

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

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

ULSS Regione Veneto

Studio pilota

Relatore: Dott. Luciano Liziero

Correlatore: Dott. Cristiano Canella

Correlatore: Dott. Francesco Fiscon

Laureando: Francesco Lazzaretti

(matricola n. 1228391)

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Background: L'*overcrowding* del Pronto Soccorso è definito come una situazione in cui la richiesta di prestazioni supera la capacità di fornire assistenza di qualità in un lasso di tempo ragionevole. Gli utenti che accedono al Servizio variano per età, status sociale e percezione della salute a fronte di un problema o sintomo che richiede una risposta sanitaria. Si ritiene dunque necessario approfondire tale fenomeno indagando le motivazioni che portano gli utenti ad accedere al PS per meglio comprendere l'origine del sovraffollamento e dell'accesso non urgente focalizzandosi sulla realtà di una provincia veneta.

Obiettivi: Questa tesi si propone il raggiungimento di tre obiettivi: il primo, confrontare le motivazioni che portano il paziente ad accedere in PS con la letteratura disponibile; il secondo, individuare un profilo del paziente non urgente che si reca ai Servizi confrontandolo con gli studi disponibili, ed infine, individuare dalla letteratura le migliori modalità di somministrazione del questionario.

Materiali e metodi: Lo studio pilota è stato condotto mediante la somministrazione di un questionario validato, adattandolo al contesto di indagine, a tutti coloro a cui è stato assegnato un codice colore bianco in fase di triage. Il campionamento si è svolto nell'arco di due settimane, dal 4 al 17 ottobre 2022, nei PS di quattro ospedali di una provincia veneta, ripartendo uniformemente tra i tre intervistatori sia la fascia oraria (10–18 o 18–24) che l'assenza di uno dei quattro ospedali. L'indagine è stata inoltre integrata attraverso la ricerca in letteratura per analizzarne la parte qualitativa.

Risultati: Le motivazioni riscontrate in letteratura sono coerenti con quelle individuate nei questionari. Il profilo del paziente non urgente è risultato solo parzialmente in accordo con la letteratura: i dati hanno individuato principalmente un paziente maschio, di età inferiore ai 55 anni, con titolo di studio medio. Per quanto riguarda la metodologia attuata, essa è risultata efficace allo scopo ma potenzialmente migliorabile attuando alcune integrazioni.

Conclusioni: Alla luce di quanto emerso, si ritiene necessario individuare interventi adeguati a risolvere la problematica dell'*overcrowding*, tra questi un possibile intervento potrebbe essere l'istituzione dell'infermiere di famiglia e comunità.

Keywords: *Emergency department; Emergency; Health Service Accessibility; Accessibility; Italy; Non urgent patient; Patient attitude; Patient satisfaction; Primary care service(Health); Questionnaire mode.*

INDICE

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

| | |
|----------------------------------|----|
| 2.4 Modalità di analisi dei dati | 30 |
|----------------------------------|----|

| | |
|------------------------------|----|
| CAPITOLO 3: RISULTATI | 33 |
|------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| 3.1 Descrizione del campione e sintesi dei risultati: Analisi socio-demografica | 33 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 3.2 Analisi delle motivazioni dell'accesso in Pronto Soccorso | 38 |
|---|----|

| | |
|--------------------------------------|----|
| 3.3 Percezione dello stato di salute | 43 |
|--------------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE | 49 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| 4.1 Analisi qualitativa dei pazienti che accedono in Pronto Soccorso | 49 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 4.2 Le motivazioni che portano il paziente ad accedere in Pronto Soccorso | 49 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 4.2 Il profilo dell'utente non urgente che si reca in pronto soccorso | 55 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| 4.3 Partecipazione e modalità di somministrazione del questionario | 59 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 4.4 Implicazioni per la pratica infermieristica | 63 |
|---|----|

| | |
|-----------------|----|
| 4.5 Conclusioni | 65 |
|-----------------|----|

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bibliografia

Sitografia

ALLEGATI

Allegato 1. Informativa e Questionario

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

Allegato 3. Fonti biomediche: selezionate dagli studi

INTRODUZIONE

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

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

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

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

L'elaborato comprende i seguenti capitoli:

Capitolo 1 di *background* all'interno del quale è stata presentata una descrizione del Pronto Soccorso e della gestione del triage. Successivamente viene descritto il territorio nel quale viene eseguito lo studio.

Capitolo 2 di ricerca nel quale ne è dichiarata la metodologia con la definizione degli obiettivi e la descrizione del questionario per ogni sua parte;

Capitolo 3 nel quale sono stati riportati i dati raccolti suddivisi per: area socio-demografica, sezione riguardanti le motivazioni dell'accesso in Pronto Soccorso e infine, la parte di percezione della salute;

Capitolo 4 dove vengono effettuate delle analisi qualitative con l'ausilio della letteratura al fine di comprendere le motivazioni dell'accesso, il profilo del paziente non urgente e le modalità migliori di somministrazione del questionario in Pronto Soccorso per uno studio futuro. Infine, viene effettuata una integrazione di una possibile figura utile per la riduzione dell'*overcrowding*.

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

1.1 Accesso in pronto soccorso e descrizione del triage

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

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

“Il Sistema territoriale 118 e il Pronto Soccorso/Dipartimento di emergenza e accettazione (PS/DEA) sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria”. (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, 201 p. 24). Il Pronto Soccorso è una struttura centrale che media i servizi a disposizione nel territorio e l'ospedale: secondo il DPR del 27 Marzo 1992, esso viene definito come la struttura ospedaliera specificamente deputata all'effettuazione dell'attività diagnostica e terapeutica per i pazienti che accedono all'ospedale in condizioni di emergenza o urgenza. Nello specifico il DPR delinea i servizi erogati dal Pronto Soccorso (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, ultima consultazione 18/09/2022). Tra questi servizi l'attività di accettazione riguarda i casi che si presentano:

1. Come elettivi e programmati;
2. Spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza;
3. In condizioni di urgenza differibile;
4. In condizioni di urgenza indifferibile;
5. In condizioni di emergenza.

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

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

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

Per accessi si intende il numero di visite complessive, che però non corrispondono per forza ai pazienti che hanno fatto ricorso alle medicine d'urgenza. Rastelli et al. in uno studio condotto nel 2010 hanno evidenziato come negli “ultimi 8-10 anni si è registrato un notevole incremento degli accessi in Pronto Soccorso medio annuale del 3-5%, scenario che si osserva in tutte le regioni italiane”. Secondo i dati rilevati dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali nell'anno 2019 in Italia si sono registrati 21'117'300 accessi mentre nell'anno 2020 13'178'015 utenze annuali (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, data ultima consultazione 18/09/2022).

1.1.2 Triage e assegnazione codice colore

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

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

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

Il Ministero della Sanità nel 2019 ha aggiornato le linee di indirizzo sul triage ospedaliero introducendo una nuova codifica e indicando, per ogni codice colore, il tempo espresso in minuti che ciascun paziente dovrebbe attendere prima di essere preso in carico dal personale medico (tabella 1.I).

Tabella 1.1 - Linee di indirizzo nazionali sull'utilizzo del triage intraospedaliero (tratto da: Ministero della Salute, 2019)

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

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

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

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

1.1.3 Codice bianco

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

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

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

sovraffollamento nel reparto di emergenza-urgenza. Si è deciso di somministrare un questionario validato all'utenza in ingresso al Pronto Soccorso. Lo scopo era indagare il motivo per il quale la popolazione aveva deciso di rivolgersi al servizio, andando a studiare un campione di 530 accessi, raccogliendo da una parte le motivazioni legate al medico di famiglia (figura 1.1) e dall'altra le motivazioni legate ai servizi sanitari (figura 1.2).

Motivazioni legate al medico di famiglia

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Sovraffollamento e accessi impropri in pronto soccorso

1.2.1 Il *crowding* nei servizi di Pronto Soccorso

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

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

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

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

Sempre secondo gli stessi autori (Rastelli et al., 2010) "Fra le cause dell'*overcrowding* vi sono il crescente sbilanciamento tra il numero di posti letto per 1000 abitanti, in costante riduzione, l'incremento tendenziale costante del numero di accessi ai PS, e la

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

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

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

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

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

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

1.2.2 Accesso improprio e appropriatezza delle cure

Secondo Bernstein (2006) l'uso inappropriato del Pronto Soccorso viene definito come la visita da parte di un soggetto con una condizione poco o per nulla urgente che sarebbe trattata in maniera più efficiente e meno costosa in uno studio medico o in un altro *setting* clinico. Sempre secondo lo stesso autore, l'uso inappropriato del Pronto Soccorso riguarda soprattutto persone in una condizione socioeconomica medio-bassa. Il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza è ampiamente diffuso sia nel contesto internazionale, sia in quello italiano. La proporzione dei pazienti che si reca al Pronto Soccorso per problemi non urgenti è attestata tra le varie strutture tra il 9% ed il 54.1% negli USA, tra il 25.5 % ed il 60% in Canada, tra il 19.6% ed il 40.9% in Europa. Tale variabilità è presente anche in Italia, come documentato da un'analisi descrittiva delle strutture e dell'organizzazione dell'emergenza condotta nel 2010 dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza (SIMEU) che, a titolo esemplificativo, mostra una eterogeneità nella frequenza di codici bianchi relativi a un campione di 206 presidi ospedalieri con diversa configurazione organizzativa, che varia fino ad un massimo dell'80%, con valore medio nazionale di 24.18% (sud e isole 30.94%, centro 17.98%, nord 23.85%) (Bissoni & Moirano, 2013).

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

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

Soccorso non sempre può garantire essendo un reparto destinato alle emergenze/urgenze.

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

Di seguito verranno presentati alcuni fattori socio-sanitari delle aree A, B e C di una provincia veneta mettendoli in relazione con gli accessi in Pronto Soccorso della zona definita, al fine di comprendere al meglio le motivazioni che portano gli assistiti ad usufruire dei servizi di emergenza anche per prestazioni non urgenti e erogabili anche a livello territoriale. Dal dato della popolazione totale sono stati calcolati, per ogni singolo comune, il tasso di popolazione anziana seguendo le linee guida dell'OMS che definisce i 65 anni come età di passaggio alla condizione di anziano, mentre le Nazioni Unite (United Nation, UN) collocano tale situazione di passaggio ai 60 anni, considerando la presenza anche di aree geografiche svantaggiate per bassa aspettativa di vita alla nascita (WHO, 2002) (tabella 1.III).

Dalle tabelle Istat sono stati ricavati, per ogni area di studio, il numero di comuni, i Servizi di PS, il numero totale di abitanti ed in relazione a questo dato il numero di anziani per area, proponendo anche il dato in percentuale.

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

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

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

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

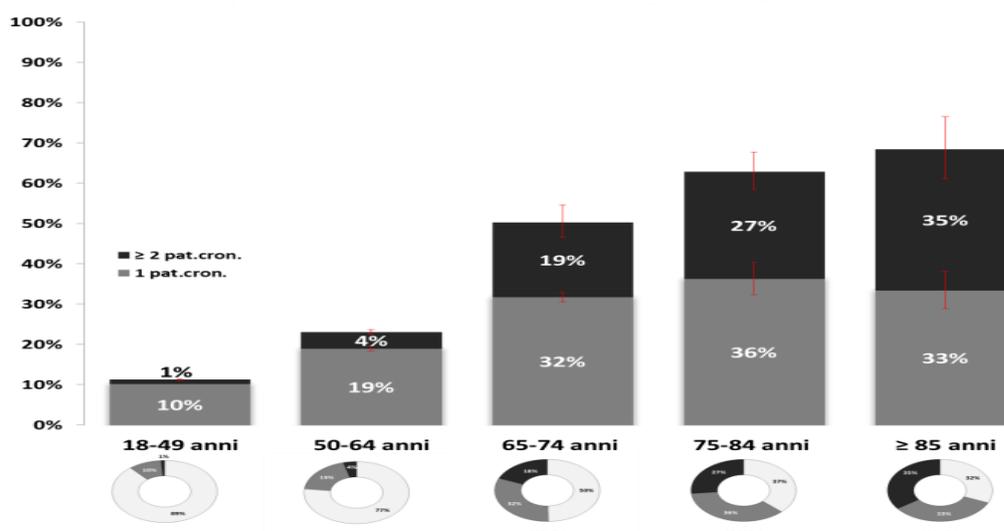


Figura 1.3 - Patologie croniche nel Veneto (tratto da: PASSI e PASSI d'Argento, 2020)

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

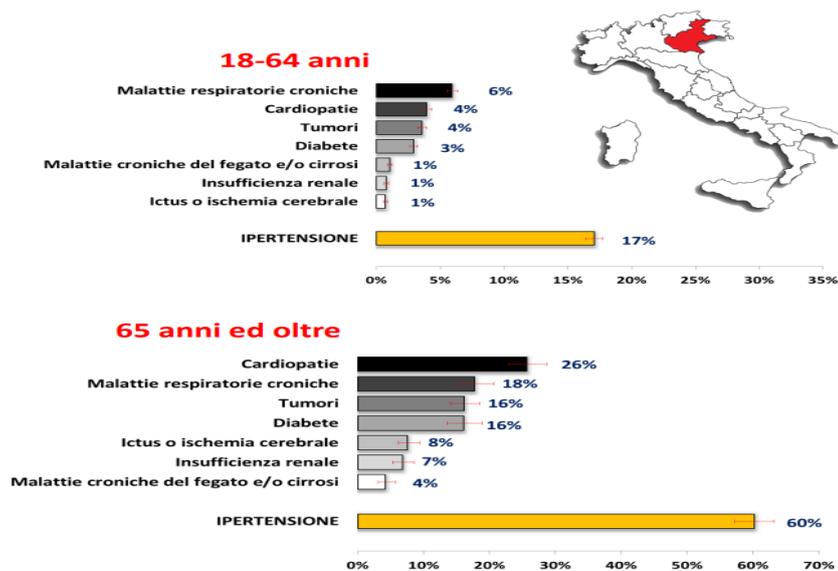


Figura 1.4 - Incidenza patologie croniche nel Veneto. (tratto da: Patologie croniche nella popolazione residente in Italia secondo i dati PASSI e PASSI d'Argento, 2020)

1.3.1 I servizi di Pronto Soccorso nel territorio

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

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

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

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

1.3.2 Medici e associazioni nel territorio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Medicina di Gruppo Integrata:

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

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

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

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

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

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

1.3.3 Il servizio di Guardia Medica nel territorio

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

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

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

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

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

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

1.3.4 Strutture private e accreditate nel territorio

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

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

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

1.3.5 Servizi agli anziani nel territorio

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

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

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

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

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

CAPITOLO 2: LA RICERCA

2.1 Scopo e obiettivo dello studio

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

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

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

Altro scopo è quello di proporre miglioramenti per il prosieguo dello studio sulla base delle difficoltà riscontrate durante la raccolta e l'analisi dei dati.

2.2 Materiali e metodi

Disegno dello studio

Studio pilota descrittivo.

Criteri di inclusione ed esclusione

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

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

Campionamento (Codici bianchi nei contesti ospedalieri)

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

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

Attività di raccolta dati e setting

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

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

Le tre aree indagate attraverso il questionario sono:

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

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

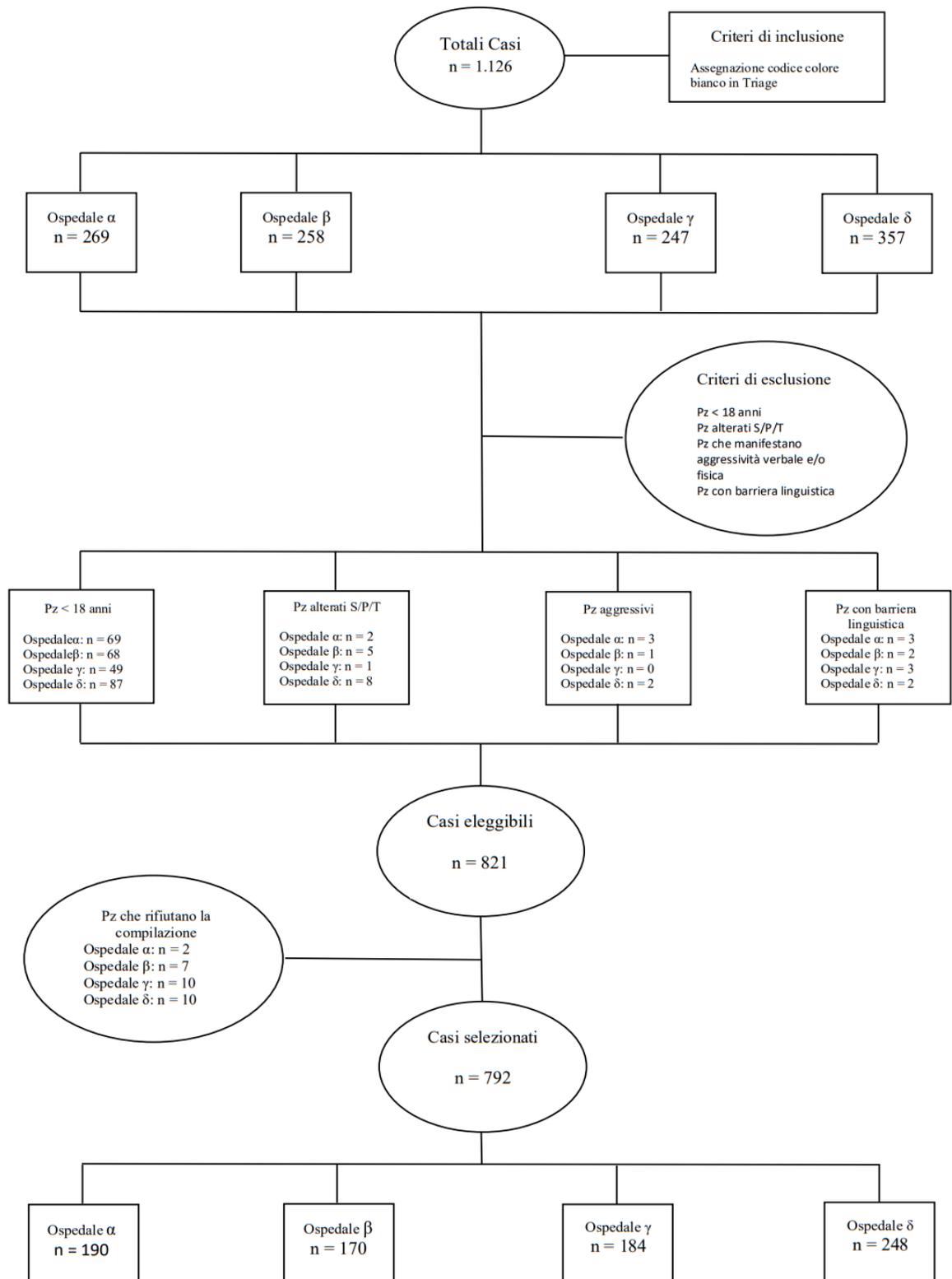


Figura 2.1 - Flow Chart

2.3 Descrizione dello strumento

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

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

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

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

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

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

- Orario di arrivo
- Orario di compilazione
- Modalità di arrivo
- Tipologia di fast-track
- L'esecuzione di controlli clinici negli ultimi 12 mesi
- Un pregresso accesso in Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi

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

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

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

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

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

Soccorso sia, per posizione geografica, il presidio più accessibile per distanza rispetto al MMG o al Servizio di Guardia Medica e ne derivi un discriminante significativo nelle scelte della popolazione nel rivolgersi a tale struttura.

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

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

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

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

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

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

- Da quanto tempo persiste il problema?
- Come va in generale la salute?
- Nell'ultimo mese per quanti giorni non si è sentito bene a livello di salute fisica?
- Nell'ultimo mese per quanti giorni non si è sentito bene a livello di salute mentale (problemi emotivi, ansia, angoscia, stress)?
- Nell'ultimo mese per quanti giorni non si è sentito bene a livello di attività abituali?
- Soffre di malattie croniche?
- Prende farmaci per le malattie croniche?

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

L'intervistatore deve inoltre completare il questionario inserendo:

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

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

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

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

2.4 Modalità di analisi dei dati

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

Analisi univariata

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

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

Analisi bivariata

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

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

CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1 Descrizione del campione e sintesi dei risultati: Analisi socio-demografica

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

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

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

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

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

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

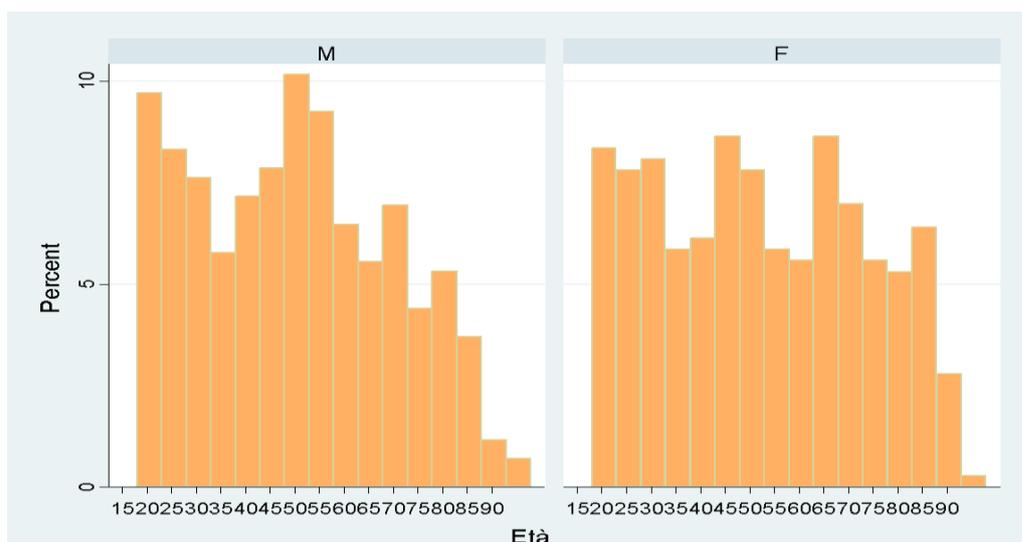


Figura 3.1 - Grafico della distribuzione del campione per età e sesso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| Distanza casa-ospedale | Ospedali | | | | | | | | Totale | |
|------------------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|------------|
| | α | | β | | γ | | δ | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Meno di 5 km | 62 | 32,63 | 35 | 20,59 | 68 | 36,96 | 53 | 21,37 | 218 | 27,53 |
| Da 6 a 35 km | 127 | 66,84 | 129 | 75,88 | 112 | 60,87 | 182 | 73,39 | 550 | 69,44 |
| Più di 35 km | 1 | 0,53 | 6 | 3,53 | 4 | 2,17 | 13 | 5,24 | 24 | 3,03 |
| Totale | 190 | 100,00 | 170 | 100,00 | 184 | 100,00 | 248 | 100,00 | 792 | 100 |

3.2 Analisi delle motivazioni dell'accesso in Pronto Soccorso

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

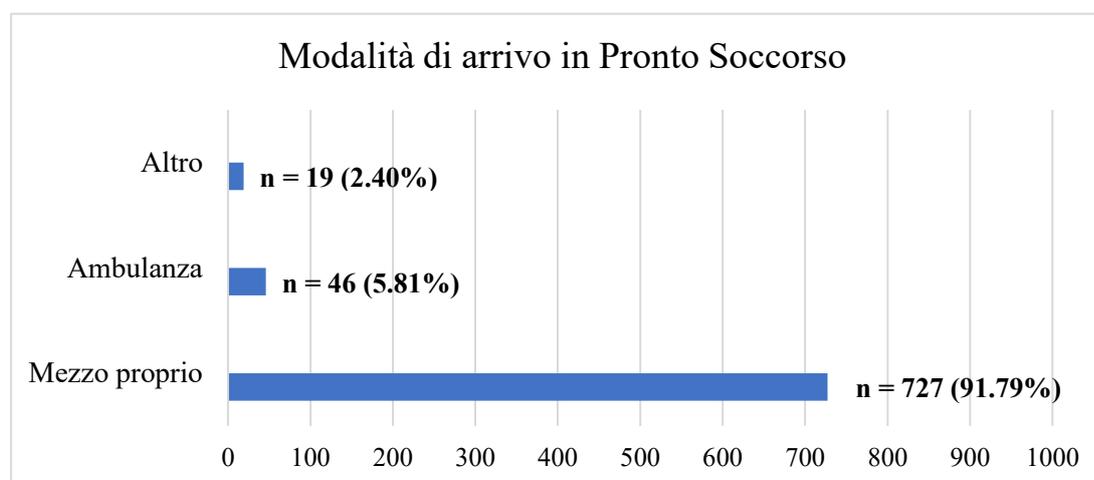


Figura 3.2 - Modalità con il quale il paziente si reca in Pronto Soccorso

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

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

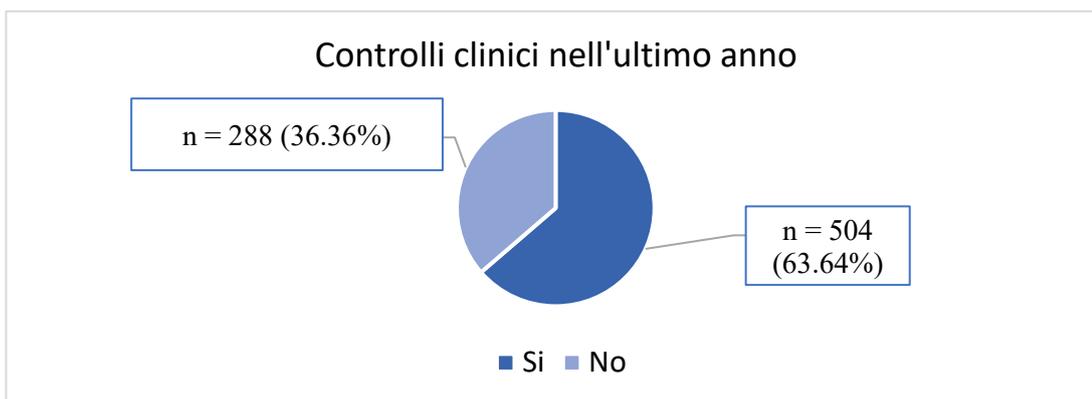


Figura 3.3 - Controlli clinici nell'ultimo anno

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

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

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

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

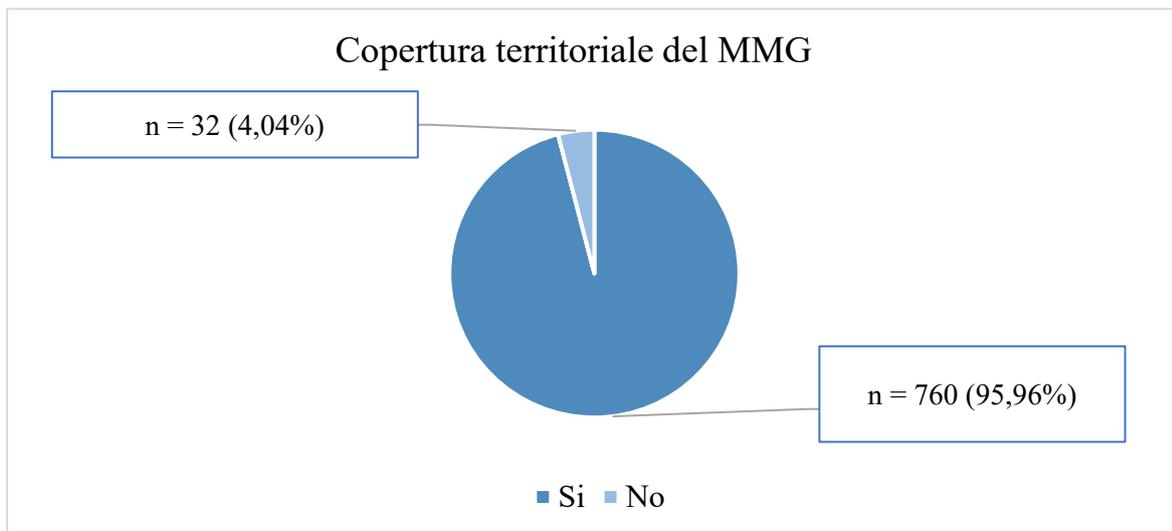


Figura 3.4 - Copertura territoriale del Medico di Medicina Generale

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

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

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

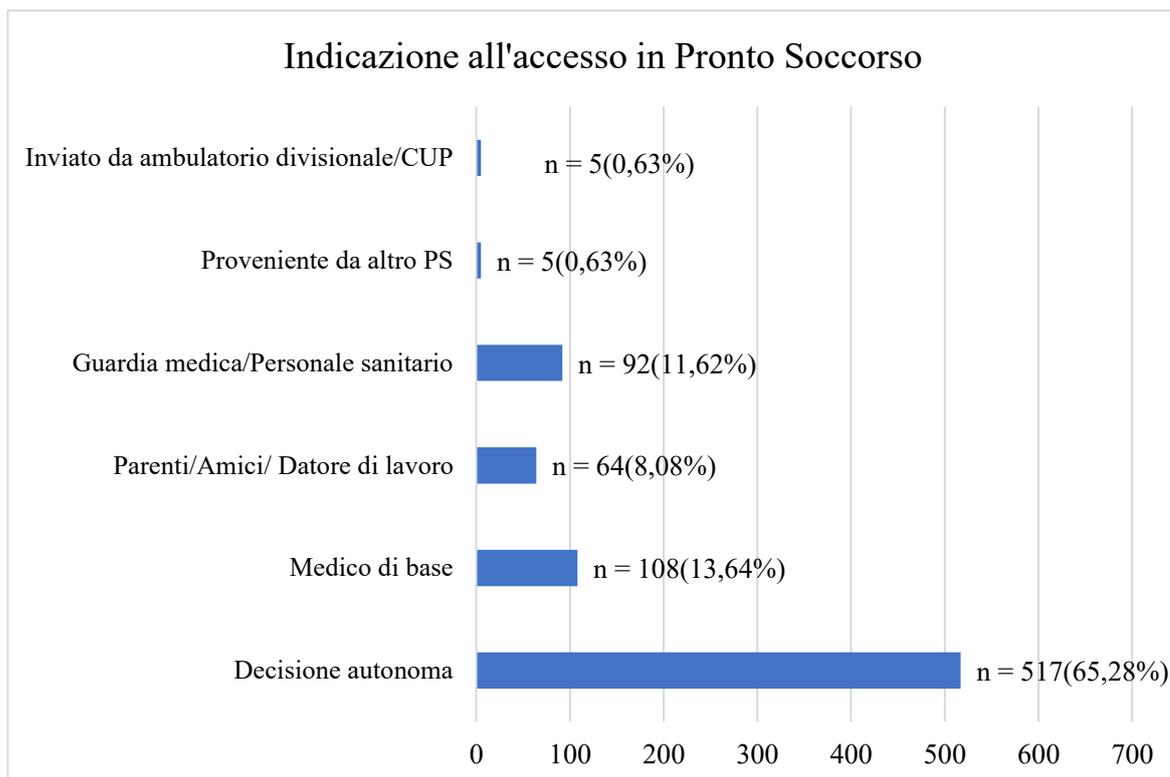


Figura 3.5 - Indicazione all'accesso in Pronto Soccorso

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

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

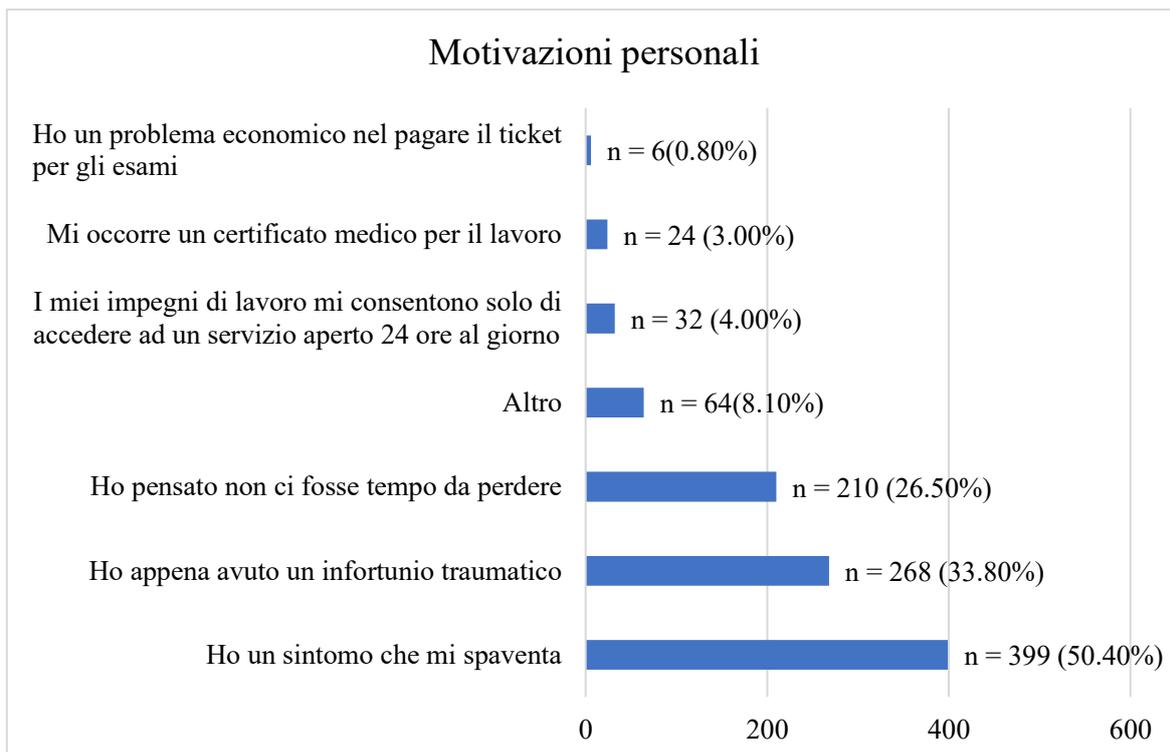


Figura 3.6 - Motivazioni personali per l'accesso in Pronto Soccorso

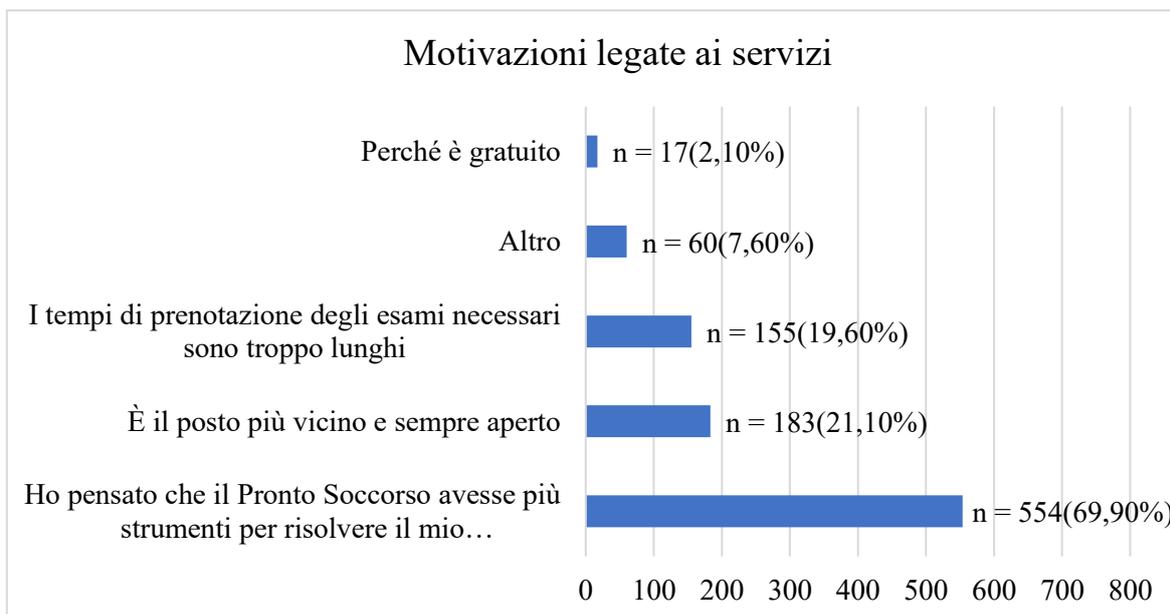


Figura 3.7 - Motivazioni legate ai Servizi Sanitari per l'accesso in Pronto Soccorso

3.3 Percezione dello stato di salute

Nella sezione C dello strumento è stata indagata la percezione di salute da parte dei pazienti. Nella prima domanda del questionario si chiede da quanto tempo persiste la problematica che ha portato gli utenti ad accedere in Pronto Soccorso. Nella figura 8 si possono individuare le frequenze per risposta; la possibilità di scelta era tra: 1 ora, meno di 24 ore, da 2 a 6 giorni, più di una settimana. Circa metà del campione osservato accede al Pronto Soccorso nonostante il problema di salute si presenti da oltre 48 ore.

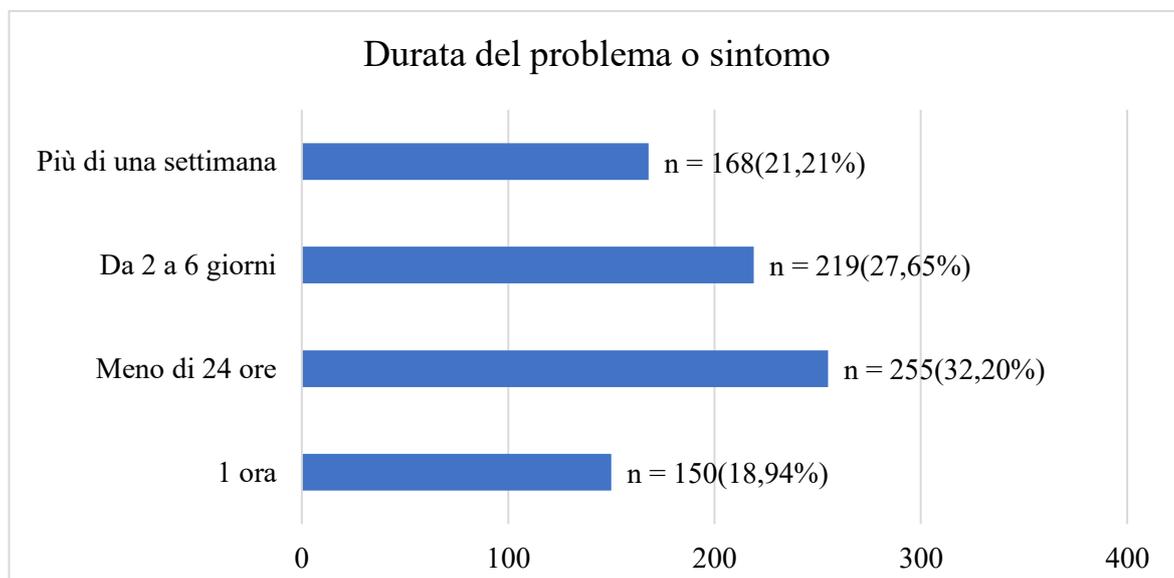


Figura 3.8 - Durata del problema o sintomo

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

Come si può notare nella figura 3.9 è emerso che:

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

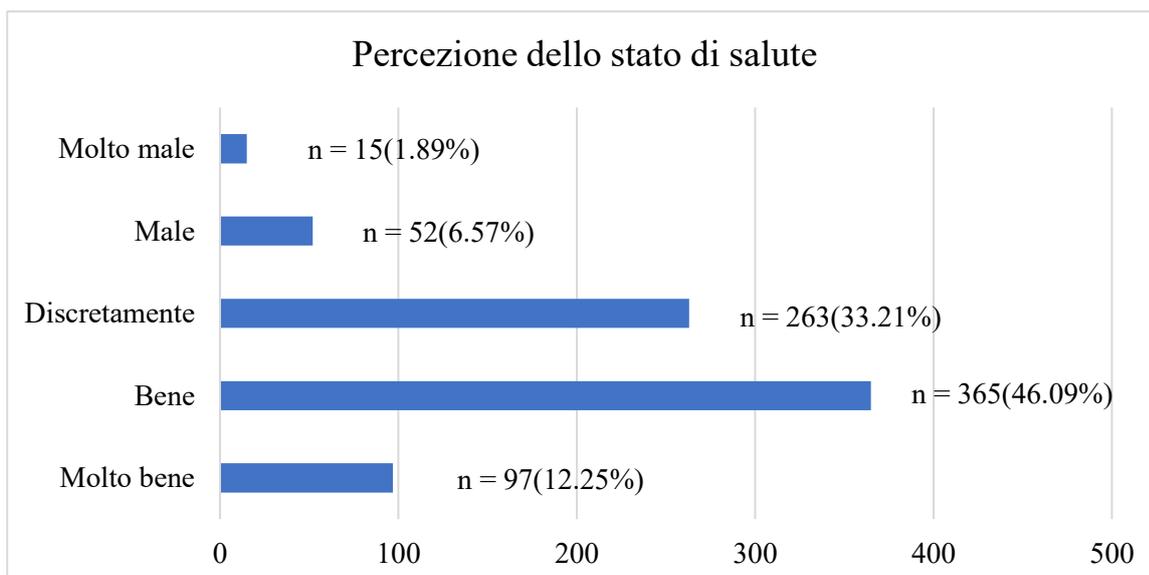


Figura 3.9 - Percezione dello stato di salute

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

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

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

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

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

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

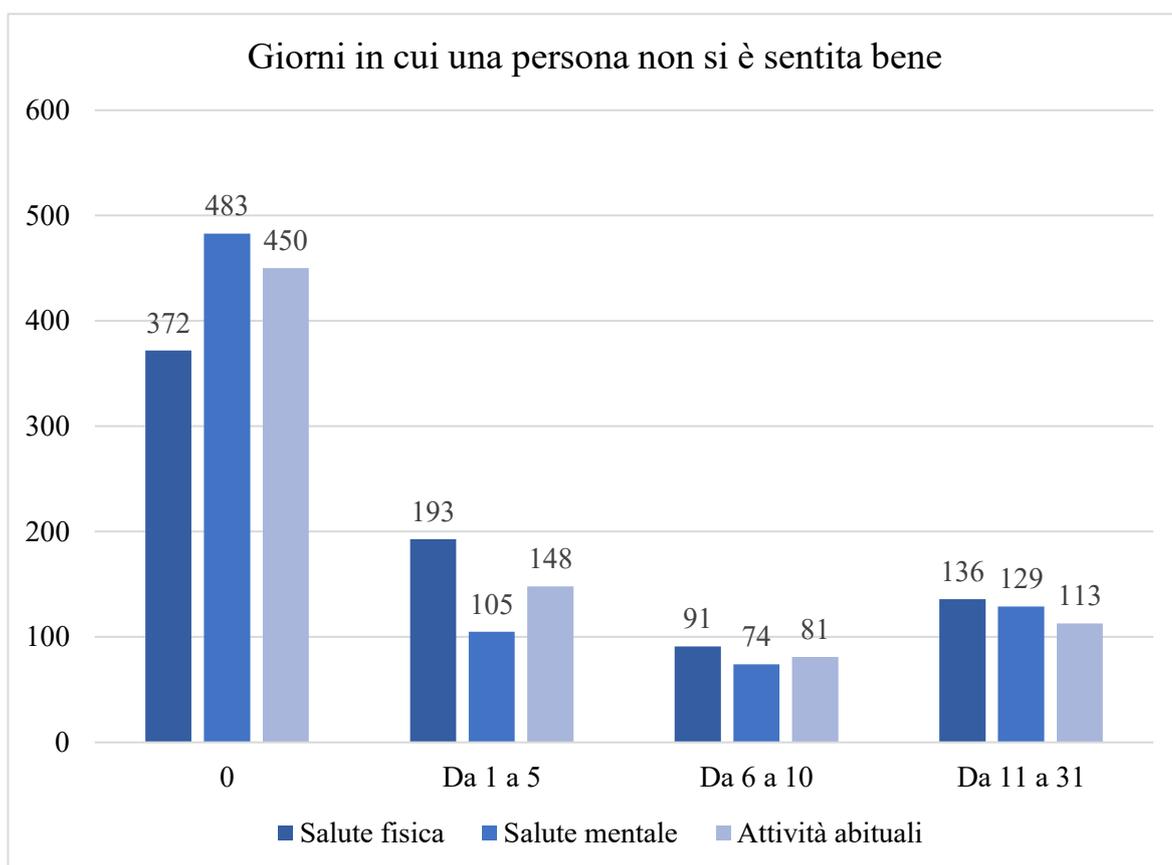


Figura 3.10 - Giorni in cui una persona non si è sentita bene

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

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

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

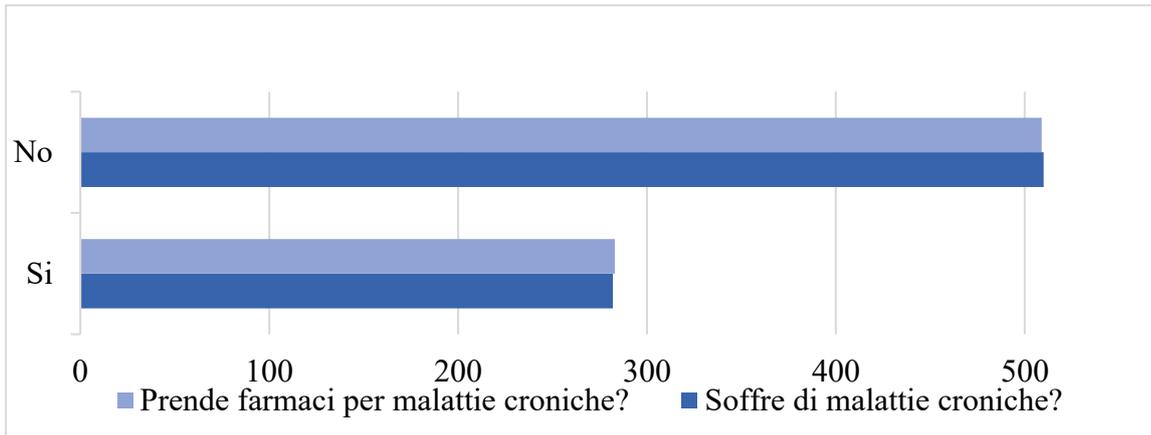


Figura 3.11 - Patologie croniche e trattamento

In ultima analisi, si riporta la figura 3.12 dove vengono riportati gli accessi durante l'arco della settimana. Si evidenzia che il lunedì risulta il giorno con più accessi durante la settimana, mentre la figura 3.13 fa vedere l'orario degli accessi durante una giornata tipo mostrando come un primo picco di entrata si registra alle ore 11 di mattina, mentre un secondo picco si registra alle ore 17.

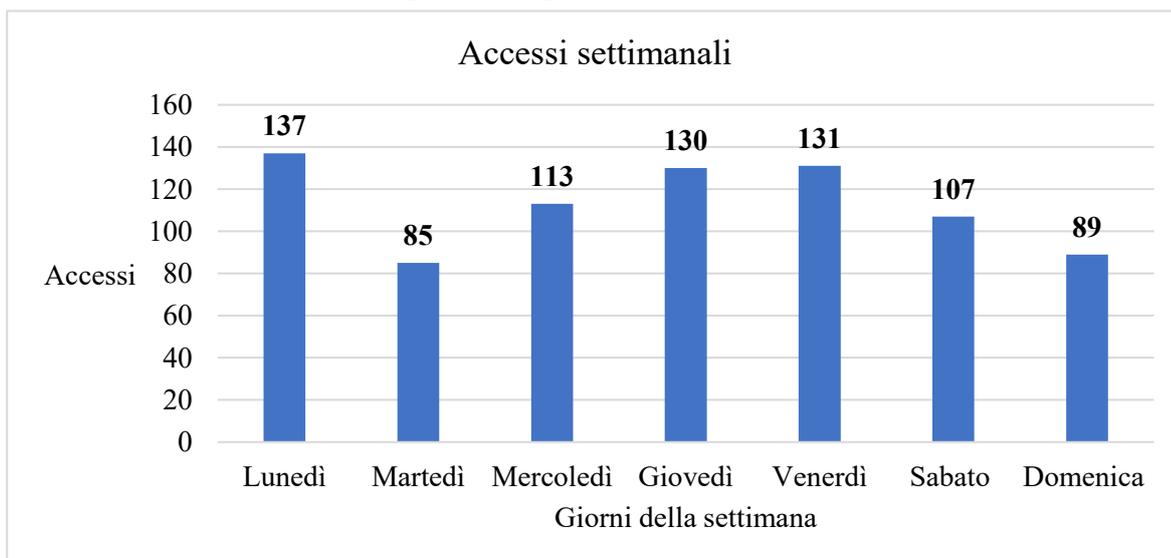


Figura 3.12 - Accessi in Pronto Soccorso durante la settimana

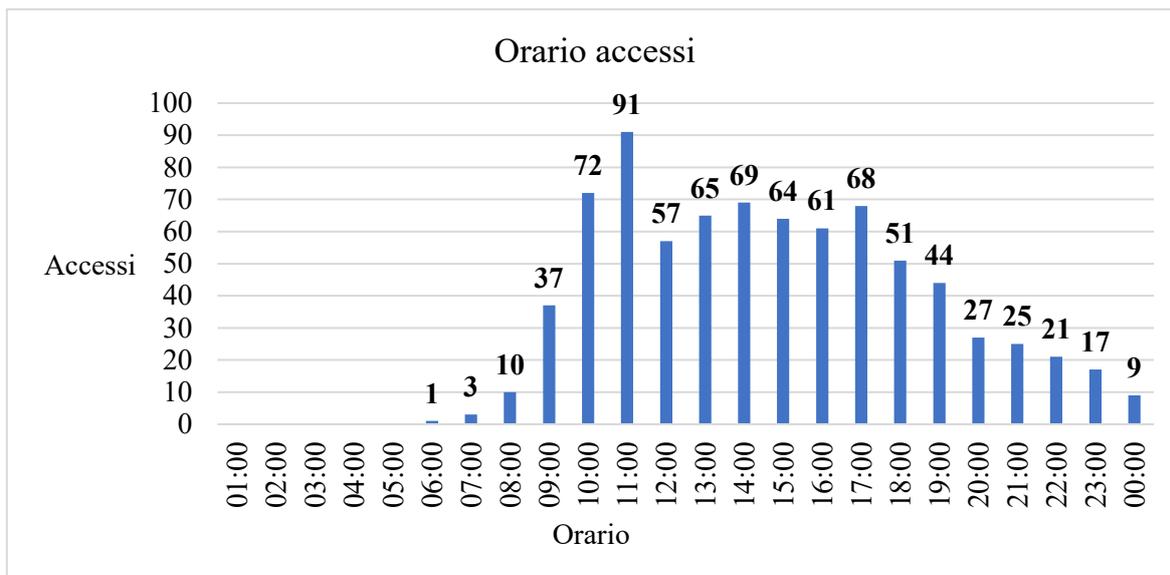


Figura 3.13 - Orario di accesso

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

4.1 Analisi qualitativa dei pazienti che accedono in Pronto Soccorso

In questo capitolo viene affrontata un'analisi qualitativa del paziente che accede ai servizi di emergenza-urgenza analizzando i dati raccolti dai 792 questionari degli utenti con codice bianco. Tali dati verranno confrontati con la letteratura disponibile al fine di confermare o smentire la validità degli studi nel contesto in cui si è svolta la ricerca. Gli obiettivi sono tre:

1. valutare se le motivazioni che hanno portato il paziente ad accedere al Pronto Soccorso, attraverso i dati raccolti con il questionario somministrato, rispecchiano le motivazioni riscontrate nei precedenti studi trovati in letteratura;
2. valutare se il profilo del paziente non urgente individuato è comparabile o meno alle caratteristiche descritte dagli studi;
3. valutare quale delle modalità di somministrazione del questionario, basandosi sulla letteratura, risulta più efficace nel contesto del Pronto Soccorso, al fine di avere una maggior partecipazione e compliance nella compilazione dello stesso.

4.2 Le motivazioni che portano il paziente ad accedere in Pronto Soccorso

Rispetto al primo obiettivo, vengono analizzate le motivazioni che spingono gli utenti ad accedere al servizio di emergenza/urgenza confrontandole con i risultati ottenuti dall'analisi dei dati raccolti con il questionario. È stata inoltre ricercata in letteratura la percezione che i professionisti del PS hanno nei confronti degli utenti che accedono al Servizio per delle non urgenze; tali dati non sono frutto di interviste svolte direttamente al personale di Pronto Soccorso, ma di ricerca in letteratura dei diversi studi che citano l'argomento. Il 40.41% (n=320) degli utenti dichiara di essersi già recato in Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi ed in particolare n=89 (11.24%) di esserci venuto 3 o più volte. Soprattutto dal punto di vista di un sanitario questo dato può essere interpretato come un abuso del servizio di emergenza ma si vuole ricordare che un precedente accesso non può essere significativamente collegato ad un accesso improprio in quanto gli accessi precedenti (dato non indagato) potevano essere codici maggiori e, per quanto riguarda i traumi n=268 (33.8%), il paziente si potrebbe trovare

nella situazione in cui il Pronto Soccorso è l'unico servizio a poter dare una risposta immediata o quantomeno la scelta ritenuta più idonea dal paziente.

N=380 pazienti (48.86%) dichiarano che il problema persiste da più di due giorni e di questi il 21.21% (n=168) da più di una settimana. Dei 380 pazienti n=264 (33.33%) hanno dichiarato tra le motivazioni personali "ho ritenuto che non ci fosse tempo da perdere". Da qui la domanda: come mai non hanno trovato risposte prima o come mai non hanno richiesto aiuto prima pur ritenendo di non voler perdere tempo?

Bagaglia, et al. (2017) dichiarano che 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.

Partendo dalla letteratura disponibile si ritiene dunque necessario approfondire le motivazioni che spingono l'utente a preferire il Pronto Soccorso per la gestione della propria problematica.

Lega F. e Mengoni A., in uno studio eseguito nel 2008 nella provincia di Macerata cercano di analizzare i fattori strutturali e psicologici che portano i pazienti non urgenti a scegliere l'accesso in Pronto Soccorso al posto dell'assistenza primaria. Gli autori comparano un campione di studio che accede in Pronto Soccorso per una non urgenza (n=253) con un campione che presenta le stesse problematiche ma si reca ai servizi di cura primaria (n=274). Essi raggruppano le cause che hanno spinto gli utenti ad accedere in PS in quattro categorie:

1. La prima categoria è quella legata alla percezione di un immediato bisogno di attenzioni. Questa è risultata essere la principale motivazione che ha spinto gli utenti ad accedere ai servizi di emergenza. Si considera tale bisogno come un fattore chiave che porta l'utente a scegliere il PS collegandolo al fatto che sia avvenuta un'autodiagnosi che il paziente esegue su di sé che gli consente di prendere decisioni, corrette o meno, analizzando i sintomi che presenta. (Lega et al., 2008). Gli autori sostengono che, sebbene certi pazienti siano consapevoli della non urgenza del proprio problema, è possibile che questi si

rechino in Pronto Soccorso per ricevere rassicurazioni sul fatto che effettivamente la problematica che presentano non sia urgente e non possa peggiorare, per ricevere un secondo parere o un'approvazione ufficiale sulla possibilità o meno di svolgere determinate attività o per ridurre rapidamente il livello di dolore da loro percepito come insopportabile.

2. La seconda categoria è quella legata alla preferenza per il Pronto Soccorso. I motivi per i quali i pazienti possono preferire il PS ad altri servizi sono molteplici (Lega et al. 2008):
 - una grande fiducia nel servizio;
 - una soddisfazione dovuta ad esperienze pregresse;
 - una maggior familiarità o per convenienza, dove per convenienza si intende la possibilità di eseguire esami specialistici di cui il paziente ha bisogno tutti nello stesso posto e talvolta risparmiando anche denaro. A questa categoria appartengono anche motivazioni quali i minori tempi di attesa per esami e la maggior accessibilità ma anche l'insoddisfazione per i servizi di cure primarie. In Italia tale insoddisfazione sembra dovuta ad una mancanza di fiducia nei confronti del medico di medicina generale.
 - mancanza di familiarità con i servizi alternativi al Pronto Soccorso e il timore di disturbare il proprio medico di medicina generale per problemi trascurabili.
3. La terza categoria è correlata alla difficoltà di accedere ai servizi di cura primaria. Nonostante alcuni pazienti preferiscano accedere alle cure primarie, l'impossibilità di ricevere appuntamento in tempi ragionevoli risulta essere una delle cause maggiori degli accessi al servizio di emergenza/urgenza in nord America, meno in Italia e in Europa. Altre motivazioni sono l'assenza del medico di medicina generale nel proprio ambulatorio, specialmente in Europa e in Italia, e la difficoltà a trovare il tempo per accedere al servizio del medico di base che risulta aperto solo durante gli orari lavorativi. Infine, ci sono pazienti che non hanno accesso ai servizi di cure primarie. In Italia questo fenomeno interessa principalmente stranieri che vivono temporaneamente nel paese e persone che abitano in altre città e non hanno la possibilità di accedere al loro medico di base.

4. L'ultima categoria riguarda i comportamenti di medicina difensiva e delle diagnosi sbagliate. A volte questi comportamenti risultano essere una precauzione del medico di base o la conseguenza di un atteggiamento estremamente cauto dello stesso, ma talvolta questi sono segno di negligenza o di eccessiva acquiescenza da parte dei medici a richieste insistenti dei pazienti.

“Tutte le politiche correttive che hanno cercato di disincentivare l'accesso in Pronto Soccorso fin dal 1992 con la compartecipazione al ticket, non sono riuscite a limitare il flusso di persone che si reca ai servizi di emergenza” (Vedovetto et al. 2014).

Lo studio conclude che è ragionevole pensare che gli utenti che accedono in Pronto Soccorso preferiscano tale servizio per le capacità diagnostico-terapeutiche. La cosa che più attrae gli utenti è la possibilità di eseguire, in uno stesso posto, esami e consulti specialistici; pertanto, è risultato che tutti gli utenti che frequentano il PS sono insoddisfatti di quasi tutte le caratteristiche della figura del medico di base. Infine, è risultato che i pazienti del Pronto Soccorso sono più ansiosi rispetto agli utenti che hanno usufruito delle cure primarie.

“Ragionevolmente, il paziente che sente la necessità di un'immediata attenzione per le cure e che preferisce l'utilizzo dei servizi di emergenza sarà indifferente ad ogni politica che disincentiva l'utilizzo degli stessi” (Lega et al. 2008).

Gli autori affermano che, con riferimento al campione di utenti che si recano nell'ambulatorio del medico di base, essi definiscono il Pronto Soccorso carente di empatia e competenza. Chi si reca direttamente dal medico di base probabilmente è a conoscenza del fatto che la sua patologia non è urgente ma preferisce recarsi da un professionista che sia a conoscenza della propria storia clinica e della propria condizione socioeconomica perché può offrire un'interpretazione adeguata dei propri bisogni di salute.

Afilao et al., in uno studio condotto in Canada del 2004, mettono a confronto i pazienti semi-urgenti (USU) con i non urgenti (NU), al fine di comprendere i motivi per i quali i pazienti non urgenti non si sono recati dal medico di base prima di recarsi in Pronto Soccorso. Durante l'intervista con i pazienti che possedevano un medico di medicina generale è stato chiesto loro perché non hanno cercato assistenza dal medico di base.

Le motivazioni sono state raccolte in sei categorie:

1. Motivazioni legate all'accessibilità del Servizio;
2. Presa in carico da parte del medico di PS;
3. Familiarità;
4. Bisogni;
5. Fiducia;
6. Nessuna motivazione.

Quando si parla di motivazioni legate all'accessibilità del Servizio si intende che il paziente riferisce che l'ambulatorio del proprio medico è chiuso, o denuncia la difficoltà a recarsi dal proprio medico di medicina generale o l'impossibilità di prendere appuntamento dallo stesso.

Lo stesso studio ha rilevato che i pazienti non urgenti che accedevano al Servizio dichiaravano di avere un minor rapporto con il proprio MMG o medici specialisti, che la maggioranza si recava in Pronto Soccorso senza prima contattare il proprio medico di medicina generale ed infine che tendenzialmente aspettavano più tempo prima di recarsi ai servizi di emergenza/urgenza.

Per quanto riguarda le motivazioni che hanno portato all'accesso in Pronto Soccorso si è riscontrato che il 32.1% accedeva per ragioni legate all'accessibilità del servizio, il 22.1% per bisogni ritenuti urgenti, il 20.2 per una presa in carico da parte del medico di PS (follow-up), l'11.1% per familiarità, il 7.4% per fiducia ed infine il 7.1% per motivazioni non dichiarate. Dai dati raccolti si riscontra quanto riportato in tabella 4.I.

Tabella 4.I – Frequenza delle voci segnate nel questionario

| n | % | voce |
|-----|-------|---|
| 399 | 55.40 | Ho un sintomo che mi spaventa |
| 268 | 33.80 | Ho appena avuto un infortunio traumatico |
| 210 | 26.5 | Ho pensato non ci fosse tempo da perdere |
| 32 | 4.00 | I miei impegni di lavoro mi consentono di accedere solamente ad un servizio aperto 24h |
| 554 | 69.90 | Ho pensato che il Pronto Soccorso avesse più strumenti/avrebbe impiegato meno tempo per risolvere il mio problema |
| 183 | 21.10 | È il posto più vicino e sempre aperto |
| 155 | 19.60 | I tempi di prenotazione degli esami sono troppo lunghi |

In tabella 4.II sono messe a confronto le motivazioni riscontrate negli studi associandole a quelle che sono emerse dal questionario.

Tabella 4.II - Confronto tra le motivazioni legate all'accesso in PS

| MOTIVAZIONI DALLA LETTERATURA | MOTIVAZIONI DALL'INDAGINE |
|---|---|
| Percezione di un immediato bisogno di attenzioni (Lega et al. 2008) | <ul style="list-style-type: none"> • Ho un sintomo che mi spaventa • Ho pensato che non ci fosse tempo da perdere |
| Bisogni (Afilao et al. 2004) | |
| Preferenza per il PS (Lega et al. 2008) | <ul style="list-style-type: none"> • Ho pensato che il Pronto Soccorso avesse più strumenti/avrebbe impiegato meno tempo a risolvere il mio problema • I tempi di prenotazione degli esami sono troppo lunghi |
| Familiarità, presa in carico del PS, fiducia (Afilao et al. 2004) | <ul style="list-style-type: none"> • I miei impegni di lavoro mi consentono di accedere solamente ad un servizio aperto 24h |
| Difficoltà di accesso alle cure primarie (Lega et al. 2008) | È il posto più vicino e sempre aperto |
| Miglior accessibilità del PS (Gasperini et al. 2017) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Medicina difensiva (Lega et al. 2008) • Nessuna motivazione (Afilao et al. 2004) | Altro |

4.2 Il profilo dell'utente non urgente che si reca in pronto soccorso

Per raggiungere il secondo obiettivo di questo capitolo, vengono proposte le descrizioni del paziente non urgente che più frequentemente accede in Pronto Soccorso secondo la letteratura, confrontandole successivamente con i dati raccolti durante l'indagine svolta in questa tesi.

In uno studio di Di Tommaso et al. 2009, effettuato nell'Aulss di Ravenna, vengono definiti come fattori associati al rischio di effettuare un accesso improprio le voci seguenti:

- Sesso femminile;
- Cittadinanza straniera (+36% di rischio);
- Età compresa tra i 15 e i 49 anni (+5% di rischio);
- Decisione autonoma di recarsi in Pronto Soccorso (3 volte più a rischio);
- Essere inviati dal medico di famiglia (quasi 5 volte più a rischio);
- Eseguire un nuovo accesso in Pronto Soccorso entro 7 giorni dal precedente accesso (+9% di rischio).

Nello studio citato sono inoltre stati realizzati dei percorsi di incontri con modalità *focus group* con i medici di famiglia e gli operatori di Pronto Soccorso. In questi incontri si è cercato di dare una definizione univoca e condivisa di accesso non urgente al Pronto Soccorso. Ciò che è emerso è che gli operatori del PS hanno dato la definizione di “una problematica risolvibile più appropriatamente in altri contesti, in particolare hanno definito come accesso improprio qualsiasi accesso in codice bianco e alcuni degli accessi in codice verde. I medici di famiglia hanno invece dato una definizione più ampia, considerando come impropri la totalità degli accessi in codice bianco e verde. Dai due gruppi sono emersi cinque fattori causali:

1. Cause riconducibili al cittadino: dolore percepito, mancanza di autonomia, situazione di fragilità, atteggiamenti opportunistici;
2. Cause riconducibili al medico di famiglia: scarsa capacità di rassicurazione, mancanza di tempo da dedicare ai propri assistiti, poca autorevolezza, difficoltà a stimolare i comportamenti di autocura, opportunismo;

3. Cause riconducibili agli operatori di Pronto Soccorso: disomogeneità dei comportamenti, obbligo di assistenza, difficoltà a respingere i pazienti senza praticare accertamenti, opportunismo;
4. Cause attribuibili all'organizzazione dei servizi: apertura 24h, basso *ticket*, lunghi tempi di attesa per prestazioni specialistiche, scarsa collaborazione ospedale e territorio che incentivano il paziente ad un uso inappropriato del Servizio;
5. Cause legate alla cultura di appartenenza e all'ambiente sociale di vita come allarmismo, consumismo moderno e mancanza di informazioni sulla salute.

In uno studio di Bianco et al. del 2003 vengono descritti i soggetti che hanno più probabilità di sviluppare accessi non urgenti con le seguenti caratteristiche:

- Soggetti di età compresa tra i 15 e i 55 anni (73.58% < 55 anni);
- Sesso femminile;
- Decisione autonoma di recarsi in Pronto Soccorso;
- Basso livello di istruzione;
- Problematiche di maggiore durata;
- Assenza di un'assistenza di cure primarie.

Un ulteriore studio condotto da Afilao et al. nel 2004 ha riscontrato nel paziente non urgente le seguenti caratteristiche:

- Pazienti giovani (età media di 43.3 anni);
- Pazienti che non vivono soli;
- Pazienti che accedono negli orari diurni: minor riscontro tra le ore 16:00 e le ore 08:00;
- Pazienti che non si recano in Pronto Soccorso in ambulanza (5% contro il 22% dei pazienti semi-urgenti);
- Decisione autonoma (il 22% dei pazienti ha provato a contattare il MMG prima di recarsi in PS).

Afilao et al. hanno evidenziato inoltre che i pazienti che si recano al Servizio hanno un minor contatto con il proprio medico di medicina generale e che i fattori quali sesso, etnia e professione non hanno mostrato differenze significative rispetto al gruppo di confronto composto da pazienti urgenti o semi-urgenti.

Riguardo alla motivazione dell'accesso in Pronto Soccorso “la risposta più frequente è stata che i pazienti ritenevano si trattasse di un'emergenza e questa motivazione è stata più numerosa tra i casi non urgenti (91%) rispetto agli altri pazienti (81.3%)” (Bianco et al., 2003).

Dai dati che sono stati raccolti attraverso i questionari sono risultati invece n=359 femmine (45.3%) ed n=433 maschi (54.7%) con un'età media di 54.67 anni per gli uomini e 45.33 anni per le donne.

Risulta inoltre dall'indagine svolta che l'8.08% (n=64) dei pazienti rispondenti al questionario ha cittadinanza straniera. Dai dati Istat risalenti al 2021 si individuano 46'708 cittadini stranieri nell'area coperta dai tre bacini di studio (A, B, C) su un totale della popolazione di 574'457 abitanti (8.13%). Va precisato che tra l'8.13% dei cittadini stranieri residenti nei bacini di studio è compresa anche la parte di popolazione minorenni con cittadinanza non italiana.

Al contrario di quanto si possa credere, più dei due terzi degli intervistati (66.54%) è risultato non esente al ticket. Questo dato ci porta a smentire il fatto che la popolazione si rechi in Pronto Soccorso per la gratuità delle prestazioni, a supporto di ciò vi è inoltre il fatto che solamente il 2.1% degli intervistati (n=17) ha selezionato tra le motivazioni legate ai servizi che hanno portato alla scelta di accedere in PS la voce “Perché è gratuito”.

In tabella 4.III è presentata una descrizione delle caratteristiche del paziente non urgente confrontando i dati dell'indagine con quelli della letteratura sopra proposta,

Tabella 4.III - Analisi del profilo dell'utente non urgente

| Profilo dalla letteratura | Profilo dall' indagine |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Soggetti di età compresa tra i 15 e i 55 (Bianco et al. 2003); (He et al. 2011) - Età compresa tra i 15 e i 49 anni (Di Tommaso et al. 2009); - Pazienti giovani (età media di 43.3 anni) (Afilao et al. 2004). | <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti dai 18 anni - Età per sesso equidistribuito. Piccolo aumento nell'età maschile tra i 45 e 55 anni - Età media 50.6 anni. |
| <ul style="list-style-type: none"> - Sesso femminile (He et al. 2011), (Di Tommaso et al. 2009) | <ul style="list-style-type: none"> - 433 maschi (54.7%) - 359 femmine (45.3) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Decisione autonoma di recarsi in PS (Gasperini et al. 2017), (Di Tommaso et al. 2009), (Afilao et al. 2004). - Essere inviati dal medico di famiglia (Di Tommaso et al. 2009). | <ul style="list-style-type: none"> - Decisione autonoma n=517 (65.3%) - Inviati da MMG n=108 (13.6%) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Cittadinanza straniera (Di Tommaso et al. 2009). | 8.08% dei pazienti con cittadinanza non italiana |
| <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti che non vivono soli (Afilao et al. 2004). | <ul style="list-style-type: none"> - Con familiari n=334 (42.2%) - Con compagno/a n=343 (43.3%) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti che non si recano in ambulanza (Mowbray et al. 2019) | <ul style="list-style-type: none"> - Mezzo proprio n=727 (91.8%) - Ambulanza n=46 (5.8%) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Basso livello di istruzione (Naouri et al. 2020) | <ul style="list-style-type: none"> - Licenza media n=284 (35.8%) - Licenza superiore n=296 (37.4%) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Non avere medico di base (Bianco et al. 2003). (He et al. 2011) | <ul style="list-style-type: none"> - MMG sì n=760 (96.0 %) - MMG no n=32 (4.0 %) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti che accedono tra le ore 8 e le 16 (Mowbray et al. 2019) | Orari di indagine 10:00-00:00 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Eseguire un nuovo accesso in PS entro 7 giorni dal precedente accesso (Di Tommaso et al. 2009). | Non indagato. Già eseguito accessi in PS negli ultimi 12 mesi n= 320 (40.4%) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Problematiche di maggiore durata (Bianco et al. 2003). | Problematica > 24h n=387 (48.9%) |

4.3 Partecipazione e modalità di somministrazione del questionario

L'adesione allo studio è stata del 96.46% con una maggioranza di rifiuti da parte di utenti di sesso maschile n=19 (67.9%) rispetto al sesso femminile che ha registrato n=9 (32.1%) rifiuti. L'età media dei pazienti che hanno rifiutato la compilazione del questionario è risultata piuttosto bassa con un'età media di 48.9 anni per gli uomini e 59.4 anni per le donne.

In uno studio di Sizmur et al. (2015), attraverso il NHS Friends and Family Test (FFT), uno strumento che analizza la qualità di erogazione delle cure dei servizi, sono state utilizzate diverse modalità di somministrazione per il test: la modalità principale è stata la compilazione di un questionario cartaceo (*postcard*) che il paziente compilava in maniera autonoma e consegnava alla dimissione o per posta, la compilazione online, la compilazione dello strumento in uno dei chioschi appositi in cui veniva svolta l'indagine ed infine la raccolta dati per via telefonica.

Il punteggio FFT è stato calcolato sulla base delle risposte date alla domanda: “*Nel complesso, com'è stata la tua esperienza con il nostro servizio?*”. Le possibilità di risposta andavano da “molto positiva” a “molto negativa” e “non so”. In base alle risposte sono state create delle classi: “promotori” coloro che rispondevano “molto positiva”; “neutri” coloro che rispondevano “positiva”; “detrattori” coloro che rispondevano “né positiva né negativa”, “negativa” o “estremamente negativa” ed infine “trascurati” coloro che rispondevano “non so”. Ogni promotore forniva un punteggio di +100 punti, ogni neutrale 0 punti mentre ogni detrattore -100 punti, i trascurabili non davano alcun punteggio.

La coorte dello studio è stata divisa tra i pazienti ricoverati in reparti di degenza (n=38'998) e i pazienti che si sono recati in Pronto Soccorso (n=29'619). Per i pazienti che si trovavano in reparto sono state utilizzate due modalità: questionario cartaceo (*postcard*) o compilazione online. Lo studio ha mostrato che i pazienti che hanno risposto online hanno dato un punteggio FFT di 22 punti (IC 95% da 27.3 a 16.7), più basso rispetto ai pazienti che hanno risposto attraverso le *postcards* (Sizmur et al., 2015). Per gli utenti del Pronto Soccorso sono state utilizzate quattro modalità di somministrazione: questionari scritti (*postcard*), in chioschi, per via telefonica oppure online. A seguito delle indagini degli autori è risultato, come per i pazienti dei reparti, che la modalità online ha assegnato un punteggio FFT minore rispetto al punteggio

raccolto attraverso questionari scritti. Al contrario i punteggi raccolti attraverso interviste telefoniche si sono dimostrati essere i più alti. Le risposte date dai pazienti attraverso la modalità di compilazione ai chioschi invece non hanno avuto differenze significative rispetto ai questionari scritti, nonostante il minor numero di risposte ottenute con questa modalità (Sizmur et al., 2015).

Gli stessi autori dichiarano che la modalità di somministrazione del questionario può interferire con le risposte dei pazienti che potrebbero variare se la domanda venisse posta in un'altra modalità.

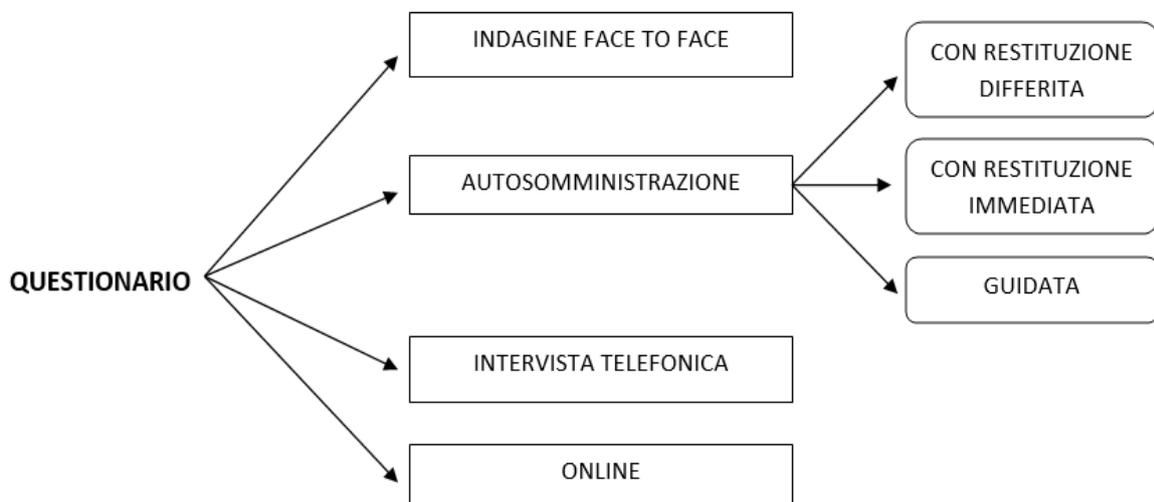


Figura 4.1 - Analisi delle tipologie di questionario

Castelli M. (2005) analizza in un suo libro le diverse modalità di somministrazione dei questionari proponendo per ciascuna tipologia i vantaggi e gli svantaggi delle stesse. Nella tabella III, di seguito riportata, sintetizza i vantaggi e gli svantaggi di ogni modalità. Nel questionario somministrato durante l'indagine, la modalità utilizzata è stata l'autosomministrazione dei pazienti con restituzione immediata. L'intervistatore era sempre presente e disponibile a chiarimenti riguardanti le domande. Al termine della compilazione l'intervistatore ritirava il questionario e compilava la sezione finale dello strumento, dedicata allo stesso.

Tabella 4.III - Vantaggi e svantaggi delle diverse modalità di somministrazione dei questionari

| | VANTAGGI | SVANTAGGI |
|--|---|---|
| INDAGINE FACE TO FACE | <ul style="list-style-type: none"> • L'intervistato può chiedere chiarimenti all'intervistatore • L'intervistatore ha la possibilità di annotarsi ulteriori informazioni. | <ul style="list-style-type: none"> • Molto costoso • Tempi lunghi per l'attuazione • Fornendo informazioni l'intervistatore può mettere in soggezione il paziente portandolo ad approssimare o dare risposte non veritiere. |
| AUTO SOMMINISTRAZIONE CON RESTITUZIONE E DIFFERITA | <ul style="list-style-type: none"> • Costo contenuto • Nessuna influenza da parte dell'intervistatore • Maggior tranquillità dell'intervistato nella compilazione. | <ul style="list-style-type: none"> • Restituzioni molto basse nonostante i solleciti • L'intervistato non ha la possibilità di ricevere chiarimenti • Non si ha la certezza che sia la persona stabilita a rispondere al questionario. |
| AUTO SOMMINISTRAZIONE CON RESTITUZIONE E IMMEDIATA | <ul style="list-style-type: none"> • Costi e tempi contenuti • Bassa influenza del rilevatore, • Possibilità di dare chiarimenti all'intervistato • certezza del giorno e ora della compilazione e che sia la persona interessata a rispondere. | <ul style="list-style-type: none"> • Poca garanzia che l'intervistato risponda a tutte le domande • Il questionario deve essere corto e semplice • ridotte possibilità di ottenere dati aggiuntivi sui rispondenti rendendosi conto di eventuali difetti del questionario. |
| AUTO SOMMINISTRAZIONE GUIDATA | <ul style="list-style-type: none"> • Maggior garanzia che l'intervistato risponda a tutte le domande • Il questionario può essere lungo e complesso. | <ul style="list-style-type: none"> • Possibilità che gli intervistati si influenzino tra loro (modalità per gruppi). |
| INTERVISTA TELEFONICA | <ul style="list-style-type: none"> • Economico e rapido. | <ul style="list-style-type: none"> • Questionario deve essere corto • Impossibilità di raccogliere dati aggiuntivi • Non si ha la certezza che a rispondere sia il soggetto previsto • Difficile reperimento degli intervistati. |
| ONLINE | <ul style="list-style-type: none"> • Minor costo • Il questionario può essere complesso. | <ul style="list-style-type: none"> • Diffusione limitata di internet • Si rischia di ottenere un campione non rappresentativo della popolazione. |

Alla luce di ciò possiamo ipotizzare che il paziente ritenga di essere meno libero di esprimere la propria opinione attraverso strumenti che implicano in qualche modo un'interazione con l'intervistatore (modalità telefonica), mentre le modalità di compilazione autonoma (online) permettono al paziente di sentirsi meno giudicato e di esprimere in piena libertà anche le proprie opinioni negative.

Nell'indagine svolta in questa tesi possiamo dunque concludere che, nonostante l'elevato grado di partecipazione, la modalità scelta potrebbe aver indotto al paziente delle limitazioni soggettive alla sincerità della compilazione in quanto, seppur lo strumento somministrato fosse anonimo e da compilare autonomamente, una volta compilato il questionario andava consegnato all'intervistatore che doveva compilare la parte finale dello strumento dedicata allo stesso.

Inoltre, le persone che nella sezione C del questionario, dedicata alla percezione di salute, alla domanda per quanti giorni non ti sei sentito bene nell'ultimo mese hanno risposto "0" in tutte e tre le sfere sono n=300. Di queste 300 persone si è individuato che n=82 (27.33%) alla domanda "come va in generale la salute?" hanno risposto da "discretamente" a "molto male" e in particolare n=6 persone hanno risposto da "male" a "molto male". Questi dati, in netto contrasto tra loro, possono essere interpretati come una mancata *compliance* del paziente nella compilazione del questionario.

In conclusione, la modalità preferibile per la somministrazione dello strumento risulta essere l'autosomministrazione con restituzione immediata, che permette di ottenere un buon rapporto sincerità nella compilazione-aderenza allo studio. In uno studio successivo si suggerisce di affiancare a tale modalità la somministrazione del questionario online, questo consentirebbe di annullare quasi completamente l'interazione con l'intervistatore garantendo una maggior *compliance* nella compilazione. Tale tipologia di somministrazione non può però essere la principale in quanto rispecchierebbe un campione della popolazione di giovane età, risultando ancora difficoltoso per molti anziani l'approccio alla tecnologia.

4.4 Implicazioni per la pratica infermieristica

Da quanto emerge dall'indagine, in accordo con la letteratura, è ragionevole concludere che una buona fetta della popolazione preferisce accedere in Pronto Soccorso per la comodità e rapidità dello stesso. Sorge dunque spontanea una domanda: se ci fosse un altro tipo di servizio territoriale esterno all'ospedale parimenti accessibile, gli utenti utilizzerebbero tale servizio invece che accedere al Pronto Soccorso? Inoltre, molti pazienti, come visto precedentemente, dimostrano un forte stato d'ansia legato alla problematica e molti necessitano esclusivamente di attenzioni da parte di professionisti che li rassicurino sulla gravità della sintomatologia e sul fatto che la stessa non possa peggiorare. Di seguito un'altra domanda: se ci fosse una figura professionale preparata pronta a rispondere ai bisogni di questi pazienti e che li possa rassicurare descrivendo all'utente cosa sta succedendo e rassicurandolo, si ridurrebbero gli accessi non urgenti in Pronto Soccorso?

Una criticità emersa esclusivamente dalla letteratura, in quanto non indagata con il questionario, è il fatto che c'è una difficoltà nell'accedere ai servizi di cura primaria: gli utenti preferiscono il dipartimento di emergenza per la sua facile accessibilità. Ci si pone dunque un ulteriore interrogativo sul fatto che, se ci fossero dei servizi sul territorio, come ad esempio un ambulatorio aperto 24/24h per dare una risposta ai pazienti, si potrebbe contribuire a ridurre gli accessi in Pronto Soccorso. Risulta dunque importante che il cittadino possa trovare da un lato delle strutture territoriali dedicate pronte a raccogliere i bisogni dell'utenza e dall'altra una figura professionale che sostenga il paziente nel suo percorso di cura a livello territoriale.

Alla luce di quanto sopra descritto, un contributo per ridurre l'*overcrowding* può essere dato da una figura infermieristica chiamata Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC). Questo professionista non è nuovo, l'IFeC è riconosciuto e promosso dall'OMS fin dal 1998, nel documento *Health21* e dal 2012 con l'approvazione del decreto-legge n. 158 noto anche come "Legge Balduzzi". Si è assistito alla riorganizzazione del ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità nell'ambito delle cure primarie domiciliari e territoriali, con l'apertura di poliambulatori che sono in grado di fornire un servizio di assistenza 24h/24h (FNOPI, 2020). Come riporta la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (2019) "Un cittadino su due reputa che il numero di infermieri sia insufficiente per garantire l'assistenza non solo in ospedale

ma anche sul territorio. I cittadini chiedono soluzioni che promuovano la figura del professionista nella realtà quotidiana della persona, vorrebbero essere assistiti da un infermiere nella farmacia dei servizi (65,5%), poter disporre di un infermiere di famiglia/comunità (78,6%), avere la possibilità di consultare un infermiere esperto in trattamento di ferite/lesioni cutanee (86,1%), un infermiere a disposizione nei plessi scolastici per bambini e ragazzi che ne abbiano bisogno (84,1%). Vorrebbero avere un infermiere di fiducia convenzionato come il medico di famiglia perché lavori in sinergia con questo ed entrambi possano assicurare assistenza h24". Gli stessi, nel 2019 lo propongono dicendo che "L'idea potrebbe essere quella del medico di medicina generale "clinical manager" dei pazienti sul territorio e dell'infermiere "care manager", il loro "welfare manager"; perché dopo la giusta diagnosi e la scelta della migliore terapia il paziente ha assoluta necessità di essere seguito, guidato e aiutato nei suoi bisogni di salute con approccio proattivo e trasversale, prerogative della professione infermieristica. Un infermiere che lavori in équipe col medico, un infermiere "di famiglia" accanto e a fianco del medico di famiglia, vere e proprie "micro-équipe" sul territorio che siano davvero a fianco del paziente, senza soluzioni pericolose e che dia a ciascuno il suo ruolo nel rispetto delle singole professionalità". Di seguito propone dieci funzioni che possono descrivere lo scopo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, tra questi:

- Valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (adulta, infanzia, adolescenza), del contesto familiare e conoscere quelli di comunità;
- Presidiare e facilitare i percorsi nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete;
- Pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi delle consulenze specifiche degli infermieri esperti (es. wound care, stomie e nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione domiciliare, cure palliative ed altre);
- Sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari residenziali e semi-residenziali.

Da un'indagine FNOPI, ciò che è emerso dalle regioni che hanno già avuto modo di sperimentare tale figura professionale è:

- Risposta immediata e tempestiva alle esigenze della popolazione, che si rivolge al servizio di Pronto Soccorso in modo più appropriato (in un triennio riduzione dei codici bianchi di circa il 20%);
- Riduzione dei ricoveri e conseguente riduzione del tasso di ospedalizzazione del 10% circa;
- Garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico integrata in fase intensiva (in ospedale) e in fase estensiva (sul territorio);
- Miglioramento della presa in carico dei pazienti che sono dimessi dall'ospedale;
- Sgravio dei MMG da accessi impropri in ambulatorio e liberazione di tempo che il medico di base può dedicare alla funzione di clinico e di filtro nella diagnosi e nella terapia della malattia;
- Promozione di un rapporto di maggiore fiducia tra infermiere e cittadino in ragione di una più rilevante prossimità;
- Migliore offerta assistenziale che va oltre la dimensione tecnica della prestazione erogata per andare verso una dimensione sociale e relazionale.

4.5 Conclusioni

Il fenomeno di *overcrowding* è una realtà che interessa gran parte degli ospedali, non solo a livello nazionale ma anche internazionale. Il continuo afflusso di utenza al PS, soprattutto per le non urgenze, evidenzia una problematica nella gestione organizzativa dei Pronto Soccorsi che si ritrovano a non riuscire più a garantire un'assistenza di qualità per far fronte ad un numero elevato di accessi. Ciò che è emerso dall'indagine svolta è che molti utenti si recano in Pronto Soccorso per problematiche che spesso perdurano per giorni e con un elevato grado di preoccupazione legate alle stesse che vengono percepite come urgenti. Le motivazioni riscontrate con i questionari si sono dimostrate in linea con la letteratura consultata (Lega et al. 2004, Afilao et al 2008).

La tipologia di utente che accede per delle non urgenze è risultato principalmente maschio, tra i 45 e 55 anni, con meno probabilità che vivano soli, che accedono in Pronto Soccorso per decisione autonoma, con mezzo proprio, in possesso del medico

di medicina generale e con un livello di istruzione medio/superiore. Il profilo individuato è parzialmente in contrasto con la letteratura ricercata (Bianco et al. 2003; Afilao et al. 2004; Di Tommaso et al 2009) che individuano come fattori di rischio essere donna, di età compresa tra i 15 e 50/55 anni, con basso livello di istruzione, stranieri, pazienti che decidono autonomamente di accedere in Pronto Soccorso, che non vivono soli, che accedono con mezzo proprio e per una problematica che persiste da tempo, senza medico di medicina generale e che accedono tra le ore 8 e le 16.

Tali pazienti trovano una risposta immediata nei servizi di emergenza/urgenza vista anche la facilità di accesso agli stessi. Per tali motivazioni si ritiene utile intercettare i bisogni dei pazienti e contrastare la ridotta percezione dello stato di salute direttamente sul territorio, attraverso strutture e personale adeguatamente formato, che possa prevenire l'accesso dell'utenza in Pronto Soccorso. Alla luce di quanto emerso sia dai questionari che dalla letteratura, è utile trovare delle risposte concrete a questa problematica. Una di queste potrebbe identificarsi a livello territoriale nell'infermiere di famiglia e comunità.

Infine, per quanto riguarda la modalità di somministrazione, possiamo concludere che la modalità preferibile per la somministrazione dello strumento risulta essere l'autosomministrazione con restituzione immediata, che permette di ottenere un buon rapporto sincerità nella compilazione-aderenza allo studio.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bibliografia

- Afilao, J., Marinovich, A., Afilao, M., Colacone, A., Léger, R. & Unger, B. (2004). *Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care*. *Vituity*. Vol.11, n 12:1302-1310.
doi: 10.1197/j.aem.2004.08.032
- Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. (2013). *ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE E INDIRIZZI*. I Quaderni di Monitor: elementi di analisi e osservazione del sistema salute, 32, 5-24. Disponibile da [Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso:evidenze e indirizzi - AGENAS](#) [maggio 2013]
- Bagaglia, C., Polcri, C. (2017). *The problem of the “inappropriate” accesses to the Accident and Emergency department: An anthropological research*. Scenario, Firenze. Vol. 34, Fasc. 3.: 25-31).
Disponibile da: <https://scenario.aniarti.it/index.php/scenario/article/view/33>
- Bernstein, SL., (2006). *Frequent Emergency Department Visitors: The End of Inappropriateness*. *Annals of Emergency Medicine* 48(1): 18-20.
(Doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.03.033)
- Bianco, A., Pileggi, C. & Angelillo, I.F. (2003). *Non-urgent visit to a hospital emergency department in Italy*. *The Royal Institute of Public Health*. Vol. 117: 250-255.
doi: 10.1016/S0033-3506(03)00069-6
- Castelli, M. (2005). *Indagare col questionario*. Vita e Pensiero, Pubblicazioni dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo A. Gemelli, 1; 20123 Milano. Ultima ristampa novembre 2021.
- Chiaranda, M. (2016). *Urgenze ed Emergenze – Istituzioni*. (4° Edizione). PICCIN
- Di Tommaso, F., Falasca, P., Rossi, A., Lolli, V., Calderone, B. & Nicoli, A. (2008). *Pronto Soccorso: verso un uso responsabile*. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, XXXVIII, 21 (2): 4-6.
Disponibile da:<https://prospettivesocialiesanitarie.it/arretrato.php?id=264%20>

- Gasperini, B., Cherubini, A., Pierri, F., Barbadoro, P., Fedecostante, M., Prospero, E. (2017). *Potentially preventable visits to the emergency department in older adults: Results from a national survey in Italy*. PLoS One 12 (12).
doi: 10.1371/journal.pone.0189925
- He, J., Hou, X., Toloo, S., Patrick, J., Fitz Gerald, G. (2011) *Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding*. World J Emerg Med. 2011; 2(4): 253–261.
doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2011.04.002
- Lega, F., Mengoni, A. (2008). *Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications*. Health Policy 88: 326-338.
doi: 10.1016/j.healthpol.2008.04.005
- Lupo, R., D.Mitri, O., Merola, D., Calabro, A., Landolfo, M., Rango, A., & Maggio, E. (2018). *L'accesso in pronto soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale*. Italian Journal of Emergency Medicine. Disponibile da <https://doi.org/10.23832/ITJEM.2018.032>
- Mowbray, F., Omar, A., Pfaff, K., El-Masri, M, (2019). *Exploring the factors associated with non-urgent emergency department utilisation for mental health care*. J Res Nurs. 2019 Dec; 24(8): 663–674.
doi: 10.1177/1744987119845020
- Naouri, D., Ranchon, G., Vuagnat, A., Schmidt, J., El Khoury, C., Yordanov, Y. (2020). *Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France*. BMJ Qual Saf. 29(6): 449–464.
doi: 10.1136/bmjqs-2019-009396
- Rastelli, G., Cavazza, M., & Cervellin, G. (2010). *Sovraffollamento in Pronto Soccorso: analisi del fenomeno e proposte di gestione*. Emergency Care Journal, 4(2), 25-35.
Disponibile da <https://doi.org/10.4081/ecj.2010.2.25>
- Salway, R.J., Valenzuela,R., Shoenberger, J.M., Mallon, W.K., & Viccellio, A.(2017). *EMERGENCY DEPARTMENT (ED) OVERCROWDING:*

EVIDENCE-BASED ANSWERS TO FREQUENTLY ASKED QUESTIONS.
Revista Médica Clínica Las Condes 28(2):213–19. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.008>.

- Sizmur, S., Grham, C., & Walsh, J. (2015). *Influence of patients' age and sex and the mode of administration on results from the NHS Friends and Family Test of patient experience.* Journal of Health Services Research & Policy. Vol. 20(1) 5–10.
doi: 10.1177/1355819614536887
- Vedovetto, A., Soriani, N., Merlo, E., Gregorio, D. *Il peso delle visite pediatriche inadeguate al Pronto Soccorso: perché l'Italia ha bisogno di una riforma urgente.* Ris. Servizio Sanitario ; 49(4): 1290–1305.
doi: 10.1111/1475-6773.12161

Sitografia

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

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

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

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

Federazione Nazionale degli Ordine delle Professioni Infermieristiche (2020, Settembre 19). *Position Statement – L'infermiere di famiglia e di comunità.*

Disponibile da <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>

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

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

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

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

ALLEGATI

Allegato 1. Informativa e Questionario

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

Gentile utente

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

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

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

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

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

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

Grazie per la collaborazione.

| QUESTIONARIO N° _____ | |
|---|--|
| SEZIONE A | |
| CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL PAZIENTE | |
| 1. ETÀ (anni compiuti) _____ | 2. SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| <i>Barri con una X la risposta</i> | |
| 3. Cittadinanza: <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Straniera <i>Specificare quale</i> _____ | |
| 4. Titolo di studio: <input type="checkbox"/> Nessun titolo <input type="checkbox"/> Elementare <input type="checkbox"/> Media inferiore <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Laurea e post-laurea | |
| 5. Professione attuale: <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Dirigente/Imprenditore/Libero Professionista <input type="checkbox"/> Artigiano/Commerciante/Tecnico specializzato <input type="checkbox"/> Impiegato/Insegnante <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Altro _____ | |
| 6. Con chi vive: <input type="checkbox"/> Da solo/a <input type="checkbox"/> Con coniuge-compagno/a <input type="checkbox"/> Con i famigliari <input type="checkbox"/> Con badante <input type="checkbox"/> Con amico/i o colleghi di lavoro <input type="checkbox"/> Altro _____ | 7. Dove vive: <input type="checkbox"/> In casa di proprietà <input type="checkbox"/> In casa in affitto <input type="checkbox"/> In casa di riposo, residenza per anziani <input type="checkbox"/> In comunità/casa di accoglienza <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| 8. Esenzione ticket per: <input type="checkbox"/> Patologia o invalidità <input type="checkbox"/> Reddito ed età <input type="checkbox"/> Gravidanza <input type="checkbox"/> Non esente <input type="checkbox"/> Altro _____ | 9. Quanto dista l'ospedale da dove abita? <input type="checkbox"/> Meno di 5 km <input type="checkbox"/> Da 6 a 35 km <input type="checkbox"/> Più di 35 km |

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

| <u>SEZIONE C</u> | |
|---|--|
| PERCEZIONE DELLE PROPRIE CONDIZIONI DI SALUTE | |
| 1. Da quanto tempo persiste il suo problema? (una sola risposta) | |
| <input type="checkbox"/> 1 ora | <input type="checkbox"/> Meno di 24 ore |
| <input type="checkbox"/> Da 2 a 6 giorni | <input type="checkbox"/> Da più di 1 settimana |
| 2. Come va in generale la sua salute? (una sola risposta) | |
| <input type="checkbox"/> Molto bene | |
| <input type="checkbox"/> Bene | |
| <input type="checkbox"/> Discretamente | |
| <input type="checkbox"/> Male | |
| <input type="checkbox"/> Molto male | |
| 3. Nell'ultimo mese, se considera la sua <u>SALUTE FISICA</u> (comprese malattie e conseguenze di incidenti), per quanti giorni non si è sentito/a bene? N° ___ giorni | |
| 4. Nell'ultimo mese, se considera la sua <u>SALUTE MENTALE</u> (aspetti psicologici come problemi emotivi, ansia, angoscia, stress), per quanti giorni non si è sentito/a bene? N° ___ giorni | |
| 5. Nell'ultimo mese per quanti giorni non è stato in grado di svolgere le sue <u>ATTIVITÀ ABITUALI</u> (lavoro, hobby, sport, cura di sé, etc.) a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica? N° ___ giorni | |
| 6. Soffre di malattie croniche? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | |
| 7. Assume farmaci per tenere sotto controllo qualche malattia cronica? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | |

**SEZIONE AD USO ESCLUSIVO
DELL'INTERVISTATORE**

| |
|--|
| 1. Data compilazione questionario ____ / 10 / 2022 |
| 2. Giorno della settimana: <input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> GIO <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> DOM |
| 3. Fascia oraria: <input type="checkbox"/> 10:00-18:00 <input type="checkbox"/> 18:00-24:00 |
| 4. Pronto Soccorso dove è stato compilato il questionario: <input type="checkbox"/> SCH <input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> PDS <input type="checkbox"/> CTD |
| 5. Rispondente al questionario: <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Altra persona |
| 6. Modalità di somministrazione del questionario: <input type="checkbox"/> Auto-compilazione paziente <input type="checkbox"/> Con supporto |
| 7. L'utente parla italiano? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco |
| Intervistatore: <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> LF |

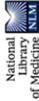
Allegato 2. Griglia turni degli accessi presso i diversi Pronto Soccorsi degli ospedali

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

Legenda

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

Allegato 3. Fonti biomediche: selezionate dagli studi

| Banche dati | Parole chiave | Documenti | | Titolo, anno, autori e link (eventuale) |
|---|---|-----------|---------------|--|
| | | n trovati | n selezionati | |
|   | Emergency Service, Hospital; Primary Health care; Accessibility | 588 | 5 | <p>Afilao, J., Marinovich, A., Afilao, M., Colacone, A., Léger, R. & Unger, B. (2004). <i>Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care</i>. <i>Vituity</i>. Vol.11, n 12:1302-1310.</p> <p>Mowbray, F., Omar, A., Pfaff, K., El-Masri, M, (2019). <i>Exploring the factors associated with non-urgent emergency department utilisation for mental health care</i>. <i>J Res Nurs</i>. 2019 Dec; 24(8): 663–674. doi: 10.1177/1744987119845020</p> <p>Naouri, D., Ranchon, G., Vuagnat, A., Schmidt, J., El Khoury, C., Yordanov, Y. (2020). Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. <i>BMJ Qual Saf</i>. 29(6): 449–464. doi: 10.1136/bmjqs-2019-009396</p> <p>Gasperini, B., Cherubini, A., Pierri, F., Barbadoro, P., Fedecostante, M., Prospero, E. (2017). <i>Potentially preventable visits to the emergency department in older adults: Results from a national survey in Italy</i>. <i>PLoS One</i> 12 (12). doi: 10.1371/journal.pone.0189925</p> <p>He, J., Hou, X., Toloo, S., Patrick, J., Fitz Gerald, G. (2011) <i>Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding</i>. <i>World J Emerg Med</i>. 2011; 2(4): 253–261. doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2011.04.002</p> |

| | | | | |
|---|---|-----|---|---|
| | Patient experience; Patient satisfaction; Questionnaire mode | 184 | 1 | Sizmur, S., Grham, C., & Walsh, J. (2015). <i>Influence of patients' age and sex and the mode of administration on results from the NHS Friends and Family Test of patient experience</i> . Journal of Health Services Research & Policy. Vol. 20(1) 5–10. |
| | Non urgent patient; Emergency; Primary care service | 438 | 1 | Lega, F., Mengoni, A. (2008). <i>Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications</i> . Health Policy 88: 326-338. |
|  | Emergency department; Hospital; Italy; Non-Urgent | 75 | 2 | Bianco, A., Pileggi, C. & Angelillo, I.F. (2003). <i>Non-urgent visit to a hospital emergency department in Italy</i> . The Royal Institute of Public Health. Vol. 117: 250-255; Vedovetto, A., Soriani, N., Merlo, E., Gregorio, D. <i>Il peso delle visite pediatriche inadeguate al Pronto Soccorso: perché l'Italia ha bisogno di una riforma urgente</i> . Ris. Servizio Sanitario ; 49(4): 1290–1305. doi: 10.1111/1475-6773.12161 |
|  | Emergency service; Health Service Accessibility; Patient Attitudes | 198 | 1 | Bagaglia, C., Polcri, C. (2017). <i>The problem of the “inappropriate” accesses to the Accident and Emergency department: an anthropological research</i> . Scenario, Firenze. Vol. 34, Fasc. 3.: 25-31). |