L'infermiere di ricerca può risultare utile per il proseguo dell'indagine, diventando parte attiva del gruppo. Questa specializzazione, in Italia, è poco presente, ma dagli studi condotti è emersa molta soddisfazione da parte dei pazienti. Questo perché l'infermiere all'interno del lavoro di ricerca, viene definito come l'anello che permette di unire lo studio e i pazienti che ne fanno parte.

4.5 Conclusioni

Il ruolo dell'infermiere, all'interno della presente ricerca, ha permesso di poter ottenere un alto numero di consensi; al contempo, esso si è fatto garante che tutti i pazienti avessero pienamente compreso le finalità dello studio e che il consenso fosse realmente autentico. La sua presenza ha permesso di mettere a proprio agio i pazienti (avendo tempo a disposizione rispetto alla quotidianità del servizio), spiegando in modo semplice quello che prevedeva il protocollo, ottenendo così la fiducia del paziente, che è alla base del rapporto con i sanitari; tutto ciò si è riflesso, per l'appunto, su una migliore aderenza. Questo significa, anche, una maggiore tutela e sicurezza del paziente e una migliore qualità e precisione dei dati raccolti.

Proseguire con lo studio, permetterebbe di indagare in modo più esaustivo il fenomeno partendo proprio dagli utenti e dalle motivazioni che li hanno spinti ad accedere al servizio di Pronto Soccorso piuttosto che rivolgersi alle strutture territoriali più appropriate per la condizione di salute

La finalità del presente elaborato di tesi è stata anche quella di testare il questionario e le modalità di raccolta dati per valutarne la completezza, la comprensione, la fattibilità, con il fine di apportare quelle modifiche allo strumento necessarie per proseguire lo studio.

Tuttavia, con la presente ricerca, si è potuto comprendere meglio le motivazioni che portano la popolazione ad accedere al Pronto Soccorso e avere una parziale visione, dal punto di vista del paziente, delle conoscenze e dell'informazione sul Servizio. Inoltre, si è ampliata la conoscenza che ha la popolazione sulla presenza e disponibilità delle strutture e servizi territoriali, elemento che si propone di indagare in maniera più esaustiva in una prossima ricerca. Questo ulteriore approfondimento porterebbe a una comprensione migliore delle motivazioni che spingono gli utenti ad accedere in Pronto Soccorso.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bibliografia

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. (2013). *ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE E INDIRIZZI*. I Quaderni di Monitor: elementi di analisi e osservazione del sistema salute, 32, 5-24. Disponibile da Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso:evidenze e indirizzi - AGENAS [maggio 2013]

Rastelli, G., Cavazza, M., & Cervellin, G. (2010). *Sovraffollamento in Pronto Soccorso: analisi del fenomeno e proposte di gestione*. Emergency Care Journal, 4(2), 25-35. Disponibile da <https://doi.org/10.4081/ecj.2010.2.25>

Chiaranda, M. (2016). *Urgenze ed Emergenze – Istituzioni*. (4° Edizione). PICCIN.

Lupo, R., D.Mitri, O., Merola, D., Calabro, A., Landolfo, M., Rango, A., & Maggio, E. (2018). *L'accesso in pronto soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale*. Italian Journal of Emergency Medicine. Disponibile da <https://doi.org/10.23832/ITJEM.2018.032>

Salway, R.J., Valenzuela,R., Shoenberger, J.M., Mallon, W.K., & Viccellio, A.(2017). *EMERGENCY DEPARTMENT (ED) OVERCROWDING: EVIDENCE-BASED ANSWERS TO FREQUENTLY ASKED QUESTIONS*. Revista Médica Clínica Las Condes 28(2):213–19. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.008>.

Bernstein, SL., (2006). *Frequent Emergency Department Visitors: The End of Inappropriateness*. Annals of Emergency Medicine 48(1): 18-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.03.033>.

(Doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.03.033)

Di Tommaso, F., Falasca, P., Rossi, A., Lolli, V., Calderone, B. & Nicoli, A. (2008). *Pronto Soccorso: verso un uso responsabile*. Prospettive Sociali e Sanitarie, XXXVIII, 21 (2): 4-6.

Disponibile da: <https://prospettivesocialiesanitarie.it/arretrato.php?id=264%20>

Keizer, B. Guell, C. (2016). *Non-urgent accident and emergency department use as a socially shared custom: a qualitative study*. *Emergency Medicine Journal*, 33(1), 47–51.

doi: 10.1136/emermed-2014-204039

Jiang, Ye, L., Dai, M., Zhou, J., & Li, Q. (2020). *Use Andersen's behavior model to explain non-urgent visits in emergency department: A single center study in southwest China*. *International Emergency Nursing*, 52. doi: 10.1016/j.ienj.2020.100845

Dejean, Giacomini, M., Welsford, M., Schwartz, L., & Decicca, P. (2016).

Inappropriate Ambulance Use: A Qualitative Study of Paramedics'

Views. *Healthcare Policy*, 11(3), 67–79. doi: doi:10.12927/hcpol.2016.24535

Sitografia

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (1996, Maggio 17). *Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria*. Disponibile da www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1996/05/17/096A2986/sg

Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (2021, Dicembre 20). *Report analisi accessi in Pronto Soccorso*. Disponibile da <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fhistoryps>

Ministero della Salute. (2019, agosto 1). *Linee di indirizzo nazionali sul triage ospedaliero*. Disponibile da https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3145

Regione del Veneto. (2019, Luglio 12). *Indicazioni operative per l'efficientamento del modello organizzativo di Pronto Soccorso*. DRG nr. 1035 del 12 luglio 2019. Disponibile da <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=401204#:~:text=Approvazione%20delle%20disposizioni%20operative%20per,PSSR%202019%2D2023.>

American College of Emergency Physicians. (2019, Aprile). *Crowding*. ACEP. Disponibile da <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/crowding/>

American College of Emergency Physicians®. (A. 2006 (ultima revisione 2019)). *Crowding, Advancing emergency care, Policy Statement*. <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/crowding/>

Epicentro Istituto Superiore di Sanità (2020, Maggio 15). *Patologie croniche nella popolazione residente in Italia secondo i dati PASSI e PASSI d'Argento*. Disponibile da <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-cronicita>

Federazione Nazionale degli Ordine delle Professioni Infermieristiche (2020, Settembre 19). *Position Statement – L'infermiere di famiglia e di comunità*. Disponibile da <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>

Federazione Nazionale degli Ordine delle Professioni Infermieristiche (2020, Gennaio 28). *Memoria della Federazione Nazionale delle Professioni Infermieristiche sull'Atto Senato 1346 “Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare”*. Disponibile da <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/AUDIZIONE-IFEC-SENATO-28-Gennaio-2020.pdf>

ALLEGATI

Allegato 1. Informativa e Questionario

**INFORMATIVA AI SENSI DELL' ART. 13 DEL D.LGS. n. 196/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Gentile utente

Sono uno studente del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli studi di Padova e, in vista della tesi, sto analizzando i problemi per l'utenza legati all'accesso al Pronto Soccorso e ai tempi di attesa.

Si ritiene utile comprendere le ragioni che portano gli utenti a scegliere l'accesso in Pronto Soccorso e ciò può essere fatto grazie alla Sua collaborazione.

Il questionario al quale Le chiediamo gentilmente di rispondere è totalmente anonimo e nessuno degli operatori di Pronto Soccorso che Le presterà assistenza avrà modo di vedere le risposte.

Le chiedo quindi di esprimersi con franchezza individuando tra le risposte indicate quella che più si avvicina alla motivazione che l'ha spinto a decidere di accedere al Pronto Soccorso.

Se Le risultasse impossibile compilare autonomamente il questionario, può ricorrere all'aiuto di un familiare/accompagnatore.

Si attendono, dall'analisi delle risposte, indicazioni utili su come organizzare meglio il servizio di accettazione in Pronto Soccorso.

Grazie per la collaborazione.

QUESTIONARIO N° _____

SEZIONE A

CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL PAZIENTE

1. **ETÀ** (anni compiuti) _____ 2. **SESSO** M F

Barri con una X la risposta

3. **Cittadinanza:** Italiana Straniera *Specificare quale* _____

4. Titolo di studio:

- Nessun titolo
- Elementare
- Media inferiore
- Superiore
- Laurea e post-laurea

5. Professione attuale:

- Studente
- Disoccupato
- Inabile al lavoro
- Casalinga
- Pensionato
- Dirigente/Imprenditore/Libero Professionista
- Artigiano/Commerciante/Tecnico specializzato
- Impiegato/Insegnante
- Operaio
- Altro _____

6. Con chi vive:

- Da solo/a
- Con coniuge-compagno/a
- Con i familiari
- Con badante
- Con amico/i o colleghi di lavoro
- Altro _____

7. Dove vive:

- In casa di proprietà
- In casa in affitto
- In casa di riposo, residenza per anziani
- In comunità/casa di accoglienza
- Senza fissa dimora
- Altro _____

8. Esenzione ticket per:

- Patologia o invalidità
- Reddito ed età
- Gravidanza
- Non esente
- Altro _____

9. Quanto dista l'ospedale da dove abita?

- Meno di 5 km
- Da 6 a 35 km
- Più di 35 km

SEZIONE B

DESCRIZIONE E MOTIVAZIONI DELL'ACCESSO IN PS

1. Riportare l'orario di arrivo in pronto soccorso: _____
2. Riportare l'orario di compilazione: _____
3. Modalità di arrivo: <input type="checkbox"/> Mezzo proprio <input type="checkbox"/> Ambulanza <input type="checkbox"/> Altro (Polizia, VVF, etc.)
4. Se fast-track (percorso dedicato) indicare il tipo: _____
5. Ha eseguito controlli clinici negli ultimi 12 mesi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
6. Si è mai recato in Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi? <input type="checkbox"/> Sì, 1-2 volte <input type="checkbox"/> Sì, 3 o più volte <input type="checkbox"/> No
7. Ha il Medico di Medicina Generale? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
8. Se SÌ, quanto dista l'ambulatorio da dove abita? <input type="checkbox"/> Meno di 5 km <input type="checkbox"/> Da 6 a 35 km <input type="checkbox"/> Più di 35 km <input type="checkbox"/> Non lo so
9. Ha mai contattato il servizio di Guardia Medica? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
10. Quanto dista l'ambulatorio di Guardia Medica da dove abita? <input type="checkbox"/> Meno di 5 km <input type="checkbox"/> Da 6 a 35 km <input type="checkbox"/> Più di 35 km <input type="checkbox"/> Non lo so
11. È giunto in Pronto Soccorso su indicazione di? (UNA sola risposta) <input type="checkbox"/> Medico di base <input type="checkbox"/> Decisione autonoma <input type="checkbox"/> Inviato da Ambulatorio <input type="checkbox"/> Guardia Medica <input type="checkbox"/> Parenti/Amici Divisionale <input type="checkbox"/> Medico Specialista <input type="checkbox"/> Farmacista <input type="checkbox"/> Intervento 118 <input type="checkbox"/> Proveniente da altro PS <input type="checkbox"/> Inviato dal CUP <input type="checkbox"/> Altro _____
12. Per quale motivo si è recato in Pronto Soccorso? (sono possibili PIÙ risposte) a. Motivazioni personali: <input type="checkbox"/> Ho pensato non ci fosse tempo da perdere <input type="checkbox"/> Ho un sintomo che mi spaventa <input type="checkbox"/> I miei impegni di lavoro mi consentono solo di accedere ad un servizio aperto 24 ore al giorno <input type="checkbox"/> Ho un problema economico nel pagare il ticket per gli esami necessari <input type="checkbox"/> Ho appena avuto un infortunio traumatico <input type="checkbox"/> Mi occorre un certificato medico per il lavoro <input type="checkbox"/> Altro _____ b. Motivazioni legate ai Servizi Sanitari: <input type="checkbox"/> I tempi di prenotazione degli esami necessari sono troppo lunghi <input type="checkbox"/> Ho pensato che il Pronto Soccorso avesse più strumenti per risolvere il mio problema/avrebbe impegnato un tempo minore a risolvere il mio problema <input type="checkbox"/> È il posto più vicino e sempre aperto <input type="checkbox"/> Perché è gratuito <input type="checkbox"/> Altro _____

SEZIONE C

PERCEZIONE DELLE PROPRIE CONDIZIONI DI SALUTE

1. Da quanto tempo persiste il suo problema? (una sola risposta)

1 ora

Meno di 24 ore

Da 2 a 6 giorni

Da più di 1 settimana

2. Come va in generale la sua salute? (una sola risposta)

Molto bene

Bene

Discretamente

Male

Molto male

3. Nell'ultimo mese, se considera la sua SALUTE FISICA (comprese malattie e conseguenze di incidenti), per quanti giorni non si è sentito/a bene?

N° ___ giorni

4. Nell'ultimo mese, se considera la sua SALUTE MENTALE (aspetti psicologici come problemi emotivi, ansia, angoscia, stress), per quanti giorni non si è sentito/a bene?

N° ___ giorni

5. Nell'ultimo mese per quanti giorni non è stato in grado di svolgere le sue ATTIVITÀ ABITUALI (lavoro, hobby, sport, cura di sé, etc.) a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica?

N° ___ giorni

6. Soffre di malattie croniche? Sì No

7. Assume farmaci per tenere sotto controllo qualche malattia cronica?

Sì No

**SEZIONE AD USO ESCLUSIVO
DELL'INTERVISTATORE**

1. Data compilazione questionario ____ / 10 / 2022

2. Giorno della settimana: LUN MAR MER GIO VEN SAB DOM

3. Fascia oraria: 10:00-18:00 18:00-24:00

4. Pronto Soccorso dove è stato compilato il questionario:

SCH

CPS

PDS

CTD

5. Rispondente al questionario:

Paziente

Familiare

Altra persona

6. Modalità di somministrazione del questionario:

Auto-compilazione paziente

Con supporto

7. L'utente parla italiano?

Sì

No

Poco

Intervistatore: BG BL LF

Allegato 2. Griglia turni degli accessi presso i diversi Pronto Soccorsi degli ospedali

		Ospedale			
		α	β	γ	δ
MAR	04-ott	M	X	M	M
MER	05-ott	P	P	X	P
GIO	06-ott	M	M	M	X
VEN	07-ott	X	M	M	M
SAB	08-ott	P	X	P	P
DOM	09-ott	M	M	X	M
LUN	10-ott	P	P	P	X
MAR	11-ott	X	P	P	P
MER	12-ott	M	X	M	M
GIO	13-ott	P	P	X	P
VEN	14-ott	M	M	M	X
SAB	15-ott	M	M	M	X
DOM	16-ott	X	P	P	P
LUN	17-ott	M	X	M	M

Legenda

G	Giulio Barina
L	Luca Bettella
F	Francesco Lazzaretti
M	10:00-18:00
P	18:00-00:00
X	Nessuno presente