

L'infermiere di accoglienza in pronto soccorso: studio descrittivo sul grado di soddisfazione del paziente in sala d'attesa

Domenico Chiappetta,¹ Paola Bosco,² Chiara Marta,¹ Lucia Ruzzo,¹ Vincenzo De Martino,² Filippo Binda²

¹Pronto Soccorso, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ²Direzione Aziendale Professioni Sanitarie, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italia

RIASSUNTO

Introduzione: in Pronto Soccorso, l'aumento degli accessi e la carenza di personale compromettono i tempi di attesa, la qualità percepita delle cure e la sicurezza degli operatori. L'introduzione dell'infermiere di accoglienza, dedicato a fornire informazioni e supportare i pazienti e i loro accompagnatori in sala d'attesa, può migliorare l'esperienza di cura. Lo scopo dello studio è indagare la soddisfazione dei pazienti rispetto al supporto ricevuto dall'infermiere di accoglienza.

Materiali e Metodi: studio osservazionale descrittivo condotto nel mese di dicembre 2024 presso il Pronto Soccorso di un ospedale universitario in Lombardia. I pazienti adulti registrati al triage con codice di priorità compreso tra 3 e 5 e gestiti dall'infermiere di accoglienza sono stati arruolati per compilare il questionario relativo alla soddisfazione.

Risultati: nel periodo di studio sono stati registrati al triage 4613 pazienti e 330 (7.1%) hanno compilato il questionario. La maggior parte dei pazienti (86.7%) ha percepito un'elevata disponibilità da parte dell'infermiere e il 75.8% ha dichiarato di aver ricevuto supporto per comprendere il codice di triage. Tra i 164 commenti aperti analizzati, 124 riportavano apprezzamenti sull'infermiere di accoglienza, in particolare per professionalità, empatia e chiarezza; mentre solo 40 commenti evidenziavano criticità, tra cui tempi di attesa prolungati, necessità di maggiori informazioni e scarsa comprensione del percorso di cura.

Conclusioni: i risultati evidenziano l'importanza dell'infermiere di accoglienza nel migliorare l'esperienza del paziente in sala d'attesa con la soddisfazione dei bisogni informativi, emotivi e assistenziali. Tuttavia, l'efficacia di questo intervento richiede un adeguato supporto organizzativo e la disponibilità di risorse.

Parole chiave: soddisfazione dei pazienti; pronto soccorso; violenza sul posto di lavoro.

Correspondente: Filippo Binda, Responsabile ricerca e qualità dei servizi, SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, via Francesco Sforza 35, Milano, Italia.
E-mail: filippo.binda@policlinico.mi.it

Introduzione

Il Pronto Soccorso rappresenta un elemento fondamentale dell'assistenza ospedaliera, svolgendo un ruolo primario nel garantire l'accessibilità al Servizio Sanitario in caso di urgenza, sia a livello nazionale che internazionale. Tuttavia, l'incremento del numero di accessi ai servizi di emergenza-urgenza, unitamente alla carenza di personale sanitario,¹ costituisce una potenziale criticità in grado di influire negativamente sui tempi di attesa e sull'esperienza vissuta dai pazienti.²⁻⁴ Il primo contatto del paziente con i servizi sanitari in Pronto Soccorso avviene generalmente con l'infermiere responsabile del triage che attribuisce il codice di priorità in relazione all'urgenza del trattamento o alle condizioni cliniche di presentazione.^{5,6} Già in questi primi momenti di interazione tra operatore sanitario e paziente si possono generare incomprensioni, legate soprattutto al fatto che i pazienti hanno una scarsa conoscenza relativa a tempi e modalità di funzionamento del Pronto Soccorso.⁷ Il tempo di attesa prima dell'accesso in sala visita può generare ansia e preoccupazione e avere un impatto sulla percezione della qualità delle cure ricevute.^{8,9} Il tempo di attesa prolungato unito al sovraffollamento (overcrowding) può portare a stress, rabbia e frustrazione nei pazienti che aspettano di ricevere le prime cure e sono in condizioni di grande vulnerabilità.^{10,11} Inoltre, elementi quali la mancanza di privacy, uno scarso controllo dei sintomi (come il dolore) e spazi poco confortevoli possono rappresentare ulteriori problematiche che impattano sull'esperienza dei pazienti in Pronto Soccorso.^{12,13}

Queste criticità possono aumentare il rischio di aggressione contro gli operatori sanitari sia nella fase di triage che quando il paziente viene visitato.^{14,15} I dati dell'Osservatorio del Ministero della Salute sulla sicurezza dei professionisti sanitari evidenziano che nel 2024 sono state segnalate (su base volontaria) 4.452 aggressioni nei Pronto Soccorso a livello nazionale,¹⁶ rendendo quest'ultimo il luogo di cura in cui si concentra il maggior numero di episodi di violenza verbale e fisica.¹⁷ Infine, anche la carenza di personale sanitario, unita ad una comunicazione inefficace può influenzare il grado di soddisfazione e diminuire la fiducia degli utenti nel sistema di erogazione delle cure.^{18,19}

Data la rilevanza di queste criticità, migliorare l'esperienza del paziente in Pronto Soccorso, con particolare attenzione alla comunicazione, rappresenta una sfida importante negli attuali contesti sanitari e può migliorare la compliance al percorso terapeutico e le aspettative in merito alle cure.²⁰ In particolare, risulta fondamentale che i pazienti e i loro familiari siano adeguatamente informati e coinvolti nel processo di triage.²¹ L'istituzione di un'apposita figura sanitaria (infermiere di accoglienza) dedicata alle relazioni con gli utenti in sala d'attesa che informi pazienti e caregiver sulle attività di Pronto Soccorso e sullo stato di avanzamento del percorso diagnostico rientra tra gli approcci orientati al paziente e finalizzati a migliorare l'esperienza di cura.²² Conoscere il punto di vista dei pazienti in merito alla necessità e all'importanza di condividere le informazioni sulle condizioni cliniche, considerando la centralità che riveste la persona all'interno del percorso di cura è estremamente importante.²³ Sebbene il grado di soddisfazione relativo alle cure ricevute in Pronto Soccorso sia ampiamente descritto in letteratura,²⁴ l'esperienza specifica del paziente assistito dall'infermiere di accoglienza durante l'attesa risulta ancora poco studiata. Per questo motivo, lo scopo dello studio è indagare il grado di soddisfazione del paziente riguardo al supporto ricevuto dall'infermiere di accoglienza mentre si trovava nella sala d'attesa di un Pronto Soccorso.

Materiali e Metodi

Disegno di studio e setting

Lo studio, di tipo prospettico osservazionale descrittivo, è stato realizzato presso il Pronto Soccorso Generale della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano nel periodo compreso tra il 1° e il 31 dicembre 2024. Il Pronto Soccorso Generale registra oltre 55.000 accessi all'anno e la gestione della fase di triage segue il nuovo Modello di Triage Intraospedaliero di Regione Lombardia (MTRL) che è stato implementato in accordo con le "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero" del 2019. Il modello prevede un sistema strutturato che suddivide i pazienti in cinque classi di priorità, stabilendo per ciascuna di esse un tempo massimo di presa in carico e trattamento. Tale organizzazione consente di stabilire l'ordine di accesso alle cure sulla base delle condizioni cliniche del paziente, del rischio evolutivo e della disponibilità delle risorse. I cinque codici di triage sono: codice 1 (emergenza: accesso immediato), codice 2 (urgenza indifferibile: accesso entro 15 minuti), codice 3 (urgenza differibile: accesso entro 60 minuti), codice 4 (urgenza minore: accesso entro 120 minuti) e codice 5 (non urgenza: accesso entro 240 minuti).

Durante il periodo di studio sono stati arruolati tutti i pazienti adulti con età ≥ 18 anni, in possesso di uno smartphone, a cui è stato attribuito un codice di triage che prevedeva un tempo massimo di attesa di 240 minuti e registrati al triage nella fascia oraria compresa tra le ore 8:00 e le ore 20:00. Sono stati esclusi i pazienti in cui era presente una barriera linguistica che impediva la comprensione della lingua italiana, quelli con condizioni cliniche che potevano impedire la corretta comprensione delle domande e coloro che non hanno espresso il consenso informato.

Il ruolo dell'infermiere di accoglienza

In conformità alle indicazioni fornite dalla deliberazione di Regione Lombardia n° XII/1827 del 31 gennaio 2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024", all'interno del Pronto Soccorso della Fondazione è stata introdotta una risorsa infermieristica specificamente dedicata alla comunicazione e alla relazione tra ospedale, pazienti e familiari nel momento dell'ingresso in Pronto Soccorso durante la fascia oraria compresa tra le ore 8:00 e le ore 20:00. L'incontro con l'infermiere di accoglienza avviene successivamente alla fase di triage, durante l'attesa per l'accesso all'area di trattamento. L'infermiere di accoglienza è in grado di fornire informazioni puntuali su tutti gli aspetti del percorso assistenziale, sia clinici che organizzativi. La sua introduzione in Pronto Soccorso ha l'obiettivo di favorire una comunicazione efficace, al fine di aiutare pazienti e familiari a comprendere meglio la situazione; ridurre le preoccupazioni e affrontare l'attesa con minore ansia, tensione e incomprensioni; oltre ad informare i pazienti sui tempi di permanenza, sulle dinamiche e sulle attività di Pronto Soccorso.

Raccolta dati

Ai pazienti presenti in sala d'attesa dopo la fase di triage (nella fascia oraria compresa tra le ore 8:00 e le 20:00) è stata proposta la compilazione del questionario attraverso il software per sondaggi SURVIO, a cui si accedeva mediante scansione con lo smartphone di un codice QR.

Lo strumento di indagine è stato costruito adattando alcuni item tratti da due questionari validati in letteratura: "Accident and Emergency (A&E) Department Questionnaire Principal Components Analysis (PCA)" e "Emergency Department Patient-Reported Experience Measure (ED PREM)".^{25,26}

Il questionario finale è stato suddiviso in tre sezioni. La prima parte comprendeva cinque domande relative ai dati sociodemogra-

fici (età, sesso e livello di istruzione) oltre alle caratteristiche di accesso al Pronto Soccorso (codice di priorità assegnato). La seconda sezione, composta da 6 item, indagava il livello di soddisfazione dell'utenza in relazione al supporto fornito dall'infermiere dedicato all'accoglienza. La valutazione avveniva tramite una scala Likert a 5 punti, con valori da 1 ("per nulla d'accordo") a 5 ("molto d'accordo"). La terza sezione prevedeva una domanda aperta, che invitava i partecipanti, entro un limite massimo di 300 parole, a esprimere opinioni o suggerimenti su eventuali aspetti da migliorare.

La validità di contenuto del questionario è stata valutata da due operatori esperti in ambito di Pronto Soccorso, i quali, in modo indipendente, hanno analizzato la pertinenza e la coerenza di ciascun quesito rispetto agli obiettivi dello studio. Per garantire la chiarezza e la comprensibilità delle domande, il questionario è stato sottoposto a un test preliminare su un campione di cinque partecipanti. I feedback raccolti in questa fase, attraverso osservazioni e commenti spontanei, hanno permesso di apportare modifiche migliorative allo strumento.

Analisi statistica

I dati sono stati elaborati con il software Microsoft Excel. Le variabili categoriche del campione sono state analizzate mediante analisi descrittiva, riportando i risultati in termini di frequenza assoluta e percentuale, mentre le variabili continue sono state riportate come media e deviazione standard. Inoltre, anche le domande a risposta aperta sono state analizzate identificando le aree tematiche maggiormente riportate. Tenendo conto delle difficoltà nel reclutamento dei pazienti nei setting di emergenza-urgenza, per raggiungere una numerosità campionaria rappresentativa è stato stimato necessario raccogliere almeno 300 questionari completi nell'arco temporale di un mese. Secondo il disegno dello studio, il campione è considerato statisticamente significativo se il tasso di risposta supera il 5% degli accessi totali al Pronto Soccorso, con un livello di confidenza del 95%, nell'arco temporale di un mese.

Considerazioni etiche

Lo studio è stato condotto nel pieno rispetto dei principi della Dichiarazione di Helsinki e della normativa europea (Regolamento UE 2016/679 – GDPR) in materia di protezione dei dati personali. Il protocollo di studio è stato approvato dalla Direzione Sanitaria della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico. La partecipazione alla compilazione del questionario era su base volontaria e l'eventuale rifiuto non comportava alcuna conseguenza sul percorso di cura. All'inizio del questionario veniva richiesto di accettare il consenso, condizione indispensabile per procedere alla compilazione. Tutti i dati sono stati raccolti in forma anonima e conservati su server protetto da crittografia. Il disegno di studio non espose i partecipanti a procedure aggiuntive rispetto alla routine clinica e non prevedeva la raccolta di informazioni sensibili eccedenti l'obiettivo di ricerca.

Risultati

Durante il periodo di studio sono stati registrati 4613 accessi in Pronto Soccorso: 82.2% (3792/4613) dei pazienti è stato valutato in condizioni stabili senza rischio evolutivo con un tempo massimo di presa in carico entro i 240 minuti e il 7.1% (330/4613) ha compilato correttamente il questionario.

La Tabella 1 riassume le caratteristiche degli accessi in Pronto Soccorso.

Nel periodo in cui era garantita la presenza dell'infermiere di accoglienza sono stati registrati al triage 2150 pazienti a cui è stato attribuito un codice di priorità compreso tra 3 e 5. La maggior parte dei partecipanti (49.1%; 162/330) rientra in una fascia d'età com-

presa tra i 30 e i 59 anni e ha un livello di istruzione pari al conseguimento del titolo di scuola secondaria superiore. In Tabella 2 sono riportati i dati relativi alle caratteristiche sociodemografiche e alle modalità di accesso al Pronto Soccorso per il campione analizzato.

I livelli di soddisfazione rispetto agli aspetti relazionali quali il coinvolgimento nel percorso di cura e una comunicazione chiara sono molto elevati. In relazione alla richiesta circa il supporto fornito per la comprensione del codice di priorità assegnato e all'aggiornamento sui tempi di attesa, il campione dichiara un buon livello di soddisfazione con la scelta degli item "abbastanza d'accordo" e "molto d'accordo" rispettivamente nel 75.8% (250/330) e nel 73.9% (244/330) degli intervistati. La maggior parte del campione ha percepito rassicurazione e disponibilità da parte dell'infermiere di accoglienza con la scelta del valore "abbastanza d'accordo" e "molto d'accordo", sulla scala Likert, rispettivamente nel 73.9% (244/330) e nel 86.7% (286/330) dei pazienti.

Tabella 1. Caratteristiche degli accessi in Pronto Soccorso.

Caratteristiche del campione	n=4613 (%)
Codice triage (colore)	
Codice 1 – rosso	127 (2.7)
Codice 2 – arancione	694 (15.1)
Codice 3 – azzurro	1222 (26.5)
Codice 4 – verde	2041 (44.2)
Codice 5 – bianco	529 (11.5)
Tempo medio di permanenza in PS (ore)*	20.3±5.6

*Solo per pazienti successivamente ricoverati.

Tabella 2. Caratteristiche sociodemografiche del campione.

Variabili	n=330 (%)
Fasce d'età (anni)	
18-29	68 (20.7)
30-44	80 (24.2)
45-59	82 (24.8)
60-74	60 (18.2)
75-90	38 (11.5)
> 90	2 (0.6)
Sesso	
Femminile	176 (53.3)
Maschile	154 (46.7)
Grado di istruzione	
Scuola secondaria di primo grado	52 (15.8)
Scuola secondaria di secondo grado	138 (41.8)
Laurea	132 (40.0)
Altro	8 (2.4)
Codice triage (colore)	
Codice 3 – azzurro	92 (27.9)
Codice 4 – verde	194 (58.8)
Codice 5 – bianco	44 (13.3)
Modalità di accesso in Pronto Soccorso	
Autopresentato	170 (51.5)
Accompagnato da familiare/amico	94 (28.5)
Ambulanza	50 (15.1)
Altro	16 (4.9)

La Tabella 3 riporta in dettaglio le risposte registrate.

Nell'ultima sezione della survey, dedicata ai commenti a risposta aperta, il 50.3% (166/330) dei pazienti non ha inserito alcun commento. L'analisi tematica delle 164 risposte ha riportato aspetti di apprezzamento su precisione, disponibilità, gentilezza, chiarezza, professionalità e umanità dell'infermiere di accoglienza. I commenti che rilevavano criticità, registrati da 40 pazienti, riguardavano prevalentemente i lunghi tempi di attesa, il ridotto numero di personale sanitario, la necessità di ricevere maggiori informazioni, poca comprensione del percorso e del codice di priorità assegnato. Infine, un numero esiguo di pazienti (1.5%; 5/330) suggeriva una maggiore riconoscibilità dell'infermiere di accoglienza rispetto agli altri operatori sanitari.

Discussione

I risultati di questo studio confermano che l'introduzione della figura dell'infermiere di accoglienza in Pronto Soccorso può migliorare significativamente l'esperienza dei pazienti durante la fase di attesa. La maggior parte dei partecipanti ha espresso un buon livello di soddisfazione rispetto alla qualità della comunicazione, al supporto emotivo ricevuto e alla chiarezza delle informazioni fornite, in linea con quanto riportato in letteratura sull'importanza della comunicazione efficace nel ridurre ansia e percezione negativa delle cure in setting di emergenza-urgenza.²⁷

L'esperienza dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso è influenzata da molteplici elementi. I fattori maggiormente riportati in letteratura sono il tempo di attesa, le interazioni con il personale di triage, le condizioni fisiche del paziente e la qualità delle informazioni fornite.²⁸ Il supporto alla comprensione del codice di priorità assegnato e l'aggiornamento sui tempi di attesa si sono rivelati elementi chiave per ridurre l'incertezza e migliorare la percezione di cura. La maggior parte dei pazienti che hanno aderito alla compilazione del questionario riporta un livello di soddisfazione elevato in merito agli aggiornamenti regolari sul tempo di attesa e alle informazioni relative al percorso di cura. La trasparenza informativa, infatti, si associa a una maggiore fiducia nei confronti dell'organizzazione sanitaria e a un minor rischio di conflitti: in particolare, appare molto utile fornire indicazioni sui tempi medi di attesa per esami di laboratorio, consulenze e ricovero.²⁹ Inoltre, la trasparenza informativa garantisce anche la riduzione dello stress e della frustrazione legati all'attesa prolungata prima di entrare in sala visita.²⁹ Al contrario, la carenza di informazioni sui tempi di attesa può generare frustrazione e impattare negativamente sulla percezione della qualità delle cure.³⁰ Gestire le aspettative dei pazienti che si trovano in sala d'attesa è fondamentale, soprattutto perché i tempi di attesa percepiti influenzano maggiormente l'esperienza

del paziente: fornire informazioni frequenti si è rivelato dunque un intervento efficace per aumentare il livello di soddisfazione dei pazienti in attesa.³¹

I commenti dei pazienti suggeriscono che la riconoscibilità visiva dell'infermiere di accoglienza, ad esempio mediante divise differenziate, badge ben visibili o una presentazione chiara del proprio ruolo, rappresenta un elemento chiave per rafforzare la fiducia e ridurre l'incertezza durante l'attesa. Questo dato è coerente con quanto evidenziato da altri studi, secondo cui una comunicazione efficace non si limita al solo contenuto verbale, ma comprende anche elementi non verbali come l'aspetto visivo e l'atteggiamento del personale.³² La presenza di personale chiaramente identificabile e dedicato alla relazione con l'utenza contribuisce inoltre a ridurre il carico comunicativo sugli infermieri di triage e sui medici, migliorando così l'efficienza complessiva dei flussi informativi tra operatori.³³ Inoltre, una comunicazione visiva strutturata (come display digitali in sala d'attesa che mostrano lo stato di avanzamento del percorso o aggiornamenti periodici da parte del personale sanitario) è associata a un miglioramento della soddisfazione del paziente fino al 25% in alcuni contesti ospedalieri.^{34,35} Investire nella visibilità e nella chiarezza del ruolo dell'infermiere di accoglienza, insieme a una comunicazione proattiva sui tempi e sulle fasi del percorso di cura, migliora dunque l'esperienza di attesa e aumenta la sicurezza percepita da parte dei pazienti.

Nonostante i risultati positivi, le risposte registrate hanno evidenziato alcune aree di criticità, tra cui i lunghi tempi di attesa e la carenza di personale. Questi fattori sono riconosciuti in letteratura come determinanti fondamentali nell'insorgenza di aggressioni verso il personale sanitario.³⁶ In questo scenario, per fronteggiare gli episodi di aggressione che si verificano nei Pronto Soccorso l'adozione di misure specifiche come l'installazione di sistemi di videosorveglianza, l'attivazione di un servizio di sicurezza interno e la creazione di ambienti accoglienti per utenti e accompagnatori nelle sale d'attesa previste dalla Delibera della Giunta di Regione Lombardia n. XI/6902 rappresentano azioni specifiche utili per migliorare il clima all'interno dei contesti di emergenza-urgenza. Inoltre, l'introduzione dell'infermiere di accoglienza rappresenta un'ulteriore strategia orientata non solo al miglioramento dell'esperienza del paziente, ma potenzialmente anche alla prevenzione delle aggressioni: una comunicazione chiara, empatica e tempestiva può infatti ridurre stress e incomprensioni che possono sfociare in episodi di violenza verbale o fisica.³⁷ Il supporto informativo durante l'attesa si rivela quindi una componente essenziale di una più ampia politica di gestione del rischio e di promozione della sicurezza degli operatori, oltre che di umanizzazione delle cure.³⁸ Tuttavia, è importante considerare che l'efficacia di queste strategie dipende anche dalla disponibilità di risorse umane adeguate e dalla capacità organizzativa di gestire i picchi di afflusso in Pronto Soccorso.

Tabella 3. Livello di soddisfazione dei pazienti assistiti dall'infermiere di accoglienza.

Variabile	Per nulla (%)	Poco (%)	Neutro (%)	Abbastanza (%)	Molto (%)
L'infermiere di accoglienza mi ha fornito supporto per comprendere il codice che mi è stato assegnato	26 (7.8)	22 (6.7)	32 (9.7)	152 (46.1)	98 (29.7)
L'infermiere di accoglienza mi ha fornito supporto per essere aggiornato sui tempi di attesa	24 (7.3)	18 (5.5)	44 (13.3)	164 (49.7)	80 (24.2)
L'infermiere di accoglienza mi ha fornito supporto per avere informazioni sul mio percorso di cura	14 (4.2)	22 (6.7)	50 (15.2)	142 (43)	102 (30.9)
L'infermiere di accoglienza mi ha fornito supporto nel soddisfare le mie necessità (anche quelle più semplici: bere, alimentarsi, utilizzo dei servizi igienici, muoversi)	12 (3.6)	26 (7.9)	90 (27.3)	100 (30.3)	102 (30.9)
Si è sentito rassicurato?	4 (1.2)	12 (3.6)	70 (21.2)	162 (49.1)	82 (24.9)
Ha percepito disponibilità?	8 (2.4)	8 (2.4)	28 (8.5)	152 (46.1)	134 (40.6)

Questo studio presenta alcuni limiti che devono essere considerati nell'interpretazione dei risultati. Innanzitutto, il disegno osservazionale descrittivo e l'assenza di un gruppo di controllo non permettono di stabilire un nesso causale tra l'introduzione dell'infermiere di accoglienza e il miglioramento dell'esperienza dei pazienti. Un ulteriore limite riguarda l'assenza di dati clinici aggiuntivi, che ha impedito di esplorare l'eterogeneità del campione e ha limitato la possibilità di condurre analisi differenziate su sottogruppi con caratteristiche cliniche specifiche. Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto su base volontaria, il che può aver introdotto un bias di selezione: è possibile che abbiano risposto prevalentemente pazienti con un livello di istruzione più elevato o con una maggiore familiarità con strumenti tecnologici, dato l'utilizzo del questionario tramite QR code. Questa modalità di raccolta dati potrebbe inoltre aver escluso pazienti meno tecnologicamente abili o con limitazioni sensoriali, riducendo la rappresentatività del campione. La percentuale di adesione alla survey rappresenta anche un ulteriore limite per generalizzare i risultati. Inoltre, la durata limitata della raccolta dati e il fatto che lo studio sia stato condotto in un singolo centro ospedaliero di grandi dimensioni potrebbero ridurre la trasferibilità dei risultati a contesti diversi per tipologia di utenza, dimensioni o organizzazione interna del Pronto Soccorso.

Conclusioni

L'introduzione dell'infermiere di accoglienza in Pronto Soccorso si è rivelata una strategia efficace per migliorare l'esperienza dei pazienti durante l'attesa, contribuendo a una comunicazione più chiara, rassicurante e trasparente. I dati raccolti evidenziano un buon livello di soddisfazione per quanto riguarda il supporto informativo e relazionale offerto, sottolineando l'importanza di una figura professionale dedicata a gestire la comunicazione in un contesto caratterizzato da alta complessità e vulnerabilità. L'informazione puntuale sui tempi di attesa, la spiegazione del codice di priorità assegnato e la disponibilità al dialogo sono elementi che riducono e migliorano la percezione di qualità delle cure. Tuttavia, il beneficio apportato da questa figura deve essere inquadrato in una prospettiva sistemica: il miglioramento dell'esperienza di attesa non può prescindere da un adeguato supporto organizzativo, dalla disponibilità di risorse umane sufficienti e da interventi volti a contenere i tempi di attesa e il sovraffollamento.

In futuro, sarà utile esplorare il punto di vista degli operatori sanitari e dei caregiver, nonché valutare anche la sostenibilità economico-organizzativa di questo modello. Ulteriori studi con disegno metodologicamente più robusto saranno necessari per confermare l'efficacia dell'infermiere di accoglienza e per approfondire il suo impatto sia sulla soddisfazione dei pazienti che sulla riduzione del rischio di eventi avversi legati alla gestione dell'attesa in Pronto Soccorso.

Bibliografia

1. Virkstis K, Boston-Fleischhauer C, Rewers L, et al. 7 executive strategies to stabilize the nursing workforce. *J Nurs Adm* 2022;52:194-6.
2. Beczek A, Vámosi M. Prevalence of prolonged length of stay in an emergency department in urban Denmark: A retrospective health records repository review. *J Emerg Nurs* 2022;48:102.e1-102.e12.
3. Berg LM, Ehrenberg A, Florin J, Öet al. Associations between crowding and ten-day mortality among patients allocated lower triage acuity levels without need of acute hospital care on departure from the emergency department. *Ann Emerg Med* 2019;74:345-56.
4. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011;342:d2983-d2983.
5. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, et al. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2011;19:42.
6. López Hernández M, Puig-Llobet M, Higon Fernández S, et al. Patient satisfaction with the level of competence of the triage nurse in hospital emergency departments. *J Clin Nurs* 2025;34:3893-907.
7. Alnaeem MM, Banihani SS, Islaih A, Al-Qudimat AR. Expectations of emergency patients regarding triage system knowledge upon arrival: an interpretive study. *Ir J Med Sci* 2024;193:2545-52.
8. Aaronson EL, Mort E, Sonis JD, et al. Overall emergency department rating: identifying the factors that matter most to patient experience. *J Healthc Qual* 2018;40:367-76.
9. Swancutt D, Joel-Edgar S, Allen M, et al. Not all waits are equal: an exploratory investigation of emergency care patient pathways. *BMC Health Serv Res* 2017;17:436.
10. Sonis JD, Aaronson EL, Castagna A, White B. A conceptual model for emergency department patient experience. *J Patient Exp* 2019;6:173-8.
11. Busti C, Marchetti R, Monti M. Overcrowding in emergency departments: strategies and solutions for an effective reorganization. *Ital J Med* 2024;18:1714.
12. Fallon E, Fung S, Rubal-Peace G, Patanwala AE. Predictors of patient satisfaction with pain management in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J* 2016;38:115-22.
13. Eriksson-Liebom M, Roos S, Hellström I. Patients' expectations and experiences of being involved in their own care in the emergency department: A qualitative interview study. *J Clin Nurs* 2021;30:1942-52.
14. Al-Maskari SA, Al-Busaidi IS, Al-Maskari MA. Workplace violence against emergency department nurses in Oman: a cross-sectional multi-institutional study. *Int Nurs Rev* 2020;67:249-57.
15. Pich JV, Kable A, Hazelton M. Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australas Emerg Nurs J* 2017;20:107-13.
16. Ministero della Salute. Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. *Relaz Attività* 2024.
17. Zoleo M, Della Rocca F, Tedeschi F, et al. Violence against health workers: findings from three emergency departments in the teaching hospital of Padua, Italy. *Intern Emerg Med* 2020;15:1067-74.
18. Džakula A, Relić D. Health workforce shortage - doing the right things or doing things right? *Croat Med J* 2022;63:107-9.
19. Blackburn J, Ousey K, Goodwin E. Information and communication in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2019;42:30-5.
20. Levinson Wendy, Lesser Cara S, Epstein Ronald M. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff (Millwood)* 2010;29:1310-8.
21. Bull C, Latimer S, Crilly J, Gillespie BM. A systematic mixed studies review of patient experiences in the ED. *Emerg Med J* 2021;38:643-9.
22. Belardinelli M, Ricci M, Frassini S, et al. [Process nurse: the experience of the Emergency Department of Fano]. *Assist*

- Inferm Ric 2024;43:54-60.
23. Milton J, David AN, Erichsen AA, et al. Patients' perspectives on care, communication, and teamwork in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2023;66:101238.
 24. Curran J, Cassidy C, Chiasson D, et al. Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *Int Emerg Nurs* 2017;32:62-9.
 25. Bos N, Sizmur S, Graham C, van Stel HF. The accident and emergency department questionnaire: a measure for patients' experiences in the accident and emergency department. *BMJ Qual Saf* 2013;22:139-46.
 26. Bull C, Crilly J, Latimer S, Gillespie BM. Establishing the content validity of a new emergency department patient-reported experience measure (ED PREM): a Delphi study. *BMC Emerg Med* 2022;22:65.
 27. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, et al. Emergency department patient experience: a systematic review of the literature. *J Patient Exp* 2018;5:101-6.
 28. Janerka C, Leslie GD, Gill FJ. Patient experience of emergency department triage: An integrative review. *Int Emerg Nurs* 2024;74:101456.
 29. Nottingham QJ, Johnson DM, Russell RS. The effect of waiting time on patient perceptions of care quality. *Qual Manag J* 2018;25:32-45.
 30. Spechbach H, Rochat J, Gaspoz J-M, et al. Patients' time perception in the waiting room of an ambulatory emergency unit: a cross-sectional study. *BMC Emerg Med* 2019;1:41.
 31. Sonis JD, White BA. Optimizing patient experience in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2020;38:705-13.
 32. Gabay G, Gere A, Zemel G, Moskowitz H. Personalized communication with patients at the emergency department-an experimental design study. *J Pers Med* 2022;12:1542.
 33. Samadbeik M, Staib A, Boyle J, et al. Patient flow in emergency departments: a comprehensive umbrella review of solutions and challenges across the health system. *BMC Health Serv Res* 2024;24:274.
 34. Alhabdan N, Alhusain F Alharbi A, et al. Exploring emergency department visits: factors influencing individuals' decisions, knowledge of triage systems and waiting times, and experiences during visits to a tertiary hospital in Saudi Arabia. *Int J Emerg Med* 2019;12:35.
 35. Papa L, Seaberg DC, Rees E, et al. Does a waiting room video about what to expect during an emergency department visit improve patient satisfaction? *CJEM* 2008;10:347-54.
 36. Morley C, Unwin M, Peterson GM, et al. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One* 2018;13:e0203316.
 37. Edward K-L, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs* 2014;23:653-9.
 38. Luxford K, Safran DG, Delbanco T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *Int J Qual Heal Care* 2011;23:510-5.

Contributi: Domenico Chiappetta, concettualizzazione, indagine, cura dei dati, scrittura – bozza originale, visualizzazione; Paola Bosco, risorse, indagine, cura dei dati, scrittura – bozza originale; Chiara Marta, risorse, indagine, cura dei dati; Lucia Ruzzo, risorse, indagine, cura dei dati; Vincenzo De Martino, risorse, supervisione; Filippo Binda, concettualizzazione, metodologia, convalida, analisi formale, scrittura – revisione e modifica, visualizzazione, supervisione, amministrazione del progetto.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Approvazione etica: il protocollo di studio è stato approvato dalla Direzione Sanitaria della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

Disponibilità di dati e materiali: tutti i dati analizzati in questo studio sono disponibili su richiesta al corresponding author.

Finanziamento: questo lavoro non ha ricevuto finanziamenti da alcuna istituzione.

Ricevuto per la pubblicazione: 29 Aprile 2025. Accettato per la pubblicazione: 19 Agosto 2025.

©Copyright: the Author(s), 2026

Licensee PAGEPress, Italy (on behalf of ANIARTI, Italy).

Scenario 2026; 43:644

doi:10.4081/scenario.2026.644

Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).