

Il problema degli accessi “impropri” in Pronto soccorso: un’indagine antropologica

The problem of the “inappropriate” accesses to the Accident and Emergency department: an anthropological research

■ CARLOTTA BAGAGLIA, CHIARA POLCRI

Antropologhe, PhD, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)



RIASSUNTO

Introduzione: questo lavoro presenta gli esiti di una ricerca antropologica che ha avuto l’obiettivo di analizzare le principali questioni connesse alla tematica degli accessi cosiddetti “impropri”, a partire dalle esperienze di utenti e operatori del Pronto soccorso dell’ospedale di Perugia Santa Maria della Misericordia (Italia). L’indagine si è focalizzata da una parte sui percorsi, le scelte e le motivazioni che orientano gli utenti con codice bianco verso il servizio e dall’altra sui vissuti, le pratiche e le criticità rilevate con medici e infermieri.

Materiali e metodi: l’indagine è stata condotta impiegando gli strumenti propri della ricerca qualitativa; in particolare interviste in profondità a medici, infermieri e in larga parte ad utenti nonché osservazione partecipante nella sala di attesa del Pronto soccorso.

Risultati: la ricerca ha confermato come la scelta degli utenti con problematiche da codice bianco a rivolgersi in Pronto soccorso sia influenzata da un’ampia serie di motivazioni, rappresentazioni, condizionamenti socio-culturali che orientano le decisioni e influenzano gli itinerari terapeutici. Emergono in tal senso molteplici prospettive e differenti posizionamenti di utenti e operatori sanitari. Se da una parte, la totalità dei cittadini coinvolti ritiene assolutamente legittima e adeguata la propria presenza in Pronto soccorso, dall’altra la questione degli accessi considerati inappropriati viene avvertita come un problema piuttosto serio da parte degli operatori, che dichiarano come in molti casi questo possa rappresentare fonte di stress e frustrazione e incidere sugli atteggiamenti e la relazione con gli utenti.

Discussione: in generale emergono un’eterogeneità di interpretazioni fortemente connesse ai differenti punti di vista e contesti di riferimento che spingono a riflettere su alcune questioni: come far dialogare le differenti prospettive degli attori coinvolti; entro quali confini si definiscono i concetti di appropriatezza e inappropriata dell’accesso; come tutto questo debba essere inquadrato entro una riflessione più ampia sulle effettive risposte ai bisogni di salute messe in campo dall’organizzazione sanitaria, in particolare in merito ai servizi di territorio.

Conclusione: quanto emerso dalla ricerca può rappresentare un’occasione per riflettere su specifici percorsi operativi finalizzati a facilitare processi di dialogo e confronto tra i professionisti interessati, promuovere campagne di educazione sanitaria e ripensare spazi di ascolto e orientamento rivolti agli utenti.

Parole chiave: Pronto soccorso, ricerca antropologica, metodo qualitativo.



ABSTRACT

Introduction: the anthropological research’s objective was to analyse the main issues related to the so-called “inappropriate” access, starting with the experiences of the users and the operators of the Accident and Emergency Department (Pronto Soccorso) at the hospital of Santa Maria della Misericordia, Perugia (Italy). The survey focused on one hand, the paths, the choices and the motives that direct the code white (minor injury and illness triage tag) users to the facility and on the other hand the practice and the critical issues experienced by doctors and nurses.

Material and methods: the survey was carried out by using the qualitative research model; particularly by using in depth interviews with doctors, nurses and with a large number of users, and also participant observation in the Accident and Emergency Department waiting room.

Results: the research confirmed that the reason for people turning up at the Accident and Emergency Department with a code white was driven by a wide series of motives such as sociocultural conditioning orienting their decisions on the way of getting therapy. Many different views and perspectives from users and operators emerged. If on one hand all citizens involved consider their access at the Accident and Emergency Department absolutely legitimate and appropriate, on the other hand the management of inappropriate access is considered a serious problem by the operators, who declare that this can often be a source of stress and frustration and can affect attitudes and relations with the users.

Discussion: The heterogeneity of the interpretations emerged is strongly related to the different perspectives and context of people involved in the survey. Some items solicit a deeper reflection: how to conciliate the different perspectives of those involved; how to share the clear definition of appropriateness of accesses; how to contextualise the items highlighted by the survey into the wider scenario of health needs and the effectiveness of the health service responses, especially of those given by the community health facilities.

Conclusions: the result of the survey can provide an opportunity to reflect on specific operative methods to ease the way to talk and discuss between the professionals involved, to promote campaigns of health education and to rethink areas for listening and directing the users.

Key words: Accident and Emergency Department, anthropological research, qualitative method.

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 15/05/2017
ACCETTATO IL 17/08/2017

Corrispondenza per richieste:

Carlotta Bagaglia
bagaglia@antropologiamedica.it,
Chiara Polcri
polcri@antropologiamedica.it

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.

Dichiarazione degli autori: "Il lavoro che qui presentiamo riporta i principali esiti di una ricerca condotta da Carlotta Bagaglia e Chiara Polcri per conto della Fondazione Angelo Celli, finanziata dalla Regione Umbria (Direzione regionale Salute e Coesione sociale - Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera)."

INTRODUZIONE

La tematica degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza, la cui incidenza appare nel panorama italiano e in quello internazionale estremamente variabile ed eterogenea a seconda dei territori¹, porta all'attenzione il fondamentale tema connesso all'appropriatezza dell'utilizzo del Pronto soccorso e dunque alla quantità, spesso considerevole, di accessi che rischiano di sovraccaricare e sovraccaricare i servizi ospedalieri di prima accoglienza, vocati essenzialmente al trattamento di pazienti gravi e di casi clinicamente urgenti, per problematiche che potrebbero invece essere gestite dai servizi territoriali. E proprio la questione degli accessi cosiddetti "impropri" in Pronto soccorso è stata al centro di un'indagine antropologica, condotta con una metodologia di tipo qualitativo, i cui esiti sono sinteticamente riportati nel lavoro che qui viene presentato. La ricerca, svolta dalle autrici per conto della Fondazione Angelo Celli (Perugia) tra l'ottobre del 2014 e l'ottobre del 2015 presso il Pronto soccorso dell'ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia, è stata promossa e finanziata dalla Regione Umbria, il cui obiettivo era quello di disporre di un quadro conoscitivo quanto più ampio possibile rispetto a una questione, quella appunto degli accessi "impropri", percepita come profondamente critica dagli operatori e dall'organizzazione ospedaliera. In tal senso questo lavoro ha avuto l'intento di analizzare i percorsi, le motivazioni e le rappresentazioni degli utenti che giungono in Pronto soccorso e allo stesso tempo sondare le criticità vissute dagli operatori, focalizzando fin da subito l'indagine sugli accessi di persone con codice bianco; essendo infatti questi caratterizzati, per definizione, da domande di salute che potrebbero trovare risposta nella medicina di territorio, risultano più chiaramente identificabili con tutti quegli accessi definiti, appunto, "impropri".²

In riferimento all'entità dei codici bianchi, il Pronto soccorso dell'ospedale di Perugia si attesta in una fascia medio-bassa, registrando negli ultimi anni un trend in notevole diminuzione; dal 2009 al 2015 si è passati, infatti, sulla base dei dati forniti dall'Azienda Ospedaliera di Perugia, dal 39,3% al 13% di utenti che hanno ricevuto la "classificazione" a più

bassa priorità e tale diminuzione risulta inversamente proporzionale all'andamento degli altri codici che, invece, registrano una flessione al rialzo. Nello stesso periodo, infatti, i codici verdi sono passati dal 55,6% al 66,8%, i gialli dal 10,9% al 14,3% e i rossi dall'1% all'1,5%. Ma nonostante il progressivo decremento di codici bianchi (che si inserisce comunque entro la più generale diminuzione nazionale di accessi totali al Pronto soccorso³ e che può essere imputata ad una serie di altri possibili fattori quali l'introduzione del ticket, il cambiamento del rapporto tra i cittadini e i servizi del territorio, una potenziale progressiva tendenza a sopravvalutare il codice colore da parte dei triagisti), la questione degli accessi "impropri" si configura ancora come un problema. E' interessante, ad esempio, osservare come dalla ricerca emerga un dato particolarmente significativo: a fronte dell'importante diminuzione di accessi di persone con codice bianco negli ultimi anni, la maggior parte di medici e infermieri coinvolti nell'indagine percepisce invece tale "categoria" come decisamente in aumento. Una percezione, questa, che risulta indicativa delle criticità vissute e avvertite dagli operatori che si sono dichiarati esplicitamente appesantiti dalla mole e dalla tipologia di lavoro che i codici bianchi (e in parte i verdi) comportano, sottolineando come spesso questo possa comportare disagi e difficoltà nello svolgimento di attività sui pazienti a maggiore criticità, costituire dunque fonte di stress e frustrazione e incidere sugli atteggiamenti e la relazione con gli utenti. D'altronde il problema risulta multiforme e articolato poiché porta in campo molteplici prospettive: non solo quelle degli operatori, ma anche quelle dei cittadini, la cui decisione di giungere in Pronto soccorso appare spesso orientata da precise scelte e motivazioni.

Dal punto di vista antropologico ogni storia porta alla luce differenti esperienze, significati, orizzonti di senso e tutte le testimonianze raccolte nel corso della ricerca forniscono, in tale prospettiva, un quadro sfaccettato e multiforme di vissuti soggettivi, valori, rappresentazioni, anche intorno alle questioni di salute e malattia e ai servizi preposti alla loro "gestione". A questo proposito, fin dagli anni '70 gli studi antropologici hanno posto al cen-

tro della riflessione la dimensione socio-culturale dell'esperienza di malattia, integrando alla sola rappresentazione biomedica della patologia una sempre maggiore attenzione alla percezione e ai vissuti soggettivi di tale esperienza, alla sua appartenenza alla dimensione culturale del significato e alle sue interrelazioni con i contesti storici e socio-economici in cui questa si esperisce.^{4,5,6,7,8,9}

A partire dalla concettualizzazione della malattia nelle sue molteplici dimensioni, le riflessioni antropologiche hanno evidenziato la necessità di un approccio che sappia integrare le componenti biologiche e organiche con quelle psico-socio-culturali. Come infatti evidenzia Tullio Seppilli: "La ben nota e ormai classica tripartizione dimensionale della malattia (...), la *disease* come processo biologico, la *illness* come suo vissuto soggettivo e la *sickness* come mutamento dello statuto sociale del malato in un contesto storico determinato, è appunto il risultato di una riflessione antropologica e solo di recente la nostra medicina inizia a superare la sua focalizzazione sulla sola *disease*".¹⁰

Ed è proprio entro tale quadro di riferimento che si colloca l'analisi della prospettiva degli attori coinvolti, in particolare degli utenti, la cui esperienza risulta fondamentale per comprendere i significati connessi alla percezione del proprio malessere, per cogliere le rappresentazioni costruite intorno ai servizi preposti alla presa in carico e ricostruire l'articolato processo decisionale che ne determina l'accesso. In tal senso, nessuna scelta, anche quando le opzioni appaiono ovvie e il problema di facile soluzione, viene compiuta seguendo traiettorie casuali. E optare di recarsi in Pronto soccorso anche per questioni considerate dall'organizzazione sanitaria o dall'utente stesso di "bassa priorità", e di conseguenza in contraddizione con il significato di emergenza e urgenza istituzionalmente attribuito, si rivela una decisione condizionata sempre da precise "spinte" e motivazioni. Una tematica che invita a riflettere su molte questioni e che pone alcuni importanti interrogativi: quali percezioni, rappresentazioni e orizzonti culturali orientano la scelta delle persone a rivolgersi al Pronto soccorso per problematiche che potrebbero trovare rispo-

sta in altri servizi? Quali le criticità vissute dagli operatori? Come questo si ripercuote nell'organizzazione del servizio e nel lavoro quotidiano di medici e infermieri? Quali le cause? E quali possibili strategie di risposta?

Obiettivo dello studio

L'indagine ha avuto come obiettivo quello di sondare ed analizzare le principali criticità connesse agli accessi "impropri", ed in particolare dei codici bianchi, a partire da un'analisi dei percorsi, delle rappresentazioni e delle motivazioni che orientano i cittadini verso il Pronto soccorso dell'Ospedale di Perugia "Santa Maria della Misericordia". Pur essendo il focus della ricerca incentrato prevalentemente sui pazienti, al fine di disporre di un quadro conoscitivo quanto più esaustivo e inclusivo di tutti gli attori coinvolti, sono state raccolte anche le esperienze e le problematiche evidenziate in tal senso da medici e infermieri.

Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta con una metodologia di indagine qualitativa propria dell'approccio antropologico. Tale metodologia, per le sue specificità, permette di esaminare i fenomeni indagati nella loro complessità, adottando quella prospettiva multidimensionale che caratterizza propriamente questo metodo e che consente di porre un'attenzione particolare a proprietà e caratteristiche generalmente considerate non rilevabili, né indagabili, applicando strumenti di misura quantitativi.¹¹ E' generalmente impiegata nelle numerose etnografie dei servizi sanitari ospedalieri svolte negli ultimi anni in ambito antropologico e sociologico.^{12,13,14,15}

In questa ricerca sono state adottate due tecniche strettamente complementari: l'osservazione partecipante e l'intervista in profondità che, grazie alle loro peculiarità, hanno permesso di portare alla luce significati, motivazioni, dinamiche alla base delle pratiche e dei comportamenti dei vari attori coinvolti. L'osservazione partecipante, che si è svolta nella sala di attesa del Pronto soccorso, è una delle principali tecniche d'indagine utilizzate dall'antropologia ed è caratterizzata da una prolungata immersione di un osservatore "esterno" nel campo studiato; proprio per questo, permette di seguire i processi e di cogliere le dinamiche nel loro svolgersi, sia attraverso la partecipazione diretta del ricercatore, che tramite la conduzione di colloqui informali e non strutturati. L'osservazione è stata condotta contemporaneamente da due ricercatori e si è articolata nell'arco di due mesi e mezzo, per due mezza giornate a settimana in orario 14.00-18.00 (scelto in quanto indicato dagli operatori come uno di quelli a maggiore criticità in tema di accessi "inappropriati"). La presenza simultanea di due ri-

cercatori ha consentito di condurre numerosi colloqui informali con il personale infermieristico e soprattutto di svolgere, simultaneamente all'osservazione, interviste in profondità con gli utenti. La tecnica dell'intervista (o colloquio) in profondità rappresenta un metodo molto efficace per cogliere la dimensione della soggettività e accedere alla complessità dei significati che ognuno attribuisce alle proprie esperienze. Per il livello di profondità che caratterizza queste interviste non occorre svolgere un gran numero di colloqui per raccogliere le informazioni necessarie all'indagine; basta infatti una quantità "limitata" di informatori per arrivare al cosiddetto "livello di saturazione". Un livello che risulta evidente quando si è giunti ad un'adeguata completezza concettuale, quando cioè, si ripetono le stesse tematiche e dunque, pur continuando a intervistare, non si può apprendere altro di nuovo rispetto all'oggetto di ricerca.^{16,17} Sono state effettuate 18 interviste in profondità con gli utenti, selezionati tra coloro che, dopo aver "ottenuto" un codice bianco, attendevano di essere visitati. Sebbene individuati utilizzando praticamente come unico criterio il codice ricevuto, i pazienti coinvolti hanno rappresentato un quadro comunque abbastanza variegato e indicativo sul piano socio-anagrafico (undici donne e sette uomini; dodici residenti nella provincia di Perugia, un residente nella provincia di Terni, quattro residenti fuori regione, un residente in Romania; sei nati all'estero: tre in Romania, uno in Colombia, uno in Perù e uno in Brasile; quattro sotto i 30 anni, dieci tra i 30 e i 50 anni, quattro tra i 51 e i 70 anni). Tutti i colloqui sono stati condotti sulla base di un temario semi-strutturato che ha permesso di esplorare alcune principali tematiche, quali:

1. eventuali itinerari attivati prima di giungere in Pronto soccorso;
2. spinte e motivazioni delle scelte compiute;
3. opinioni e rappresentazioni sul Pronto soccorso;
4. opinioni e percezioni intorno ai servizi di territorio e nello specifico al proprio medico di medicina generale;
5. opinioni e percezioni sull'esperienza del triage e dell'attesa.

Per esaminare poi le prospettive e il vissuto del personale sanitario, oltre ai numerosi colloqui informali svolti nel corso dell'osservazione, sono state condotte interviste in profondità con quattro infermieri addetti alla funzione di triage e tre medici selezionati sulla base della loro "anzianità di servizio" in Pronto soccorso (personale con esperienza di lungo, medio e breve corso). Anche in questo caso i colloqui sono stati amministrati con l'ausilio di un temario semi-strutturato e hanno avuto l'obiettivo di sondare specifiche tematiche, quali formazione ed esperienze lavorative,

percezione rispetto alla questione degli accessi cosiddetti "impropri", problemi e ripercussioni dell'afflusso di tali accessi, eventuali "ricadute" nel rapporto con i colleghi, opinioni intorno ai concetti di appropriatezza e inappropriata.

Risultati

Per riflettere su alcune questioni che appaiono maggiormente significative, si presentano i principali esiti della ricerca proponendo un quadro sintetico di quanto emerso.

Innanzitutto, impiegando la nozione di itinerario terapeutico ampiamente utilizzata in ambito socio-antropologico, possiamo evidenziare come gli utenti che si recano in Pronto soccorso anche per questioni considerate di bassa priorità valutino e attivino specifici itinerari, scegliendo la strada che sembra loro più idonea per risolvere il proprio problema. Come scrive Giovanni Pizza, *"la nozione di itinerario terapeutico designa l'individuazione di soggetti cui pare opportuno rivolgersi per un efficace dialogo operativo intorno al proprio disturbo e i percorsi di guarigione, talora assai estesi, che ne conseguono. (...) La ricerca etnografica mira a ricostruire processi complementari: il riconoscimento dei molteplici itinerari terapeutici e "ricerca di aiuto" messi in atto dai pazienti e dal loro ambiente familiare, ma anche la consapevolezza della compresenza in un dato contesto di risorse diversificate e di varie figure di terapeuti che svolgono funzioni differenti in luoghi diversi"*.¹⁸

E in riferimento alle traiettorie costruite sulla base delle scelte di cura degli utenti coinvolti nell'indagine, possiamo innanzitutto individuare due grandi "gruppi", distinguendo tra coloro che sono arrivati in Pronto soccorso dopo aver consultato altri servizi e coloro che hanno scelto di giungere direttamente in ospedale. Distinzioni che risultano funzionali per una prima semplificazione, ma che non esauriscono la multiformità degli itinerari attivati e la complessità del quadro in cui si configurano le relative spinte a percorrere talune strade anziché altre. La malattia, a qualsiasi livello di gravità si manifesti, è strettamente connessa alle dimensioni socio-culturali in cui si inserisce e l'utente sceglie determinate strade, o ne abbandona altre, poiché il suo obiettivo è quello risolvere il proprio problema; l'itinerario terapeutico individuato, sarà di conseguenza costruito sulla base del significato attribuito alla malattia e dei differenti modi conosciuti per affrontarla.¹⁹

Le persone giunte in Pronto soccorso dopo aver consultato altri servizi rappresentano di fatto una minoranza tra tutti gli utenti intervistati e in genere si sono rivolti in prima istanza al medico di medicina generale (per essere poi inviati direttamente da lui in Pronto soccorso, o iniziare una più o meno articolata peregrinazione tra servizi pubblici e privati

prima di decidere di recarsi in ospedale). In ogni caso per tutti gli utenti coinvolti nella ricerca, la scelta di arrivare in ospedale è risultata sempre dettata da specifiche motivazioni che, in molti casi, si sovrappongono tra loro, definendo le mappe concettuali che inducono a scegliere il Pronto soccorso anche per problemi definiti di bassa priorità. Ecco di seguito, in proposito, alcune delle principali questioni da evidenziare sinteticamente.

1. La percezione di un'acutizzazione dei sintomi e del repentino peggioramento del proprio malessere rappresenta una delle spinte più pressanti. Questo costituisce il principale motivo per cui alcuni arrivano in ospedale anche dopo molte ore o giorni dal momento in cui hanno avvertito i primi disagi e in molti casi a prevalere non è solo la sofferenza fisica legata al sintomo, ma la percezione di un alto livello di preoccupazione e dunque di emergenza connessa al proprio stato di salute. Da un punto di vista antropologico, d'altronde, i fattori che producono l'idea di emergenza appaiono soggettivi e culturalmente orientati e la percezione di ciò che soggettivamente viene ritenuto urgente entra spesso in collisione con i significati di urgenza ed emergenza attribuiti dall'istituzione sanitaria.^{20,21} Il dolore stesso risulta strettamente connesso alle interpretazioni e al contesto in cui il soggetto che lo soffre è inserito e "decidere se un fatto che riguarda il corpo sia normale o doloroso dipende dalla pratica culturale e sociale e non già dalla costituzione naturale; implica un'interpretazione che coinvolge, o meno, la sensazione di sofferenza".²¹ Da questo punto di vista, il Pronto soccorso non appare solo il luogo istituzionalmente preposto alla gestione della *disease*, ovvero la malattia intesa nella sua accezione biomedica come disfunzionamento organico di una parte del corpo, ma rappresenta lo sfondo dove la malattia rivela la sua dimensione costitutiva di *illness*, cioè di esperienza personale ed interiore del proprio problema di salute, con tutto il suo portato di soggettività, emozioni e paura.²²
2. A fronte del malessere e delle preoccupazioni connesse ai sintomi avvertiti, le lunghe liste di attesa per gli approfondimenti diagnostici svolti attraverso i servizi territoriali sono visse in molti casi con forte disagio. La convinzione che giungendo in ospedale si possano svolgere esami diagnostici in tempi molto brevi e si possa dunque capire velocemente

come orientare i percorsi di cura, rappresenta senza dubbio un robusto elemento di condizionamento che orienta le scelte degli utenti, sia quando questi si sentono in una condizione di emergenza per il proprio stato di salute, sia quando, anche in assenza di tale apprensione, ritengono in ogni caso preferibile attivare percorsi più immediati e veloci.

3. Comune a molti risulta la concezione che il Pronto soccorso sia un luogo più facilmente accessibile di altri servizi oltre che più efficiente e dinamico, e dunque da preferire. Prevalde infatti la rappresentazione del Pronto soccorso di Perugia come servizio dispensatore di prestazioni di altissimo livello tra i più avanzati tecnicamente poiché dotato di strumentazioni di avanguardia e in cui lavorano professionisti tra i più competenti e capaci di garantire prestazioni veloci ed efficaci. Interessante appare anche l'immaginario che emerge in alcuni utenti, la cui percezione del Pronto soccorso descrive un ambiente "totalmente igienico" e assolutamente in sicurezza rispetto alla possibilità di contrarre infezioni e malattie.
4. Di contro, si registra non di rado la diffusa mancanza di fiducia verso gli ospedali "periferici", la guardia medica e soprattutto il medico di medicina generale che, pur essendo il principale punto di riferimento sul territorio, viene talvolta percepito come poco disponibile e non sempre facilmente reperibile. In alcuni casi, si ignora la possibilità che il problema per cui ci si è rivolti in Pronto soccorso possa essere trattato dal proprio medico curante o dagli altri servizi di territorio.
5. Infine, se per alcuni il Pronto soccorso rappresenta l'ultimo tentativo di risolvere il proprio problema dopo aver attivato articolati itinerari che non hanno prodotto alcun risultato, nella maggior parte dei casi, si rileva invece un "utilizzo" di tale servizio come fosse equiparabile agli altri di territorio. Lungi dall'essere connotato come servizio preposto alla risoluzione delle emergenze, prevale una concezione del Pronto soccorso come una delle possibilità a disposizione, una delle opzioni valide, uno dei tanti servizi a cui poter "legittimamente" accedere al pari di tutti gli altri disponibili.

Tali questioni, così diversificate e in molti casi interconnesse che in parte confermano quanto già riportato in altri lavori e ricer-

che²³⁻³⁰, sono state rilevate insieme ad un altro dato significativo, praticamente trasversale alla totalità delle persone intervistate, che appare importante sottolineare: da tutti gli utenti che hanno partecipato all'indagine è emersa l'assoluta convinzione di trovarsi nel luogo "legittimamente" e "istituzionalmente" più adatto per risolvere il proprio problema. E a tale proposito, nessuno tra gli intervistati ha mai messo in dubbio che il proprio accesso in Pronto soccorso fosse da considerarsi "inadeguato", "inopportuno", in altre parole "improprio".

Quale risulta, invece, la prospettiva degli operatori? Come vivono medici e infermieri la gestione di tali afflussi? E come si configurano le opinioni e le rappresentazioni intorno a questa tematica?

Di fatto, l'accesso di persone con problematiche considerate di bassa priorità viene avvertito come una questione piuttosto critica, che produce stress e frustrazioni, sottrae energie preziose da dedicare ai casi più urgenti e incide sulla relazione con gli utenti. Appare molto incisivo il contrasto tra le rappresentazioni e le motivazioni che spingono gli utenti con codice bianco ad accedere in Pronto soccorso e le percezioni e opinioni che gli operatori costruiscono intorno a tali accessi. Ad esempio, emerge molto chiaramente che se da un lato l'utente che arriva in Pronto soccorso con codice bianco è assolutamente convinto di trovarsi a buon diritto nel luogo più idoneo per risolvere il proprio problema, al cospetto dei migliori professionisti e pressoché ignaro che il proprio accesso sia considerato inappropriato, dall'altro medici e infermieri tendono a percepire tale presenza come il segno di una profonda mancanza di rispetto della professione da parte dell'utente e di un suo pressoché superficiale disinteresse riguardo alle ripercussioni della sua scelta sull'organizzazione del servizio. In molti casi prevalgono sentimenti di rabbia, irritazione, avvillimento, e non di rado emerge l'insoddisfazione per doversi relazionare con un modello di utente considerato tendenzialmente apprensivo, male informato e "furbetto". Emergono anche due differenti significati attribuiti al concetto di urgenza ed emergenza; se infatti per gli operatori tale nozione ha una valenza "oggettiva", collegata alla necessità di intervenire tempestivamente su patologie tempo-dipendenti, per gli utenti l'urgenza rimanda ad una percezione soggettiva di pericolo e/o sofferenza (chiaramente in contrasto con il codice bianco assegnato loro) e in molti casi alla necessità di risolvere il proprio problema il più velocemente possibile e in tempi assai più brevi di quelli previsti dagli iter di territorio. In linea con la contrapposizione tra posizionamenti molto diversi, risulta poi esemplificativa anche la differente prospettiva riguardo alla

questione dell'accesso in Pronto soccorso a giorni di distanza dall'inizio del problema. Se da un lato il fatto di attendere l'evoluzione dei sintomi rappresenta in qualche maniera un comportamento virtuoso, legato sia alla capacità di resistere in attesa di una risoluzione spontanea del problema e sia all'attitudine di non rivolgersi ai servizi per questioni non gravi, dall'altro questo atteggiamento viene molto spesso letto dagli operatori come uno dei segnali di "furberia" e opportunismo nei confronti dei servizi sanitari. Prospettive molto differenti, dunque, che a volte si sovrappongono e altre confliggono, ma che vanno inquadrare entro precise cornici di riferimento. Sarebbe infatti riduttivo limitare questa tendenza a rivolgersi in Pronto soccorso per questioni considerate di bassa priorità a semplice "utilitarismo" del cittadino; osservare gli atteggiamenti da questa unica prospettiva rischierebbe di occultare quelle complesse dinamiche legate all'organizzazione dei servizi sanitari^{31,32,33,34}, ai contesti socio-culturali di riferimento e al più generale rapporto tra cittadini e "sistema" che inevitabilmente definiscono le rappresentazioni e condizionano i comportamenti messi in campo dai differenti attori.

Non è soltanto la divergenza tra i molteplici punti di vista a costituire un problema, ma anche le modalità attraverso cui i differenti soggetti percepiscono e organizzano il tempo, lo spazio e la relazione all'interno del Pronto soccorso. Molti utenti, ad esempio, non appaiono disposti ad aspettare gli "istituzionali" tempi d'attesa. E, laddove non vengano veicolate al momento del triage le corrette informazioni sulla tipologia del codice ricevuto e sui relativi tempi di visita, questo senza dubbio contribuisce a produrre insoddisfazione nell'utenza con conseguenti e possibili derive aggressive, la cui riflessione si inserisce anche entro il più ampio quadro della questione sulla violenza nei servizi di emergenza/urgenza.^{35,36,37} Sebbene siano stati ampiamente osservati atteggiamenti che definiscono una buona relazione con i pazienti, sono emersi tuttavia anche comportamenti che portano alla luce elementi di criticità nel rapporto con gli utenti; in particolar modo nei confronti di alcune "categorie" quali anziani e migranti, verso i quali si registrano talora atteggiamenti (infantilizzanti, paternalistici, direttivi o giudicanti) che rischiano di compromettere il buon esito della relazione terapeutica. Una tematica, questa, del rapporto operatore-paziente (qui appena accennata nonostante necessiterebbe di una trattazione assai più ampia) che risulta in genere frequentemente segnata da questioni critiche e multiforini. Tale direttrice è stata largamente indagata dagli studi antropologici come rapporto complesso, personale e sociale che si realizza all'interno di un particolare contesto

e che è strettamente connesso alle dinamiche di cambiamento che interessano la biomedicina e i suoi apparati normativi ed organizzativi in cui si struttura l'offerta dei servizi sanitari.^{6,18,38,39,40} La letteratura in materia, ha ribadito da tempo come il sempre maggior tecnicismo delle procedure diagnostiche e terapeutiche a scapito della semeiotica, la crescente burocratizzazione del lavoro degli operatori e una eccessiva specializzazione della formazione biomedica, abbiano contribuito a determinare un impoverimento simbolico ed emozionale del rapporto medico/paziente che crea inevitabilmente nell'utenza l'esigenza di una partecipazione più attiva e coinvolgente, in una relazione con l'operatore che non sia scadenzato da tempi sempre più ristretti delle visite mediche.⁴¹

D'altronde non possono essere ignorate anche le difficoltà vissute dagli operatori che, non di rado, si trovano a operare presso strutture sotto organico, sovraffollate e con grossi carichi di lavoro a cui far fronte. Entro questo quadro, mentre da una parte gli infermieri di triage vivono con disagio il ruolo di "mediatori" che si trovano a rivestire fra pazienti in attesa che fremono e medici che a volte tendono a giudicare criticamente il loro operato (non sempre, ad esempio, c'è accordo rispetto all'attribuzione di priorità), dall'altra il personale medico si sente particolarmente appesantito dalla mole di lavoro e sotto pressione per l'incalzare degli infermieri sull'alto numero di persone in attesa. Si registra, dunque, una circolarità di tensione che investe, pur nelle differenti modalità, la triade interessata: utenza, infermieri di triage e medici. Nel percorso che dal triage porta alla sala d'aspetto e poi all'interno delle medicherie, tutti gli attori percepiscono, ognuno dalla propria prospettiva e con valenze diverse, gli effetti di un tempo che assume differenti significati e che, sulla base di questi, definisce atteggiamenti e comportamenti.

Discussione

Da qualche anno a questa parte numerose sono state le sperimentazioni avviate in diverse regioni italiane per ridurre gli accessi "impropri" e migliorare la rete assistenziale; sperimentazioni che, attraverso modelli territoriali di differente tipologia e denominazione (Presidi Territoriali di Assistenza, Assistenza Territoriale Integrata, Ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie, Casa della Salute), così come modelli ospedalieri (quali, ad esempio, Ambulatori codici bianchi e Ambulatori codici di minor gravità gestiti dai Medici di Medicina Generale presso i Pronto soccorso), hanno avuto l'obiettivo di individuare percorsi operativi per arginare il problema e migliorare l'assistenza fornita sul territorio.^{23,25,42} In molti casi, tali sperimentazioni hanno po-

sto al centro la medicina di base che viene inevitabilmente chiamata in causa nel dibattito intorno alla questione degli accessi "impropri" e che è stata oggetto di riflessione e commenti anche in questa indagine sia da parte di utenti che di operatori.^{15,24,27,43} Questi ultimi, ad esempio, evidenziano alcune problematicità in relazione al medico di medicina generale: la difficoltà nel seguire l'utenza a domicilio, la propensione ad orientare verso il Pronto soccorso (anche per avviare ai lunghi iter altrimenti previsti per gli accertamenti diagnostici) e l'assunzione di un atteggiamento delegante e deresponsabilizzante. In altre parole, la medicina generale viene considerata responsabile di non fungere sufficientemente da "filtro" per quei pazienti che effettueranno un accesso "improprio" in Pronto soccorso. Anche dalla maggioranza degli utenti coinvolti nella ricerca emerge come il proprio medico non sia spesso percepito come il principale punto di riferimento: in alcuni casi, non lo si considera competente per la risoluzione del proprio problema, in altri si sottolinea l'assoluta mancanza di fiducia nei suoi confronti, in altri ancora lo si percepisce come poco attento e non disponibile.^{43,44,45,46}

Può dunque essere utile a questo punto soffermarsi brevemente su alcune questioni che rimangono "aperte": come far dialogare le differenti prospettive degli attori coinvolti? Entro quali confini si definiscono i concetti di appropriatezza e inappropriata dell'accesso? E come tutto questo si inserisce in una riflessione più ampia sulle effettive risposte ai bisogni di salute messe in campo dall'organizzazione sanitaria?

Oltre alla mancanza di un criterio condiviso in letteratura^{27,49,47} per indicare un accesso non appropriato, vengono alla luce un'eterogeneità di interpretazioni fortemente connesse ai differenti punti di vista e contesti di riferimento: degli operatori di Pronto soccorso, dei medici di medicina generale, degli utenti che "portano in scena" diversi comportamenti e approcci al problema. E questo già di per sé sarebbe sufficiente per giustificare il *busillis*. Ma ovviamente non è tutto. Se da una parte, infatti, utilizziamo come definizione di accesso "improprio" quella generalmente impiegata, che designa cioè quegli accessi per problematiche che possono trovare risposte presso altri servizi di territorio (la domanda di salute sarebbe appropriata, ma non il luogo scelto per trattarla), dall'altra questa definizione entra in attrito, spostando l'attenzione sugli utenti, con la percezione di effettiva necessità di assistenza immediata, la preferenza per i servizi di emergenza in termini di efficienza e fiducia, la difficoltà percepita di "accedere" ai servizi di assistenza primaria, il disagio per itinerari diagnostico-terapeutici scanditi da lunghi tempi di attesa e burocrazia. Entra in contrasto con tutti quei nodi critici connessi

al rapporto tra sistema e cittadini (con le loro conoscenze, esperienze, opinioni, rappresentazioni), e confligge con le problematiche legate all'organizzazione territoriale del sistema stesso. Qui le questioni sono molteplici e impossibili da sintetizzare: il vivace dibattito intorno alla necessità o meno di una continuità h24 dell'assistenza primaria; la complessa tematica del rapporto tra paziente e medico di medicina generale; le criticità legate alla relazione tra medici di medicina generale e medici ospedalieri e, in un quadro più ampio, all'integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri; il ruolo dei distretti e della medicina di territorio. Il tutto, ovviamente, da inquadrare entro le più generali strategie politiche nazionali che, sulla spinta delle contingenze socio-economiche che hanno colpito il nostro Paese negli ultimi anni, hanno determinato una progressiva razionalizzazione delle risorse e inciso inevitabilmente sul costo e sulla qualità dei servizi offerti.

Il fenomeno degli accessi "impropri" al Pronto Soccorso si configura dunque come una "punta dell'iceberg", il lato evidente di un quadro più ampio e complesso, che spinge a ripensare l'intero sistema alla luce di un nuovo equilibrio.³

Conclusioni

Alla luce dell'indagine svolta e dei bisogni emersi, possiamo provare a indicare qui, dalla nostra specifica prospettiva e nel tentativo di rispondere in parte alle criticità evidenziate dalla ricerca, alcune eventuali ipotesi di lavoro che ci appaiono particolarmente significative:

1. favorire, attraverso tavoli di discussione e confronto (caldeggiati dagli stessi operatori coinvolti nell'indagine), un dialogo aperto tra medici di Pronto soccorso, medici di medicina generale e dirigenti dei servizi per facilitare lo scambio delle differenti prospettive, assumere un reciproco "decentramento dello sguardo" e individuare insieme le strategie più idonee per una calibratura dell'offerta dei servizi sanitari;
2. promuovere campagne di informazione rivolte alla cittadinanza per valorizzare i servizi offerti nel territorio e incentivare ad un "buon uso" dei servizi di emergenza;
3. prevedere spazi di ascolto e orientamento per i pazienti in attesa (soprattutto rivolti a persone con problematiche a bassa priorità) in modo che, anche attraverso l'impiego di professionisti con specifiche competenze nelle scienze sociali, possano essere raccolte le istanze degli utenti e possa essere fornita una corretta comunicazione sui tempi di attesa e sull'an-

damento contingente del servizio; considerato quanto, anche in corso di indagine, gli stessi colloqui effettuati con i pazienti abbiano rappresentato, in molti casi, e senza alcuna finalità diretta in tal senso, un'occasione di accoglimento (dal "potere" tranquillizzante) che ha indotto alcuni a decidere poi di rivolgersi ai servizi di territorio, un approccio di questo tipo potrebbe costituire un valido strumento per "affinare" le competenze dei cittadini, facilitarne l'orientamento ed aumentare il generale livello di soddisfazione nei confronti dei servizi.

BIBLIOGRAFIA

1. BELLENTANI M, CATANIA S, BUGLIARI AL, DAMIANI G. *Presentazione della ricerca. I Quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*. 2013; 11: 34-39.
2. BAGAGLIA C, POLCRI C. *Il problema degli accessi "impropri" in Pronto soccorso: una questione di prospettive. Un'indagine antropologica sui percorsi dell'utenza e le esperienze degli operatori*. Technical Report. Jan 2016; Disponibile su: https://www.academia.edu/26143951/Il_problema_degli_accessi_impropri_in_Pronto_soccorso_una_questione_di_prospettive_Un_indagine_antropologica_sui_percorsi_dell_utenza_e_le_esperienze_degli_operatori [ultimo accesso 14/08/2017]
3. BISSONI G, MOIRANO F. *Editoriale. I Quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*. 2013; 11: 5-8.
4. CSORDAS TJ. *Embodiment as paradigm for anthropology*. Ethos, 1990; 18(1): 5-47.
5. FARMER P, KLEINMAN A. *Aids as human suffering*. Daedalus, 1989; 118: 135-160.
6. GOOD B. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico/paziente*. Torino: Edizioni di Comunità; 1999.
7. GOOD BJ, DEL VECCHIO GOOD MJ. *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinic practice* In: Eisenberg L, Kleinman A. *The relevance of social science for medicine*, Dordrecht: D. Reidel Publishing Company; 1981. 165-196.
8. KLEINMAN A. *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books; 1988.
9. YOUNG A. *The anthropologies of illness and sickness*. Annual Review of Anthropology. 1982; 11(257): 257-285.
10. SEPELLI T. *Male, malessere e malattia. Primapersona. Percorsi autobiografici*. Provincia di Arezzo: Fondazione Archivio Dialettico Nazionale, gennaio-giugno 2008; X(20): 8-17.
11. RONZON F. *Breve guida pratica alla ricerca etnografica*. Roma: Meltemi; 2008.
12. LUPO A. *Medico o dottore? Ti racconto la mia malattia*. Roma: Edizioni Panorama

della Sanità. Azienda San Camillo Forlani; 2008.

13. DA LIO A, SPAGNA F. *"Un codice così bianco". Aspetti antropologici del triage in una ricerca sulle priorità presso il Pronto Soccorso di un ospedale veneto*. AM. Rivista della società italiana di antropologia medica. Ottobre 2013; (35-36): 187-205.
14. KNIESTEDT A. *Porta de entrada: análise antropológica sobre a função social de um hospital de emergência no sistema de saúde de Porto Alegre*. [Dissertazione] 2013; Disponibile su: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5488> [ultimo accesso 14/08/2017]
15. AGENZIA SANITARIA REGIONALE DELL'EMILIA-ROMAGNA. *Devo aspettare qui?. Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna*. 2007; Dossier 151. Disponibile su: <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss151> [ultimo accesso 14/08/2017]
16. BICHI R. *L'intervista biografica. Una proposta metodologica*. Milano: Vita e Pensiero Editrice; 2002.
17. TUSINI S. *La ricerca come relazione. L'intervista nelle scienze sociali*. Milano: Collana Il riccio e la volpe, Franco Angeli; 2006.
18. PIZZA G. *Il senso del male*. In: Pizza G. *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci Editore; 2005 p. 187-202.
19. LAGO LM, DE JESUS MARTINS J, GHIZONI SCHNEIDER D, COUTO CARVALHO BARRA D, PEREIRA DO NASCIMENTO ER, DE ALBUQUERQUE GL, LORENZINI ERDMANN A. *Itinerario terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar, "Ciência & Saúde Coletiva"*. 2010; 15 (1): 1283-1291.
20. ZBOROWSKI M. *Cultural components in response to pain*. Journal of Social Issues, 1977; 8: 16-30.
21. LE BRETON D. *Esperienze del dolore*. In: Le Breton D. *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi; 2007 p.21-42.
22. TROMBA V, DI RENZO E. *Fare il medico di Pronto soccorso: riflessioni a due mani*. 2012. Disponibile su: <http://www.medicinadurgenza.org/content/fare-il-medico-di-pronto-soccorso-riflessioni-due-mani-valeria-tromba-pediatria-durgenza-d-0> [ultimo accesso 14/08/2017]
23. AGENAS. *Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri in Pronto soccorso: evidenze e indirizzi*. I Quaderni di Monitor, 2013; 11: 1-149.
24. BLASI M, MARZIONI F, PEZZUOLO A. *La qualità dell'emergenza: spunti da una ricerca su tre strutture di pronto soccorso*. Roma: Bulzoni; 2011.
25. CAVALCA G, SABATINELLI S. *I casi non urgenti in Pronto Soccorso: analisi dei bisogni e proposte di riorganizzazione. Una ricerca empirica in un grande ospedale milanese*. In:

- Biancheri R, Niero M, Tognetti Bordogna M. Ricerca e sociologia della salute fra presente e futuro. Milano: Franco Angeli, Collana Salute e Società; 2012. 73-86.
26. BIANCO A, PILEGGI C, ANGELILLO IF. *Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy*. Public Health, 2013; 117 (4): 250-255.
 27. DI TOMMASO F, FALASCA P, ROSSI A, LOLLI V, CALDERONE B, NICOLI MA. *Pronto Soccorso: verso un uso responsabile*. Prospettive Sociali e Sanitarie, 2008; (21): 4-6.
 28. DI TOMMASO F, FALASCA P, CALDERONE B, NICOLI MA, BERARDO A, ROSSI A. *Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non appropriato del pronto soccorso nella Ausl di Ravenna nel 2008*. Epicentro. Il portale dell'epidemiologia della Sanità pubblica, febbraio 2010. Disponibile su: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2010/febbraio/2.asp> [ultimo accesso 14/08/2017]
 29. MENGONI A, RAPPINI V. *La domanda non urgente al Pronto Soccorso: un'analisi. Mecosan. Management ed economia sanitaria*. 2007; 16 (62): 61- 82.
 30. ROCCO S, FUSELLO M. *Il paziente non urgente (codice bianco) e il Pronto Soccorso*. Emergency Care Journal, 2008; VI: 19-25.
 31. MACIOCCO G. *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'epoca della globalizzazione*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2009.
 32. MACIOCCO G. *Happy news (Buone notizie)*. SaluteInternazionale 2015; 30 novembre 2015. Disponibile su: <http://www.saluteinternazionale.info/2015/11/happy-news-buone-notizie> [ultimo accesso 14/08/2017]
 33. BRAGA M. *La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e la necessità di cambiamento*. *Epidemiologia e Prevenzione*. Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia, 2014; 38(1): 7-10.
 34. CENSIS. *I pilastri del nuovo welfare. Le lunghe derive della protezione sociale italiana*. Note & Commenti, 2015; (9).
 35. RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A. *Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: revisione della letteratura*. L'Infermiere, 2011; 45 (5): 43-50.
 36. RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A, ADDEY B. *Violence against nurses in the triage area: An Italian qualitative study*. Int Emerg Nurs., 2015 Oct; 23(4): 274-80.
 37. RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A, ADDEY B, LUMINI E, RASERO L. *Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches*. Open Access Emerg Med., 2016 Apr 21; 8: 17-27.
 38. PELLICCIARI M. *Retoriche dell'incontro fra medici di base e loro pazienti. Strategie identitarie e uso del camice e di altri dispositivi nella costruzione dello spazio terapeutico*. AM. Rivista italiana della Società italiana di antropologia medica, 2003; (15-16): 205-217.
 39. SEPELLI T. *Editoriale. Antropologia medica: fondamenti per una strategia*. AM. Rivista italiana della Società italiana di antropologia medica. ottobre 1996; (1-2): 7-22.
 40. RANISIO G. *Il rapporto medico-paziente e i Centri di Cure Primarie*. AM. Rivista italiana di Antropologia Medica. Rivista italiana della Società italiana di antropologia medica, 2013; (35-36): 369-393.
 41. SEPELLI T. *Antropologia medica, welfare state e impegno politico*. AM. Rivista italiana della Società italiana di antropologia medica. Ottobre 2004; (17-18): 61-69.
 42. BALDANTONI E. *Presto e bene... Indagine sulla soddisfazione degli utenti dei codici bianchi del PS*. Emergency Care Journal. Organizzazione, Clinica, Ricerca. 2007; III(1): 21-29.
 43. LAMANNA C, TRASTULLI E. *Accessi impropri al Pronto Soccorso e H24*. Rivista Società Italiana di Medicina Generale, 2012; 4: 27-28.
 44. CIPOLLA C, CORPOSANTO C, TOUSIJN W. *I Medici di medicina generale in Italia*. Milano: Collana Salute e Società. Franco Angeli; 2006.
 45. COSMACINI G. *Il mestiere di medico. Storia di una professione*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2000.
 46. GIARELLI G, FERRARI M. *La medicina del quotidiano. Il vissuto della pratica clinica del medico di medicina generale*. Roma: Bionanno; 2008.
 47. BELLERI G. *Quali strategie per contenere gli accessi impropri al Pronto Soccorso?*. MD, gennaio 2006; 1. Disponibile su: <http://www.passonieditore.it/md.html> [ultimo accesso 14/08/2017]