

Studio osservazionale sugli accessi non urgenti in Pronto Soccorso

Observational study on not urgent access in Emergency Department

■ FEDERICA ANNESE¹, DANIELE NUNZIATINI¹, ELISABETTA GUIDI²

¹ Infermiere, 118 Forlì Soccorso, Dipartimento Emergenza-Urgenza Forlì Ausl Romagna

² Coordinatore Infermieristico, Pronto Soccorso di Forlì, Dipartimento Emergenza-Urgenza Forlì Ausl Romagna



RIASSUNTO

Introduzione: Il fenomeno degli accessi non urgenti in Pronto Soccorso è un tema frequentemente affrontato dalla letteratura internazionale. Grazie ai numerosi studi sono oramai ben note le cause principali e le caratteristiche individuali che accomunano tali frequentatori, così come alcune plausibili soluzioni.

Obiettivo: analizzare la situazione nel Pronto Soccorso di Forlì, al fine di valutare i fattori causali di accesso e la corrispondenza con i risultati pubblicati in letteratura.

Materiali e metodi: È stato condotto uno studio osservazionale tramite la somministrazione di un questionario ai pazienti con codice bianco o verde. Le domande vertevano sulle caratteristiche individuali, sulle motivazioni di accesso, la conoscenza dei servizi di cure primarie, l'auto percezione di urgenza e l'eventuale accettazione di presa in carico infermieristica. I risultati sono stati analizzati con Epi InfoTM 3.5.

Risultati: Il 56,4% dei pazienti con codice bianco o verde sono adulti (18-44 anni) e la motivazione principale di accesso è la convenienza in termini di rapidità di prestazioni e orari di apertura (23,5%); solo 11,8% dei partecipanti conosce il Nucleo di Cure Primarie e solo il 40% è a conoscenza del Servizio di Continuità Assistenziale. Il 35,3% ha attribuito alla propria problematica il codice giallo. Infine il 60,8% dei partecipanti avrebbe accettato la presa in carico infermieristica.

Discussione/conclusioni: I risultati non si discostano da quelli rilevati in letteratura: l'età medio-giovane, la carenza di conoscenza in merito ai servizi di cure primarie, la convenienza percepita nell'utilizzo dei servizi di emergenza e l'errata auto percezione di urgenza, giocano un ruolo fondamentale nell'abuso del Pronto Soccorso.

Parole Chiave: "Pronto Soccorso", "Accessi non urgenti", "Continuità assistenziale", "Accessibilità ai servizi sanitari".



ABSTRACT

Introduction: The phenomenon of non-urgent accesses in the ER is a subject frequently dealt by international literature. Thanks to a lot of studies, the main causes and the individual characteristics that those visitors have in common are well known, as well as some plausible solutions.

Objective: to analyze the situation in Forlì emergency room, in order to evaluate the causal factors of access and correspondence with the results published in literature.

Method: An observational survey was conducted by administering a questionnaire to patients with white or green code. The questions focused on individual characteristics, access motivation, knowledge of primary care services, self-perception of urgency and possible acceptance of nursing care. The results were analyzed with Epi InfoTM 3.5.

Results: 56.4% of patients with white or green code are adults (18-44 years) and the main reason for access is the convenience in terms of speed of performance and opening hours (23.5%); only 11.8% of the participants know the Primary Care Unit and only 40% know about the Continuity Care Service. 35.3% attributed to their problem the yellow code. Finally, 60.8% of the participants would accept nursing care.

Discussion: The results do not differ from those found in literature: the average-young age, the lack of knowledge about primary care services, the perceived convenience in the use of emergency services and the erroneous self-perception of urgency plays a fundamental role in the abuse of the emergency room.

Keywords: "First Aid", "Nursing Management of not-urgent accesses", "Continuity of Patient Care", "Health Services Accessibility".

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 16/01/2019

ACCETTATO IL 29/09/2019

Corrispondenza per richieste:

Federica Annese

federica.annese@auslromagna.it

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

INTRODUZIONE

Tra i problemi più comuni a livello internazionale, che coinvolgono la gestione dei Pronto Soccorso (PS), risulta imponente l'affollamento delle strutture, causato spesso dall'accesso di persone che richiedono prestazioni che potrebbero essere svolte a livello territoriale dai servizi di cure primarie e soprattutto dai medici di medicina generale^[1]. L'elevato numero di accessi non urgenti al PS presenta un duplice influsso negativo: aumento dei costi della Sanità, così come la diminuzione della funzionalità del servizio che porta a conseguenze concrete come ritardo nelle visite dei codici più gravi, congestione dei servizi di laboratorio e di diagnostica per immagini, aumento della conflittualità sociale, *burn-out* degli operatori, aumento del rischio clinico, insoddisfazione dell'utenza e aumento di reclami^[2,1,3,4,5]. Tra le cause comuni che negli anni hanno originato questa incessante richiesta di salute da parte dei cittadini si riscontra un atteggiamento probabilmente difensivistico da parte dei medici di cure primarie, i quali spesso indirizzano il cittadino verso la realtà ospedaliera^[6,7,8,9]. Anche le vere e proprie barriere nelle cure primarie come la reperibilità limitata e tempi di attesa per appuntamenti troppo lunghi, alimentano notevolmente questo problema^[10,7,8,9]. Altre cause di ricorso eccessivo sono il desiderio da parte dei cittadini di ottenere in breve tempo risposte ai loro bisogni percepiti urgenti^[6,8], la consapevolezza di ricavare riscontri qualificati anche attraverso l'impiego di tecnologie non sempre reperibili in ambiti di cure territoriali^[3,4,9,11], oppure la vera e propria disconoscenza dei servizi territoriali primari^[6,8]. Il fatto che il PS sia diventato il luogo per il trattamento, oltre che delle emergenze-urgenze, delle infortunistiche sul lavoro e dell'esposizione degli operatori ad agenti biologici, ha probabilmente instillato nella popolazione la credenza che vi si possa ricorrere per più motivi^[9]. In Olanda da circa 15 anni è avvenuta una riorganizzazione del sistema delle cure primarie, istituendo strutture fornitrici di cure di base lavorando a stretto contatto con i dipartimenti di emergenza per formare punti di primo intervento; una volta terminato il processo di *triage*, i pazienti non urgenti vengono indirizzati presso queste strutture migliorando l'efficienza del sistema^[12]. In Svizzera, invece, è stato integrato un medico di medicina generale all'interno dell'ospedale affinché visitasse i pazienti meno gravi, questo ha contribuito non tanto alla diminuzione degli accessi non urgenti, ma al miglioramento del funzionamento del servizio^[13].

Dall'analisi della letteratura internazionale emerge che gli studi riguardanti gli accessi non urgenti nelle strutture di emergenza sono molteplici ed eterogenei tra loro. Altri elementi che determinano discrepanza tra i vari studi sono il disegno di studio e gli obiettivi proposti.

OBIETTIVO

Lo studio ha lo scopo primario di analizzare le caratteristiche individuali comuni e l'auto percezione di urgenza, le cause principali di accesso, le conoscenze in merito alle alternative a livello territoriale e se una possibile soluzione, come la creazione di un ambulatorio infermieristico, venga accettata o meno dalla popolazione presa in esame. Obiettivo secondario è valutare se i dati estrapolati si allineano a quelli ottenuti dalla revisione della letteratura.

MATERIALI E METODI

È stato effettuato uno studio osservazionale trasversale, autorizzato dal Comitato Etico AUSL ROMAGNA in data 02/08/2018 (N.determinazione 2478), presso il Pronto Soccorso della AUSL Romagna – Presidio Ospedaliero di Forlì. Ai pazienti che afferivano al PS e venivano codificati con codice bianco o verde, è stato somministrato un questionario strutturato *ad hoc* e sviluppato dai ricercatori dopo revisione della letteratura. L'indagine è stata condotta nel periodo agosto e settembre 2018 per un totale di 15 giornate non consecutive. Le domande vertevano sulle caratteristiche individuali, sulle motivazioni di accesso, la conoscenza dei servizi di cure primarie, l'auto percezione di urgenza e l'eventuale accettazione di presa in carico infermieristica.

I risultati sono stati valutati con Epi Info TM 3.5 (Copyright © 2001-2010 Associazione Italiana di Epi Info) e analizzati in forma aggregata.

Erano criteri di esclusione:

- la minore età;
- la non comprensione della lingua italiana;
- non essere in grado di compilare il questionario;
- essere in possesso di richiesta di accesso urgente;
- aver presentato un trauma di qualsiasi genere nelle ultime 24 ore;
- gli infortuni sul lavoro;
- i percorsi Fast Track (ORL, Oculistica).

RISULTATI

Il questionario è stato somministrato a 102 pazienti, valore pari al 3% circa degli accessi non urgenti totali annui afferenti al PS di Forlì. L'infermiere di triage ha assegnato a 41 pazienti del campione preso in esame un codice verde; ai restanti 61 utenti è stato attribuito un codice bianco.

Dall'analisi statistica descrittiva dei dati ottenuti, è risultato che non c'è differenza significativa di genere dei pazienti intervistati (52,5% Femmine; 47,5% Maschi). La media dell'età è di 45 anni (DS+/- 20,8), la fascia più rappresentativa è quella degli adulti (18 – 44 anni). Il grado d'istruzione del campione identifica una prevalenza di diplomati (37,6%) e di pazienti con licenza media (31,7%) (**Tabella 1**).

Le manifestazioni all'ingresso vedono come principali cause di accesso le problematiche dermatologiche, i dolori addominali, piccoli traumi e algie agli arti (**Tabella 2**). Le motivazioni di accesso in Pronto Soccorso più frequenti risultano essere: rapidità delle pre-

Tabella 1. Distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per grado di istruzione (1 record mancante)

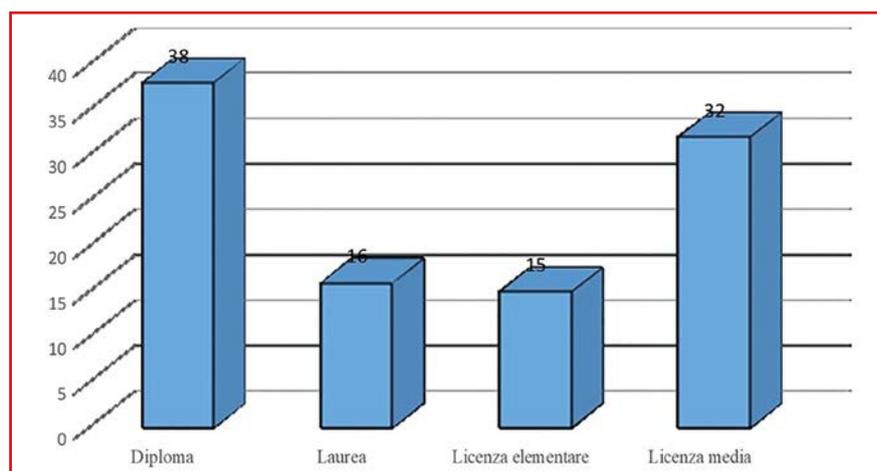


Tabella 2. Distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per manifestazione all'entrata

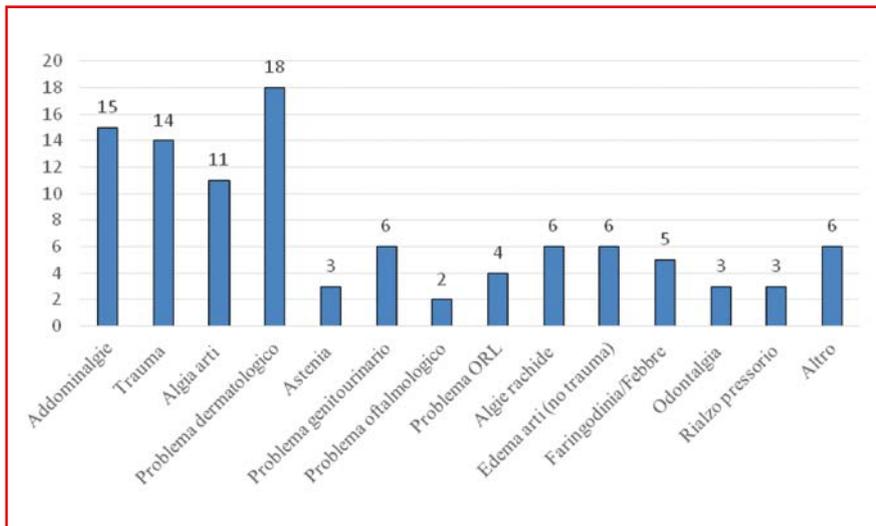


Tabella 3. Cause che hanno spinto i pazienti ad accedere in Pronto Soccorso

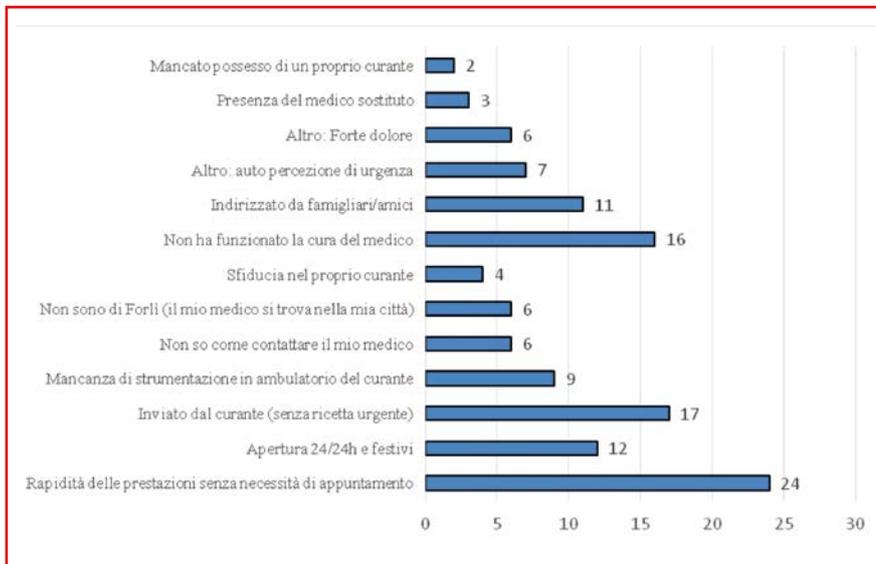
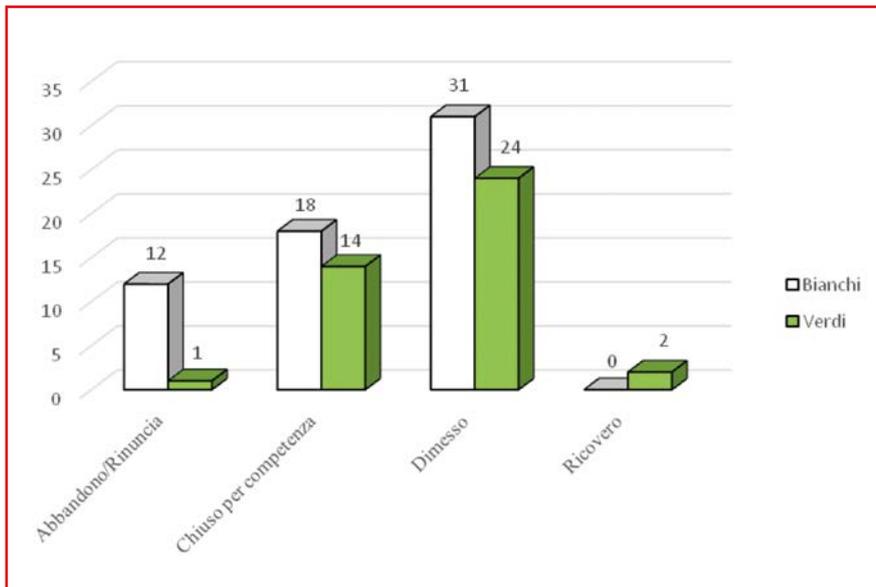


Tabella 4. Distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per esito.



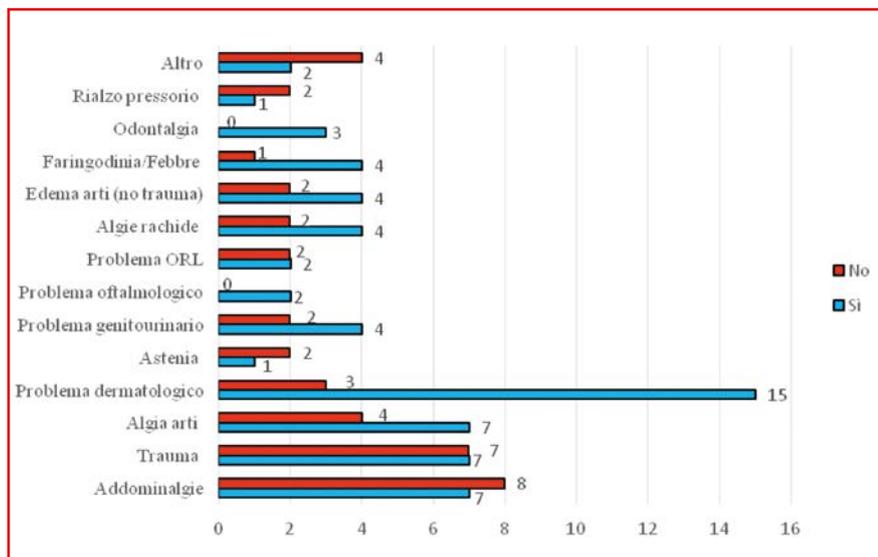
stazioni assistenziali, invio dal medico curante o per cura effettuata ma non efficace, apertura h24 anche in giornate festive e prefestive (Tabella 3). Le modalità di chiusura degli accessi oggetto di studio sono presentati nella tabella 4. Riguardo i servizi di cure primarie si evince che il 76,5% degli intervistati conosce gli orari del medico; il 40,2% è informato sugli orari di reperibilità della guardia medica, mentre il 39,2% comprende la disponibilità di guardia medica dalle 8 alle 20 in ambulatorio nei festivi e prefestivi, il Nucleo di Cure Primarie è conosciuto solo dal 12,7% delle persone.

In merito alla comprensione del funzionamento del Pronto Soccorso tramite codici colore si evidenzia che 23 (22,5%) pazienti non riconoscano i criteri di assegnazione; di questi 23, 13 (12,7%) affermano però di essere stati informati dal personale infermieristico. Il 40% del campione non si affiderebbe ad un infermiere per maggior fiducia nei medici e mancato possesso di competenze avanzate da parte dell'infermiere. Stratificando questa variabile per età si evince che l'accettazione della presa in carico infermieristica risulta essere maggiore nella popolazione giovane. Infine è stata indagata la motivazione di accesso in Pronto Soccorso dei pazienti che avrebbero accettato la presa in carico infermieristica. Andando a valutare la motivazione che porta gli utenti ad affidarsi agli infermieri (Tabella 5), non c'è differenza significativa tra i due sessi ($r = 0,3685$ $P > 0,54$), né tra il grado d'istruzione ($r = 0,07$; $P > 0,55$).

DISCUSSIONE

Dall'indagine effettuata è emerso che i giovani adulti (18 – 44 anni) risultano essere coloro che accedono in Pronto Soccorso con più facilità e questo risultato rispecchia perfettamente quelli emersi in letteratura^[2,14,15,11]. La maggioranza del campione afferma di trovar conveniente il Pronto Soccorso per la rapidità di prestazione senza necessità di appuntamento, come già emerso in letteratura^[2,4,11]. Si conferma quindi, la difficoltà ad accedere alle cure primarie per la sovrapposizione degli orari di lavoro^[4].

Un'altra causa che ha spinto i pazienti a recarsi in Pronto Soccorso è stato il forte dolore che andava alleviato il prima possibile^[4,14,11]. Dall'autovalutazione è emerso che i pazienti tendono a sopravvalutare la loro condizione in termini di urgenza^[4]; nel nostro studio, 36 persone si sarebbero auto assegnate un codice giallo e 4 un rosso. Solo il 12,7% dei partecipanti è a conoscenza del Nucleo di Cure Primarie, e solamente il 40% è a conoscenza della guardia medica e dei suoi orari di lavoro. Maggiore è invece la conoscenza degli orari di accesso agli ambulatori di medicina generale. Il 97% dei pazienti concorda sull'assegnazione dei codici colore per gravità. Riguardo l'esito dei pazienti valutati, si

Tabella 5: Distribuzione della presa in carico o meno per manifestazione di entrata.


evinces che la metà dei codici bianchi e verdi è stata dimessa e il 20% ha rinunciato alle prestazioni.

Le cause principali che spingono i pazienti ad accedere ai servizi di emergenza in condizioni di non urgenza sono raggruppabili in 6 macro aree.

1. Fiducia nei servizi di assistenza primaria e facilità ad accedervi: è emerso che spesso i pazienti che si recano nelle strutture deputate alla gestione delle emergenze-urgenze non hanno contattato preventivamente il proprio curante oppure è risultato difficile accedere ai servizi di assistenza primaria in quanto i tempi di attesa previsti per l'appuntamento risultavano eccessivi^[2,11] e gli orari di apertura sono limitati^[4,11]. Inoltre in due studi viene riportato come parte dei pazienti si dichiarano insoddisfatti del proprio medico o addirittura di non fidarsi^[4,11]. Un altro fattore determinante è stata la mancanza di consapevolezza dell'esistenza di altri servizi ai quali far riferimento, ignorando quindi ulteriori opportunità di cura^[11]. Questo dato è però in contrapposizione con quanto rilevato nello studio di Durand et al., ossia che i pazienti fossero assolutamente consapevoli della struttura e delle offerte che il proprio sistema sanitario offre, pertanto sono stati in grado di individuare alternative possibili e di tradurre le loro valutazioni nelle scelte. Tutto ciò si tramuta in richieste eccessivamente esigenti come il volere tutto subito senza saper più attendere^[4].
2. Auto percezione di urgenza, ansia e bisogno di rassicurazione: l'ansia provata dalle persone è fortemente correlata al bisogno di rassicurazione, la quale è stata maggiormente ottenuta nei servizi di emergenza. I pazienti hanno riversa-

to una maggiore fiducia in questi ultimi rispetto ai servizi di assistenza primaria e hanno persino sostenuto che i trattamenti fossero risultati superiori^[11]. Molte persone, inoltre, hanno ritenuto di essere affetti da problemi urgenti, ma i pazienti non erano sempre in grado di valutare quali problemi di salute richiedessero cure di emergenza^[4,11]. Nello studio di Durand et al. sono stati intervistati anche i professionisti sanitari (medici ed infermieri) i quali hanno sostenuto che i pazienti basano la condizione di urgenza sui sintomi che provano come il dolore e l'ansia, mentre la vera determinazione va basata sulla clinica e su criteri medici^[4]. Anche nella Review di Uscher-Pines et al. è emerso che la maggior parte dei pazienti considerasse la propria condizione urgente e che non potesse aspettare per essere trattato^[14]. Una delle aspettative più ricorrenti nello studio di Durand et al., è stata proprio la possibilità di alleviare il dolore provato e di scemare l'ansia percepita^[4].
- 3. Percezione di necessitare esami, investigazioni e risorse ospedaliere: Un altro fattore determinante l'accesso non urgente è stata la convinzione di essere in una condizione tale da necessitare le risorse offerte dall'ospedale, tra cui i medici ospedalieri (piuttosto che quelli di medicina generale) e la diagnostica, in particolare di trattamenti e esami strumentali radiologici, i quali non erano disponibili negli ambulatori di assistenza primaria^[4,11]. Altri hanno ritenuto che la loro condizione fosse troppo difficile o complessa per essere trattata da un medico di medicina generale^[11].
- 4. Parere di amici, famigliari o indirizzamento da parte di professionisti sanitari: i pareri e le opinioni dei famigliari o degli amici

hanno avuto un ruolo importante nell'indirizzamento verso i servizi di emergenza. Ancora di più, l'invio da parte del proprio curante o un suo parere, ha giocato un ruolo fondamentale^[4,11].

5. Convenienza in termini di apertura, vicinanza e nessuna necessità di appuntamento: Mentre l'accesso all'assistenza primaria è spesso considerato limitato, le strutture deputate all'emergenza sono al contrario più convenienti a causa della disponibilità 24 ore su 24 e di non dover accedervi tramite appuntamento^[11]. L'opportunità di essere curati in un unico posto, la disponibilità di farmaci e la possibilità di poter usufruire di zone tecniche, sono stati fattori attrattivi per molte persone^[4,14].
6. Fattori individuali (economici, trasporti): In alcuni studi è stato evidenziato come molte persone abbiano ritenuto più economico far fronte ad un servizio di emergenza piuttosto che all'assistenza primaria^[2,14,11] sia per il fatto di non dover sempre pagare per le visite, sia per il trasporto, infatti alcuni pazienti hanno usufruito del servizio di ambulanza poiché non possedevano un'automobile^[11]. Le persone giovani sono le più propense all'utilizzo dei servizi di emergenza anche per problematiche non urgenti^[2,14,15,11]. Gli anziani invece tendono ad utilizzare meno i servizi di emergenza in quanto poco confidenti con i servizi telefonici e preferiscono recarsi da un professionista familiare, anche se reperibile solo in determinati orari^[11].

Addirittura nella Review di Carret et al. viene sostenuto il fatto che gli accessi da parte degli anziani siano solitamente appropriati anche se non urgenti, in quanto generalmente finiscono per ricevere cure farmacologiche o esami nonostante il loro problema sia risolvibile anche presso altri servizi^[2].

Anche il sesso femminile sarebbe una caratteristica che accomuna questi pazienti, ed è stata giustificata dal fatto che le femmine utilizzando più spesso i servizi sanitari rispetto agli uomini, siano quindi più propense a recarsi anche in situazioni di non urgenza^[2,14,11].

CONCLUSIONI

Il nostro studio nonostante evidenze limitate correlati al piccolo campione ed all'unico centro per la raccolta dati, mette in risalto il problema dei numerosi accessi non urgenti nei PS. Emerge come questo fenomeno sia possa essere dannoso per utenti, operatori e sistema sanitario in termini di costi e conflittualità. Con questa indagine si è tentato di esplorare le cause principali alla base del fenomeno e le possibili soluzioni da adottare per una risoluzione perlomeno parziale del problema. I risultati che sono stati ottenuti non si discosta-

no di molto dai dati emersi dalla letteratura internazionale e spesso rinforzano quanto già descritto.

BIBLIOGRAFIA

1. NATI G, IALONGO A, FUCITO G, D'ANGELO E, DE LUCIA L, VALENTE F, CHIRIATI A, SOLEO F, MOROSETTI M. *Il management dei codici bianchi e verdi da parte dei medici di medicina generale in un Pronto Soccorso di Roma: lo studio MAPS*. Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, 2010. 3, 19-22.
2. CARRET MLV, FASSA AG, DOMINIGUES MR. *Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors*. Cad Saude Publica. 2009 Jan;25(1):7-28.
3. RASTELLI G, CAVAZZA M, CERVELLIN G. *Sovraccollamento in Pronto Soccorso*. Emergency Care Journal, 2010;4(2): 25-35.
4. DURAND AC, PALAZZOLO S, TANTI-HARDOUIN N, GERBEAUX P, SAMBUC R, GENTILE S. *Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients*. BMC Research Notes, 2012, 5.
5. LOVATO E, MINNITI D, GIACOMETTI M, BARBERIS B, PASQUALUCCI A, PIOLATTO A, OGLIERO GS, SILIQUINI R, CESARI L, COSENZA G. *Il sovraccollamento nel dipartimento di emergenza: efficacia di una strategia multifattoriale isorisorse*. Evidence 2013;5(9): e1000056 doi: 10.4470/E1000056
6. ROCCO S, FUSELLO M. *Il paziente non urgente (codice bianco) e il Pronto Soccorso*. Emergency Care Journal, 2008;4(6): 19-25.
7. 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.iss. 2010.
8. SHAW EK, HOWARD J, CLARK EC, ETZ RS, ARYA R, TALLIA AF. *Decision-Making Process of patients who use the emergency department for primary care needs*. J Health Care Poor Underserved. 2013;24(3):1288-305. doi: 10.1353/hpu.2013.0140.
9. KEIZER BEACHE S, GUELL C. *Non-urgent accident and emergency department use as a socially shared custom: a qualitative study*. Emerg Med J. 2016;33(1):47-51. doi: 10.1136/emered-2014-204039.
10. BRIM C. *A descriptive analysis of the non-urgent use of emergency departments*. Nurse Res. 2008;15(3):72-88.
11. COSTER J, TURNER J, BRADBURY D, CANTRELL A. *Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis*. Acad Emerg Med. 2017 Sep;24(9):1137-1149. doi: 10.1111/acem.13220.
12. SMITS M, RUTTEN M, KEIZER E, WENSING M, WESTERT G, GIESEN P. *The Development and Performance of After-Hours Primary Care in the Netherlands*. Ann Intern Med. 2017;166(10):737-742. doi: 10.7326/M16-2776
13. CHMIEL C, WANG M, SIDLER P, EICHLER K, ROSE-MANN T, SENN O. *Implementation of a hospital-integrated general practice – a successful way to reduce the burden of inappropriate emergency-department use*. Swiss Med Wkly. 2016;10;146:w14284. doi: 10.4414/smw.2016.14284.
14. USCHER-PINES L, PINES J, KELLERMANN A, GILLEN E, MEHROTRA A. *Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature*. American Journal of Managed Care: AJMC, 2013, 19, 47-59.
15. BARDELLI P, KAPLAN V. *Non-urgent encounters in a Swiss medical emergency unit*. Swiss Med Wkly. 2013;143:w13760. doi: 10.4414/smw.2013.13760.
16. PAREKH KP, RUSS S, AMSALEM DA, RAMBARAN N, WRIGHT SW. *Who leaves the emergency department without being seen? A public hospital experience in Georgetown, Guyana*. BMC Emerg Med. 2013 Jun 21;13:10. doi: 10.1186/1471-227X-13-10.
17. 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*. SCENARIO, 2017; 34(3): 25 -31.
18. GALLO M, PANERO C, VAINIERI M. *La segmentazione comportamentale dei pazienti non urgenti in pronto soccorso: specificità degli utenti frequent user ed occasionali*. Economia e diritto del terziario, 2017;3: 423 – 441.