UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

UNO SGUARDO AL FUTURO ATTRAVERSO IL RUOLO CARDINE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE PER LA GESTIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Relatrice: Prof.ssa Galzignato Stefania

Laureanda: Barban Aurora

Matricola n°: 1228419

Anno Accademico: 2021-2022

ABSTRACT

PROBLEMA: Gli accessi impropri in Pronto Soccorso (PS) sono accessi non urgenti gestibili in modo più appropriato presso strutture territoriali e che si identificano con codici di priorità inferiori. Questi accessi sono largamente diffusi sia nel contesto italiano che internazionale e conducono a dispersione di risorse, incremento dei tempi di attesa e insoddisfazione.

MATERIALI E METODI: Revisione della letteratura scientifica che si pone come scopo descrizione, analisi e approfondimento delle cause di accesso improprio in PS, dei limiti dell'Assistenza Territoriale e della normativa più recente. Studio di 28 articoli pubblicati negli ultimi 7 anni (PubMed e ITJEM).

RISULTATI: L'utente non urgente è un giovane adulto che accede al PS in orario di apertura dei servizi sul territorio a causa di: difficoltà nell'usufruire delle cure primarie; sopravvalutazione dell'urgenza; scarse conoscenze su uso, presenza e funzione delle cure primarie. La letteratura sostiene e promuove lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale per la riduzione degli accessi impropri.

CONCLUSIONI: Le modifiche normative attuate grazie al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) portano a una riduzione dei limiti dell'Assistenza Territoriale. Per raggiungere un livello in grado di ridurre gli accessi impropri è necessaria la promozione di interventi educativi sui fronti informativo-conoscitivo e educazione alla corretta percezione dell'urgenza.

PAROLE CHIAVE: Cure primarie; Pronto Soccorso; Accesso improprio; Non urgente

KEYWORDS: Primary care; Emergency Department; Improper access; Non-urgent

INDICE

INTRODUZIONE 1
CAPITOLO PRIMO: PROBLEMA 3
1.1 Il Pronto Soccorso 3
1.2 L'accesso al Pronto Soccorso, Triage e codice priorità 4
1.3 L'accesso improprio e la misura del problema 6
1.4 L'Assistenza Territoriale 8
1.5 La rilevanza professionale 10
CAPITOLO SECONDO: MATERIALI E METODI 13
2.1 Scopo della ricerca e obiettivi 13
2.2 Selezione e ricerca del materiale 13
2.3 Time stamp 15
2.4 Descrizione degli studi inclusi 15
CAPITOLO TERZO: RISULTATI DELLA RICERCA 17
3.1 Cause per cui l'AT non è sede primaria di assistenza negli accessi impropri al PS 17
3.1.1 Fattori e motivazioni causa di accessi impropri al PS 17
3.1.2 Caratterizzazione dell'utente non urgente al PS 20
3.1.3 Conoscenza e funzione del PS 21
3.1.4 La percezione dell'utenza rispetto all'urgenza 22
3.1.5 Uso, conoscenza e funzione dell'AT e dei suoi servizi 24
3.2 AT: il futuro dell'assistenza 25
CAPITOLO QUARTO: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE 29
4.1 Discussione 29
4.2 Limiti dello studio 31
4.3 Conclusioni 32
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA
ALLEGATI

INTRODUZIONE

La susseguente revisione della letteratura si propone di approfondire un ambito legato ai comportamenti dell'utenza per comprendere quali sono le motivazioni che spingono i pazienti a scegliere il Pronto Soccorso come sede primaria di assistenza e governo dei percorsi sanitari e sociosanitari, invece di rivolgersi alle strutture territoriali che risultano essere più appropriate. Oltre alla comprensione delle cause del fenomeno l'animo di questa produzione è individuare gli snodi critici che interessano la Professione Sanitaria Infermieristica per accrescere le conoscenze del professionista riguardo questo campo e cercare di indirizzare la sua azione al miglioramento delle criticità rilevate mettendo in pratica le sue capacità in termini tecnici, relazionali e educativi. Si propone, inoltre, di fornire un supporto al professionista nell'identificazione delle problematiche correlate ai bisogni di salute, siano esse della persona o siano esse della collettività, legate a problemi di salute non urgenti, differibili, che necessitano di supporto sul territorio, continuità delle cure e assistenza infermieristica e che siano risolvibili presso strutture capillarmente distribuite e facilmente raggiungibili e contattabili dall'utente nella propria area di residenza.

Il seguente elaborato nasce dall'esperienza personale vissuta durante il periodo di tirocinio presso un'Unità Operativa Complessa di Pronto Soccorso: in particolare scaturisce dall'ascolto degli utenti che in quel periodo hanno usufruito del PS (in modo indipendente dal fatto che avessero effettuato un accesso improprio o meno), dall'osservazione dei casi clinici presentatisi e dal confronto con i professionisti esperti che prestano servizio all'interno dell'Unità Operativa. È stato interessante ricercare, esplorare e chiedere le motivazioni degli accessi, capire le difficoltà dell'utente nel muoversi all'interno della rete dei servizi sanitari e raccogliere opinioni, punti di forza e punti di debolezza direttamente dagli utenti.

I dati osservati durante il tirocinio che più hanno catturato la mia attenzione sono stati i numeri relativi al peso dei codici Bianchi sul totale degli accessi, che hanno fatto scaturire l'ipotesi di una mancata conoscenza da parte della popolazione della varietà di strutture sul territorio al quale potessero rivolgersi per risolvere il problema non urgente o emergente evitando di recarsi in una struttura ospedaliera di emergenza-urgenza.

Da questa osservazione è nata l'idea e la curiosità di conoscere, ampliare e approfondire l'argomento attraverso una tesi di revisione della letteratura scientifica che analizzasse l'accesso non urgente e, con esso, cercasse di valutare l'attuazione del PNRR e la rilevanza professionale, soprattutto negli aspetti relazionali, educativi e informativi, dal punto di vista infermieristico.

CAPITOLO PRIMO: PROBLEMA

1.1 Il Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso (PS) è l'Unità Operativa deputata alla gestione dell'urgenza-emergenza sanitaria che giunge all'ospedale dal territorio (1). È, inoltre, la struttura organizzativa ospedaliera nella quale sono assicurati gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato in emergenza-urgenza (2). Nei casi più complessi sono garantiti gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate secondo protocolli concordati per patologia (3). Le Unità Operative di Pronto Soccorso afferiscono e sono integrate all'interno dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA). Questi sono delle aggregazioni funzionali di Unità Operative che mantengono la propria responsabilità e autonomia, ma che, contemporaneamente, adottano codici di comportamento assistenziale comuni e riconoscono tra loro interdipendenza per il raggiungimento di uno scopo comune (2). Si suddividono in Ospedali sede di DEA di I livello, denominati ospedali spoke, e Ospedali sede di DEA di II livello, denominati ospedali hub.

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza-urgenza per patologie di maggiore complessità, con le funzioni di osservazione, di breve degenza, di rianimazione. Contemporaneamente, devono essere garantiti interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini e trasfusionali.

La struttura ospedaliera sede di DEA di II livello assicura, oltre alle prestazioni fornite dal DEA I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiochirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare e la chirurgia toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale (4).

1.2 L'accesso al Pronto Soccorso, Triage e codice priorità

Si evince, dalla definizione descritta nel paragrafo precedente, che la natura stessa del PS è visceralmente legata e basata sulla cura delle situazioni di emergenza-urgenza. Le situazioni di emergenza-urgenza sanitaria sono rappresentate da un evento improvviso, spesso imprevedibile, che mette in pericolo di vita la persona interessata se non viene effettuato, entro breve tempo, un intervento di soccorso in modo tempestivo e professionale (5). L'appropriato accesso al PS è, dunque, quello che corrisponde alle caratteristiche di emergenza-urgenza sia per quanto riguarda la criticità e i limiti temporali di azione, sia per quanto riguarda il possibile rischio evolutivo con conseguente possibilità di aggravamento delle condizioni del paziente.

Analizzando gli accessi presso le Unità di Pronto Soccorso si riscontra la presenza di accessi da parte di utenti che non presentano condizioni né di urgenza, né di emergenza, né di grave danno o rischio di danno per la salute e la propria incolumità. Gli accessi non urgenti ai servizi offerti dai DEA sono ampiamente diffusi sia nel contesto italiano sia in quello internazionale (6). Questi accessi che collidono con le caratteristiche intrinseche del PS risultano essere non urgenti e quindi impropri. Nonostante ciò, per la natura stessa dell'assistenza, il PS accoglie tutti gli utenti garantendo il diritto alla salute (7).

La funzione infermieristica attraverso la quale avviene la gestione di tutti gli accessi è il Triage infermieristico, un sistema di accoglienza e valutazione del grado di priorità di accesso alle cure che favorisce un più appropriato accesso alle stesse (8).

Il Triage è una funzione infermieristica volta all'identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine dell'accesso al trattamento favorendo chi ha necessità di interventi in emergenza-urgenza (8).

Il Modello Regionale per il Veneto tutt'ora utilizzato è stato deliberato nel 2015 e definisce i codici di priorità secondo le seguenti caratteristiche (9):

- Emergenza (colore Rosso): assenza o compromissione ispettiva o misurata delle funzioni vitali.
- Urgenza per rischio (colore Giallo): assenza di compromissione delle funzioni vitali, condizione con rischio evolutivo di compromissione precoce.

- Condizione di sofferenza (colore Verde): assenza di compromissione delle funzioni vitali, assenza di rischio evolutivo di compromissione precoce; sofferenza oggettiva fisica o psichica della persona o di un suo organo.
- Problema minore (colore Bianco): assenza di compromissione delle funzioni vitali, assenza di rischio evolutivo di compromissione, assenza di sofferenza oggettiva fisica o psichica della persona o di un suo organo. Problema non urgente, differibile.

Analizzando le definizioni dei codici di priorità emerge la discrepanza tra le caratteristiche del paziente al quale viene assegnato il codice colore Bianco e la situazione di emergenza-urgenza: il problema viene riconosciuto come tale, ma classificato come differibile, rinviabile, ritardabile ad un altro periodo temporale data l'assenza di rischio. La differibilità e l'assenza di rischio rendono l'accesso non urgente, quindi definibile come improprio.

Dal 2019 grazie al Nuovo Accordo Stato Regioni vengono sostituiti i quattro codici colore di priorità a favore dell'introduzione di cinque codici numerici (10):

- Codice 1: interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali.
- Codice 2: rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo.
- Codice 3: condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse.
- Codice 4: condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico-terapeutiche semplici monospecialistiche.
- Codice 5: problema non urgente o di minima rilevanza clinica.

L'accesso attraverso codice 5 è paragonabile a quello con assegnazione codice colore Bianco e viene specificato essere una condizione di non emergenza-urgenza. La stessa presenza di quest'ultimo anche all'interno del Nuovo Accordo Stato Regioni 1° agosto 2019 sottolinea con forza la grandezza dell'inappropriato utilizzo dell'Unità di PS, tanto che è stato ritenuto necessario mantenere la presenza di un codice completamente dedicato a problemi differibili e non urgenti pur trattandosi di una struttura ideata per le criticità.

1.3 L'accesso improprio e la misura del problema

Con il termine accesso improprio si definisce un accesso non urgente, che dovrebbe essere gestito in modo più appropriato presso altre strutture territoriali (11). Si identifica spesso con l'attribuzione di un codice di priorità inferiore (Bianco o Verde), più precisamente sono stati definiti da alcuni studi (12, 13) come tutti gli accessi della popolazione residente esclusi gli abbandoni, con codice Triage infermieristico Bianco oppure con codice Triage infermieristico Verde non associato a eventi traumatici, dimessi a domicilio e con orario di accesso dalle 8 alle 20 di un giorno compreso tra lunedì e venerdì. Gli accessi durante i giorni feriali e in orario di apertura dei servizi sul territorio sono sintomo di incorretto ingresso nella rete assistenziale, in quanto l'utente intraprende un percorso all'interno dell'emergenza-urgenza che non è adeguato alla tipologia del proprio problema salute e che probabilmente avrebbe una risposta più efficiente all'interno della rete territoriale.

I problemi suscitati da una rilevanza significativa di accessi impropri si possono ricondurre soprattutto a una dispersione di risorse, sia economiche che di capitale umano professionalizzato, a scapito delle casistiche effettivamente urgenti, e, in termini di esiti, a un incremento dei tempi di attesa (6, 14) che spesso mutano in sentimenti di insoddisfazione verso il servizio pubblico offerto.

La questione è aperta non sono a livello nazionale, ma anche a livello mondiale: la proporzione dei pazienti che si reca al PS 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 (6). In Italia il numero di accessi totali alle strutture di PS ha visto un cospicuo e costante aumento tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 del '900. Questo fenomeno si è presentato allo stesso modo anche negli altri Paesi del mondo, definendo il problema come una questione di rilevanza globale. Lo scenario all'intero del quale si è sviluppato questo aumento di pazienti può essere inquadrato all'interno di un nuovo periodo di cambiamenti, che sono essi stessi alla base del problema: sorgono, infatti, nuovi bisogni assistenziali, si assiste a un progressivo invecchiamento della popolazione, all'aumento del numero dei casi complessi e si sviluppano nuove tecnologie di diagnosi e di cura (8). Alcuni di questi fattori, tra i quali spicca l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali, potrebbero trovare

la loro soluzione all'interno dell'Assistenza Territoriale, invece l'utente per cause diverse si reca al PS.

Nel 2013 l'Agenas pubblica i risultati di un'analisi descrittiva condotta dalla Società Italiana di Emergenza Urgenza su 206 presidi ospedalieri che mostrano un'eterogeneità nella frequenza di codici Bianchi all'interno del Paese, con variazioni fino ad un massimo dell'80%. Il valore medio nazionale che si attesta è del 24,18%, declinato per aree geografiche nei seguenti dati: al sud e nelle isole sale al 30,94%, al centro invece scende al 17,98%, mentre il nord registra un 23,85% (6).

Dati attuali, forniti dal Ministero della Salute, sono stati elaborati e pubblicati da Agenas attraverso un report che confronta gli accessi al Pronto Soccorso per gli anni 2019-2020. I numeri di afflusso che di seguito analizzeremo sono dati riguardanti i volumi di accessi per codice di Triage (15).

Il numero totale di accessi ai PS italiani nel 2019 è risultato di 21.117.300, distribuiti percentualmente per codice colore nel seguente modo: codice Bianco 14,8%, codice Verde 60,9%, codice Giallo 22%, codice Rosso 1,9%, codici Neri e non eseguiti 0,4%. La percentuale di codici Bianchi e Verdi insieme costituisce il 75,7% del totale. Sapendo che i codici Bianchi e parte dei codici Verdi rientrano all'interno della categoria degli accessi impropri, possiamo notare come i numeri del problema siano attuali e presenti tutt'oggi.

In Veneto, nello specifico, per l'anno 2019 il totale è stato stimato di 1.878.285 e si è attestata la seguente distribuzione: codice Bianco 51,5%, codice Verde 26,1%, codice Giallo 20,6%, codice Rosso 1,8%, per codici Neri e non eseguiti mancano i dati di riferimento. La percentuale sul totale di codici Bianchi e Verdi è sovrapponibile a quella rilevata a livello nazionale con il 77,6%. La distribuzione, però, risulta in una quasi inversione degli accessi tra Bianchi e Verdi, confermando l'eterogeneità già analizzata nel decennio precedente. Il Veneto si attesta come la regione con il maggior numero di accessi ai quali viene assegnato codice colore Bianco nel 2019.

Il numero totale degli accessi ai PS italiani nel 2020 è stato 13.178.015 suddivisi in: codice Bianco 12,8%, codice Verde 56,7%, codice Giallo 27,6%, codice Rosso 2,5%, codici Neri e non eseguiti 0,4%. Codici Bianchi e Verdi congiuntamente costituiscono il 69,5% degli accessi ai PS, dato che si discosta di qualche punto percentuale dall'anno precedente, ma che rimane pur sempre significativo. Il Veneto per il 2020 si attesta

nuovamente come la regione con il maggior numero di accessi per codice Bianco. Il dato relativo agli accessi totali in Veneto per l'anno sopra citato è di 1.257.800, suddivisi in: codici Bianchi 51,7%, codici Verdi 23,8%, codici Gialli 22,4%, codici Rossi 2,1%, codici Neri e non eseguiti mancano i dati di riferimento. Codici Bianchi e Verdi costituiscono in Veneto per il 2020 il 75,5% degli accessi totali, confermando i dati relativi all'anno precedente. Il numero degli accessi totali ai PS italiani ha visto nel 2020 una drastica riduzione; invece la proporzione dei codici minori nel 2020 non ha subito grandi variazioni rispetto a quella dell'anno 2019, nonostante la presenza tra marzo e giugno e tra ottobre e dicembre rispettivamente della prima e della seconda ondata della pandemia da SARS-CoV-2.

Altri dati provenienti dal resto dei Paesi del mondo sono stati raccolti per definire una misura globale del problema. Uno studio condotto in un ospedale filippino nel 2020, pubblicato nel 2021, ha rilevato, durante lo svolgimento dello stesso, una percentuale di accessi non urgenti pari al 50,3% del totale degli accessi (16); un altro studio, pubblicato nel 2020 e svoltosi in Canada, ha condotto un'analisi retrospettiva dei dati provenienti da 2 ospedali comunitari dell'Ontario sudoccidentale ed è arrivato alla conclusione che le visite non urgenti hanno costituito circa il 27% di tutte le visite ai PS (17); uno studio trasversale in Iran pubblicato nel 2019 si è posto l'obiettivo di determinare la percentuale di visite non urgenti in un PS iraniano, calcolando in conclusione che il 64,6% dei pazienti studiati sono rientrati all'interno di questa categoria (18); uno studio condotto in Grecia e pubblicato nel 2019 si è posto come scopo quello di valutare l'adeguatezza all'uso dei PS in Grecia, ottenendo come dato importante che il 38,1% delle visite presso i PS sono state definite come inappropriate (19); infine uno studio pubblicato nel 2017 e condotto nel Regno Unito ha stimato che nei PS gli accessi evitabili sono in media il 19,4% di tutti gli accessi, con percentuali variabili dal 10,7% al 44,3% a seconda della struttura ospedaliera analizzata (20).

1.4 L'Assistenza Territoriale

L'Assistenza Territoriale (AT) è un sistema complesso di Assistenza Primaria (AP) rivolto ad una popolazione residente in una determinata aera geo-politica (21), pertanto il significato e l'utilizzo di entrambi i termini citati risulta essere sovrapponibile e intercambiabile. L'AT è una struttura articolata che si occupa di offrire salute a

un'ampia platea di utenti, siano essi singoli individui o comunità, e che si caratterizza per mutabilità ed evoluzione delle relazioni che intercorrono tra l'assistito, i soggetti coinvolti nell'organizzazione e i diversi attori che offrono le proprie prestazioni nei diversi settings assistenziali. L'AT si occupa di agganciare per la prima volta il soggetto richiedente una prestazione sanitaria creando un primo contatto (che si esplica nel trattamento delle patologie acute non complesse, nella formulazione di sospetti diagnostici e nel filtraggio dell'utenza verso l'appropriato livello specialistico) e, soprattutto, di prendere in carico le condizioni di cronicità attraverso un approccio che viene definito *life-course.* Per presa in carico del paziente si intende un processo in cui, accanto all'accesso amministrativo, organizzativo e di primo trattamento, si garantisce una continuità assistenziale secondo una dimensione relazionale, informativa e gestionale per condizioni croniche di salute che non riguardano solo stati di malattia, ma includono anche condizioni di fragilità, disabilità ed esposizione a fattori di rischio (21).

I requisiti fondamentali dell'AT sono l'orientamento alla comunità e l'integrazione. L'orientamento alla comunità permette di definire dei programmi applicabili all'utenza residente in un determinato territorio riconoscendo un ruolo attivo anche ai cittadini, in modo da poter creare processi collaborativi in cui singolo utente e comunità siano risorsa attiva per il sistema, alimentando e promuovendo un sentimento comunitario e forte di appartenenza allo stesso. L'integrazione, invece, è un aspetto fondamentale per diminuire la frammentazione dei servizi sanitari e sociosanitari e per rafforzare la continuità assistenziale a qualsiasi livello. L'AT, in questo contesto definente, diventa un aspetto chiave e decisivo per ottenere benefici in termini di accessibilità, sostenibilità e qualità dell'assistenza sanitaria, soprattutto in risposta a bisogni complessi (21).

Soltanto nell'ultimo triennio la macchina decisionale si è attivata per la costruzione di un modello organizzativo di AT compatibile con quanto già descritto in questo paragrafo, culminando con la definizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) inserito all'interno del programma Next Generation EU, che si propone di potenziare reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'AT (22).

Le tipologie di assistenza e servizi coinvolti nell'AT sono:

- Assistenza distrettuale

- Assistenza sanitaria di base (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, aggregazioni funzionali territoriali)
- Assistenza farmaceutica (farmacie territoriali)
- Assistenza integrata (ADI)
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
- Assistenza durante il fine vite
- Assistenza psichiatrica
- Altri tipi di assistenza (esempio: assistenza termale)

1.5 La rilevanza professionale

Il regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere è materia del Decreto del Ministero della Sanità del 14 settembre 1994 n. 739 (23), che definisce l'infermiere come il professionista responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica è, oltre che tecnica e relazionale, anche di natura educativa. L'infermiere è, quindi, uno degli attori sanitari responsabile dell'educazione del singolo individuo e della comunità. L'educazione esercitabile sui residenti in un determinato territorio si esplica anche attraverso l'attività di informazione di carattere sanitario. L'infermiere è quindi sia educatore che informatore riguardo quali sono i servizi offerti al pubblico dal Servizio Sanitario Nazionale, la natura della loro esistenza e il corretto utilizzo in base all'individuazione di specifici bisogni assistenziali.

L'infermiere, inoltre, è la figura professionale individuata come responsabile dell'attività di Triage e che per primo entra in contatto con l'utente che si reca al PS. La comprensione approfondita del problema in questione aiuta a capire quali sono veramente i bisogni assistenziali dei residenti e dei fruitori del PS in modo da fornire prestazioni di cura e assistenza migliori, condividere informazioni e promuovere la sensibilizzazione su servizi. La conoscenza del problema influisce sulla gestione delle Unità Operative, del management dei tempi di cura e di assegnazione di priorità assistenziali, aiutando a identificare una tipologia di soggetto che usufruisce del

servizio. L'approfondimento permette, poi, il confronto con altre figure professionali sviluppando cooperazione tra ruoli e soggetti professionali diversi.

L'infermiere è anche professionista che si sposta sul territorio o che ha sede distaccata rispetto alla struttura ospedaliera. La conoscenza della questione permette di identificare la tipologia di utente che sfugge dalle maglie dell'AT per poterlo intercettare, ascoltare e riportarlo all'interno del percorso assistenziale più appropriato per le sue necessità e bisogni di salute.

I vantaggi della conoscenza del problema si riflettono anche nell'applicazione di un più efficace ed efficiente dispendio di capitali, utilizzo di risorse professionali e redistribuzione dei tempi di assistenza, che a loro volta contribuiscono alla soddisfazione e del personale sanitario e dell'utenza nel territorio.

CAPITOLO SECONDO: MATERIALI E METODI

2.1 Scopo della ricerca e obiettivi

Lo scopo del seguente elaborato è analizzare il complesso rapporto che intercorre tra l'utente con problema sanitario non urgente, le strutture sanitarie territoriali e le strutture ospedaliere di PS, sviscerando le motivazioni per cui l'AT non è percepita dall'utente in questione come sede primaria di assistenza e governo dei percorsi sanitari e sociosanitari e le motivazioni per cui l'utente non urgente accede impropriamente al PS.

L'obiettivo che si pone questa tesi è descrivere, analizzare e approfondire attraverso la revisione delle evidenze bibliografiche recenti la percezione dell'utenza non urgente nella scelta del percorso assistenziale, in particolare:

- rilevare e analizzare i motivi e le cause per cui l'Assistenza Territoriale non è sede primaria di assistenza nel paziente non urgente attraverso l'analisi delle motivazioni degli accessi impropri al PS;
- individuare i limiti dell'AT e analizzare la normativa più recente riguardo l'AP;

2.2 Selezione e ricerca del materiale

Gli studi compresi all'interno dell'elaborato sono stati cerniti grazie ai seguenti metodi PICO-PIO (Population, Intervention, Comparison, Outcome), basati sui quesiti della ricerca:

Quali sono le motivazioni e le cause dell'uso improprio del PS rispetto all'uso dell'AT negli utenti non urgenti?

- P: utente non urgente
- I: uso improprio del PS
- C: uso dell'AT
- O: motivazioni e cause dell'utente

Qual è il grado di conoscenza generale e delle funzioni dell'AT rispetto al PS che l'utenza ha?

- P: utenza
- I: strutture di AT
- C: strutture di PS

- O: grado di conoscenza generale e di conoscenza delle funzioni

Quali sono i limiti percepiti dall'utenza che inficiano l'uso dell'AT?

- P: utenza
- I: uso dell'AT
- O: limiti percepiti

La selezione degli studi è avvenuta attraverso l'applicazione dei criteri di inclusione e di esclusione.

Criteri di inclusione:

- articoli pubblicati negli ultimi 7 anni (finestra temporale 2016-2022);
- lingua inglese o italiano (un articolo in tedesco incluso per la rilevanza);
- full text disponibile.

Criteri di esclusione:

- articoli antecedenti all'anno 2016;
- altra lingua diversa da inglese o italiano (un articolo in tedesco incluso per la rilevanza);
- full text non disponibile;
- studi riguardanti la popolazione pediatrica.

Il database elettronico utilizzato per il reperimento del materiale bibliografico è stato PubMed, con accesso attraverso il servizio applicativo Proxy Docile fornito dall'ateneo Università degli Studi di Padova, e la rivista Italian Journal of Emergency Medicine (SIMEU) – Search. Inoltre, sono state utilizzate informazioni reperite dalla pagina web ufficiale del Ministero della Salute sezione PNRR e salute.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state:

- Emergency Department OR Emergency Service, Hospital
- Primary Health Care OR Primary Care
- Non-urgent
- Inappropriate Use
- Improper Access
- Cause OR Reason
- Knowledge

2.3 Time stamp

La ricerca e l'esame del materiale bibliografico sono stati condotti da maggio 2020 a ottobre 2020.

2.4 Descrizione degli studi inclusi

La ricerca in letteratura ha prodotto 28 articoli rispondenti ai criteri individuati; inoltre sono state utilizzate informazioni reperite dalla pagina web ufficiale Ministero della Salute. La letteratura reperita è di carattere internazionale; gran parte degli studi rientrano all'interno della categoria qualitativo-descrittiva di tipo trasversale con metodi di reperimento dati quali interviste e compilazione di questionari, i restanti sono revisioni sistematiche della letteratura e analisi retrospettive di dati di routine. La tabella riepilogativa delle stringhe utilizzate per la ricerca è reperibile in Allegato 1. Informazioni dettagliate riguardo l'insieme degli articoli selezionati sono poste in Allegato 2, schematizzate in una tabella riassuntiva.

Di seguito, in Figura 1, si riporta il processo di selezione degli articoli attraverso diagramma di flusso.

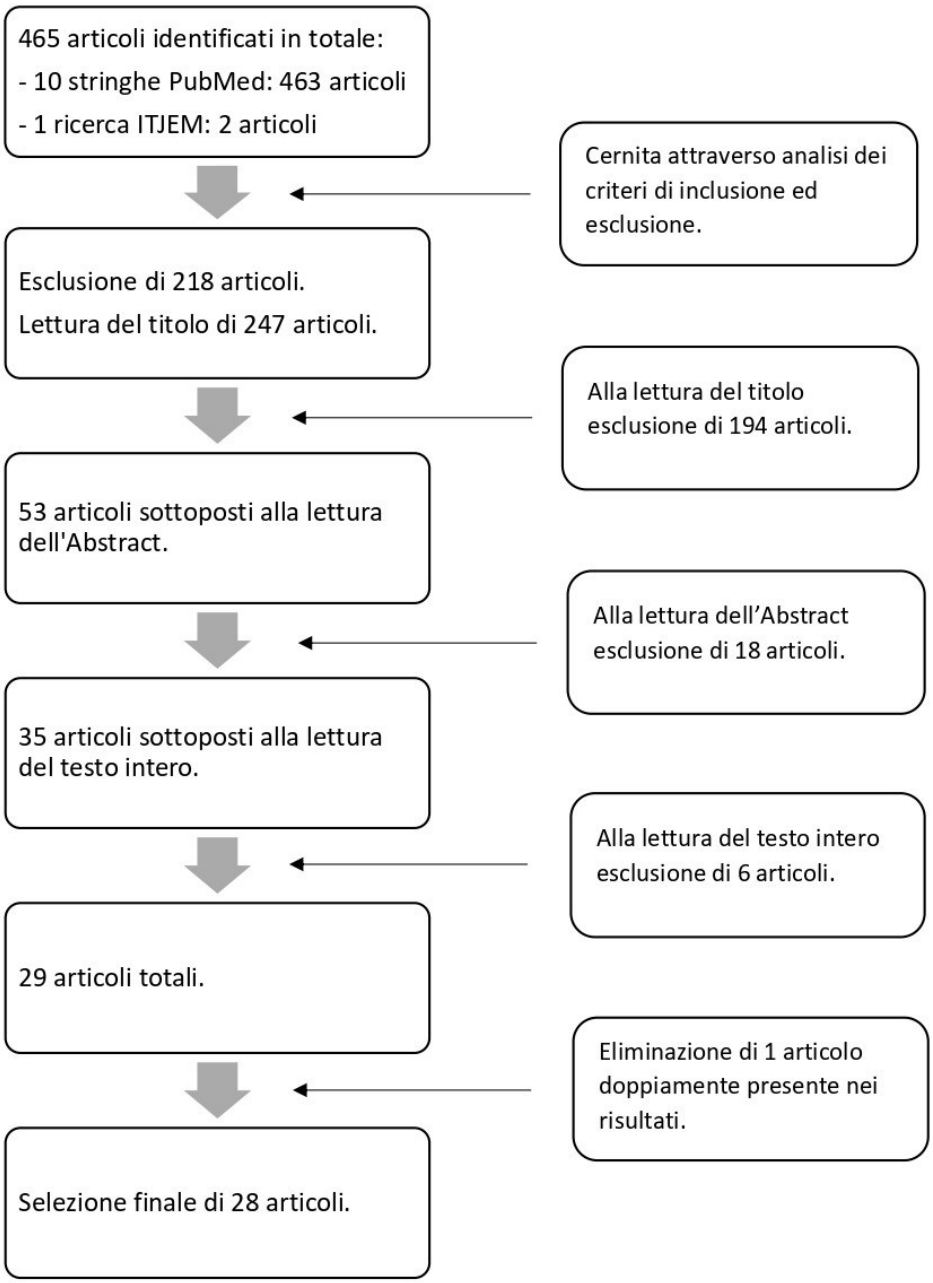

Figura 1. Diagramma di flusso: selezione degli articoli.

CAPITOLO TERZO: RISULTATI DELLA RICERCA

All'interno di questa sezione risponderemo agli obiettivi e ai quesiti della ricerca mediante: la rilevazione e l'analisi dei motivi, delle cause e dei fattori per cui l'AT non è sede primaria di assistenza negli utenti che si rivolgono impropriamente al PS; una visione ampia sui limiti dell'AT che ne ostacolano l'affermazione come punto primario di assistenza, con un'analisi dei nuovi canali normativi italiani e la testimonianza di un primary care system efficacemente presente sul territorio.

3.1 Cause per cui l'AT non è sede primaria di assistenza negli accessi impropri al PS

Le cause sono state analizzate attraverso diversi studi e si sono rivelate essere di natura eterogenea. In questa revisione, per l'analisi del problema, le cause sono state suddivise nei seguenti determinanti, i quali risultati, studiati insieme, portano a una visione ampia della questione. I determinanti sono: fattori e motivazioni degli accessi impropri al PS; caratterizzazione dell'utente non urgente al PS; conoscenza e funzione del PS; la percezione dell'utenza rispetto all'urgenza; uso, conoscenza e funzione dell'AT e dei suoi servizi.

Nel determinante "Fattori e motivazioni causa di accessi impropri al PS" l'animo è quello di analizzare, per l'appunto, quei fattori e quelle motivazioni che hanno portato i pazienti all'uso improprio del PS e che contemporaneamente sono slegate dal problema sanitario e di salute accusato, in quanto abbiamo già stabilito che sono utenti che hanno effettuato un accesso improprio, quindi presentanti patologia o quadro clinico non urgente.

3.1.1 Fattori e motivazioni causa di accessi impropri al PS

Uno studio osservazionale italiano condotto nel 2017 tra la popolazione residente nella provincia di Lecce (24) ha analizzato le motivazioni di accesso improprio in PS, suddividendole in motivazioni legate al medico di famiglia e motivazioni legate ai Servizi Sanitari. Ne è emerso che le motivazioni riguardanti l'AT sono legate a diversi fattori, in particolare sussiste una grande difficoltà nell'usufruire delle cure offerte da parte del proprio Medico di Medicina Generale (MMG), soprattutto per quanto

riguarda gli orari di apertura del servizio che nel 40% dei casi risultava chiuso al momento della comparsa del problema di salute; inoltre, circa un quarto del campione ha riferito di essersi recato al PS in quanto ripone maggiore fiducia nell'assistenza ospedaliera perché ritiene che gli operatori abbiano più conoscenze rispetto al proprio MMG. La motivazione di accesso improprio più rilevante, che coinvolge circa la metà del campione studiato ed è legata alla struttura in sé e per sé, è che l'utente ritiene che il PS abbia più strumenti per risolvere il problema o che impiegherà un tempo minore per risolverlo rispetto ai servizi sul territorio.

L'analisi della letteratura prodotta in altri Paesi del mondo ha fatto emergere diversi motivi con i quali i pazienti non urgenti giustificano la presenza al PS.

La percezione da parte dei pazienti della difficoltà di ottenere gli appuntamenti è una componente causale e motivazionale importante dell'uso improprio del PS per le visite non urgenti. La maggior parte dei pazienti all'interno degli studi analizzati ha dichiarato di avere difficoltà, o addirittura ha dichiarato di essere impossibilitato, a ottenere un appuntamento o una visita presso l'AP, l'MMG o uno specialista sul territorio il giorno stesso della presentazione dei sintomi o, in generale, in modo tempestivo (25, 26, 27, 28), anche a causa degli orari di apertura e chiusura dei servizi sul territorio (29, 30) o dell'assenza del MMG (31, 32). Una parte dei pazienti studiati, inoltre, valuta che prendere appuntamento presso il MMG o uno specialista sul territorio richieda troppo tempo, ponendo una barriera tra il paziente e l'accesso alle cure ambulatoriali (26, 31) o che risorse e servizi fossero limitati presso l'AP (27, 30) e che invece i PS fossero ben attrezzati (33). Altri riferiscono che si recano in ospedale in quanto mancano centri sanitari nell'area circostante (18).

Come possiamo osservare i servizi territoriali non sembrano in grado di soddisfare richieste e bisogni della popolazione residente: l'accessibilità risulta difficile, i tempi per ottenere prestazioni sanitarie sono percepiti e dichiarati dilatati e le risorse e i servizi che possono essere usufruiti dalla popolazione appaiono come insufficienti e limitati.

L'utente, in questa situazione, cerca un'alternativa che possa compensare le mancanze che ha dovuto affrontare: il PS si rivela essere una struttura sempre aperta e accessibile a qualsiasi tipo di paziente con una maggior qualità di risorse a sua disposizione. In contrapposizione alla difficoltà di accesso all'AT si stagliano, come cause favorenti

l'uso non corretto del PS, la possibilità di accedere a cure mediche in modo più rapido e facile all'interno dei PS nelle strutture ospedaliere (16, 18, 25, 27, 28, 32, 33, 34) e la possibilità di accedere a cure migliori o in generale buone cure in termini di qualità (16, 25, 26, 29, 33, 34).

Parte dei pazienti decidono di accedere al PS secondo altre motivazioni, che vanno oltre l'accessibilità e che potrebbero essere classificate come scelte basate sulla comodità della struttura e dell'offerta sanitaria. È emerso che i pazienti effettuano l'accesso in quanto hanno precedentemente avuto altri accessi e hanno riscontrato esperienze positive durante le visite (16, 29, 34), oppure si recano all'ospedale a causa della vicinanza geografica della residenza al PS (17, 28, 30).

Studi condotti sui pazienti non-urgenti individuano come motivazioni, inoltre, che l'ospedale è per l'utente il primo punto di contatto (26) a discapito dell'offerta di servizi dell'AP, in quanto si reca presso il PS senza la consultazione del proprio MMG o su decisione autonoma (24).

Altri studi, al contrario, riportano che coloro che hanno visitato il pronto soccorso sulla base di un rinvio alla struttura ospedaliera da parte del MMG o un professionista sanitario hanno effettuato un accesso improprio al PS (17, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37). Secondo l'analisi di uno studio condotto in Canada e pubblicato sulla rivista Journal of Emergency Nursing volume 46 anno 2020 (17) questo tipo di pazienti rinviati dal territorio verso l'ospedale avevano quasi 3 volte in più la possibilità di rientrare all'interno della definizione di inappropriatezza.

Secondo la letteratura le consultazioni non urgenti in PS sono attribuite a molteplici fattori che comprendono anche le dimensioni socio-demografiche, socio-economiche e psicosociali: le principali motivazioni sono date dalla presenza di pressioni sociali esterne, come per esempio l'opinione sulla salute del paziente e su cosa sia meglio fare, espresse dalla comunità di appartenenza, dalla famiglia o da un gruppo sociale che in qualche modo ha un rapporto stretto con il paziente (16, 18, 30); altre motivazioni sono legate a svantaggi di natura socio-economica che comportano una maggiore vulnerabilità per gli appartenenti a questa categoria sociale (31, 35), oppure sono legate a un'usanza sociale condivisa da tutta la popolazione residente in un determinato territorio (36).

3.1.2 Caratterizzazione dell'utente non urgente al PS

Un'analisi retrospettiva longitudinale pubblicata nel 2018, basata sui dati di routine dei pazienti che si sono rivolti a 19 diversi pronto soccorso nella regione dello Yorkshire e Humber in Inghilterra dal 1° aprile 2011 al 31 marzo 2014, si è posta come obiettivo quello di profilare le presenze non urgenti in PS che erano adatte alla gestione presso contesti non urgenti, come per esempio quelli delle cure primarie (38). Utilizzando dati statistici riassuntivi i pazienti non urgenti sono stati esaminati secondo variabili che nello studio si è ipotizzato potessero essere influenti, ovvero età all'arrivo in PS, ora del giorno e giorno della settimana e modalità di arrivo. Esaminando la frequenza per categoria di età la percentuale maggiore di utenti non urgenti era nella fascia di età più giovane che comprendeva pazienti tra i 16 anni compiuti e i 24, mentre la percentuale più bassa era nella fascia di età superiore a 85 anni. In seguito all'analisi dei rapporti tra le età dei partecipanti lo studio ha eseguito una classificazione per 3 gruppi di età (16-44, 45-64 e 65+) definendo che la probabilità di accesso improprio era significativamente maggiore per la categoria 16-44 anni.

La modalità di arrivo in ambulanza si è dimostrata poco probabile per le presenze non urgenti e improprie in PS, indicando invece come modalità più probabile quella con altro mezzo, non analizzato dallo studio.

Sul totale delle presenze non urgenti quasi due terzi sono giunte in PS in un orario compreso tra le ore 8:00 e le ore 18:00 di un giorno della settimana compreso tra lunedì e venerdì oppure sono arrivate in un orario qualsiasi tra sabato e domenica. Le probabilità di una presenza non urgente sono significativamente maggiori per i pazienti che frequentano queste fasce orarie. Inoltre, le probabilità di una presenza non urgente in orario 8:00-18:00 lunedì-venerdì compresi sabato e domenica erano significativamente più alte per la categoria 16-44 anni rispetto ai due gruppi di età più anziani, 45-64 e 65+.

I dati dello studio in questione sono stati confrontati con altri dati riportati da studi provenienti da diverse aree geografiche del mondo.

La maggior parte degli utenti non urgenti in PS presentano età media compresa tra i 29 e i 44 anni (17, 28, 29, 35). La fascia di età più rappresentativa risulta essere, confermando la stima dello studio preso in considerazione, quella compresa tra i 16 e i 24 anni (35). In generale i diversi campioni statistici confrontati confermano che la

maggior parte delle visite non urgenti in PS viene effettuata da utenti che hanno meno di 44 anni (16, 31, 35) o, a seconda della categorizzazione presentata nello studio, meno di 50 anni (18, 27). Ciò acquisisce forza grazie al fatto che, secondo una revisione sistematica della letteratura internazionale (40), la popolazione anziana ha tassi di contatto dei servizi sanitari di assistenza primaria fuori orario più elevati rispetto ai tassi dei giovani adulti.

La caratterizzazione per genere non sembra rilevante: alcuni studi riportano essere più frequenti le presenze non urgenti femminili (16, 17, 27, 39), altri misurano come più frequenti quelle maschili (18, 26, 28, 35). In generale le percentuali si attestano spesso in prossimità del 50% per ciascun sesso (31) rispecchiando la composizione demografica del paese nel quale lo studio viene svolto.

Gli studi analizzati dimostrano che la maggior parte delle visite non urgenti avviene in orario di apertura dei servizi di AP (17, 18, 26, 31) e che i pazienti si presentano in autonomia o con mezzi propri senza trasporto medico (16, 17, 26, 35).

Secondo uno studio tedesco (26) i pazienti senza impiego lavorativo sono stati classificati come più a rischio di presentazione in PS in emergenza rispetto agli occupati. Ciò è sostenuto dal fatto che, analizzando altri campioni statistici, gli utenti non urgenti erano per la maggior parte lavoratori (16, 27).

Nella maggior parte degli utenti impropri il livello di istruzione non supera il diploma di scuola superiore (18, 27, 31) e il livello socio-economico si attesta essere medio-basso (35, 39). Nonostante ciò, più della metà dei soggetti avevano un'assicurazione sanitaria (16, 18, 28, 31, 39) e la possibilità di accedere alle cure primarie (17, 31, 39).

3.1.3 Conoscenza e funzione del PS

La valutazione delle conoscenze riguardo al PS è descritta in alcuni degli studi analizzati all'interno di questa revisione: in base a una survey condotta nelle Filippine (16) il punteggio di alfabetizzazione sanitaria tra gli accessi non urgenti è in media da moderato ad alto; allo stesso modo, secondo uno studio descrittivo trasversale condotto in Arabia Saudita a tutta la popolazione residente (25) l'81,2% degli intervistati era consapevole e in grado di individuare la descrizione corretta di PS ed era in grado di indicare corretti esempi di situazioni nelle quali era necessario rivolgersi ad esso. I risultati socio-demografici indicano che gli intervistati con un alto livello di

conoscenza comprendevano principalmente quelli con un titolo di laurea o superiore, mentre quelli con un diploma o inferiore avevano un basso livello di conoscenza. Al contrario, è stato riscontrato che una conoscenza significativamente bassa è stata dimostrata tra le persone di età superiore ai 45 anni; invece la popolazione più giovane ha una conoscenza maggiore del PS. Allo stesso modo, coloro che non sono occupati hanno una conoscenza significativamente bassa rispetto a coloro che hanno un lavoro. Uno studio keniota (29) si è occupato di intervistare alcuni pazienti non urgenti presso il PS di Nairobi proponendo risultati coerenti con quelli già ottenuti: in generale gli intervistati sono stati in grado di dare una definizione di PS e assegnare allo stesso le funzioni corrette, esponendo degli esempi adeguati di eventi che richiedono intervento urgente-emergente.

Uno studio si discosta dai dati reperiti finora: uno studio qualitativo condotto attraverso delle interviste al personale sanitario in Iran (33) attribuisce alla mancanza di conoscenza e consapevolezza della definizione di condizioni urgenti da parte dei pazienti l'influenza negativa delle visite non urgenti ai PS. Ciò è dovuto alla mancata formazione di una cultura sanitaria positiva.

In conclusione, la mancanza di conoscenze riguardo il PS all'interno di aree dove la cultura sanitaria non è promossa sembra essere un fattore determinante gli accessi non urgenti. Allo stesso tempo, però, in ambienti dove sussiste un accettabile livello generale di conoscenze sul PS, il problema degli accessi impropri sembra non essere sparito.

3.1.4 La percezione dell'utenza rispetto all'urgenza

L'urgenza percepita è un grande tema riportato dalla letteratura (30) per cui il residente effettua un acceso inappropriato al PS. Secondo questo elaborato il tema merita un'analisi a parte, insieme all'alterata percezione che il soggetto ha rispetto all'emergenza. L'urgenza auto-percepita, se incongruente con l'effettiva gravità delle condizioni di salute, è fattore che porta all'accesso in PS non supportato dall'evidenza clinica. Secondo Reinhold et al. (26) più della metà dei partecipanti allo studio che sono stati classificati come non urgenti si è classificato come un'emergenza da moderata a pericolosa per la vita. Questa motivazione è ricorrente in altri studi analizzati e assume diverse caratteristiche in base alla metodologia usata per reperire i

dati: i pazienti non urgenti ritengono che la malattia/sintomatologia comparsa sia urgente o valutano soggettivamente che non c'è tempo da perdere (24, 25, 27, 32) oppure percepiscono che le loro condizioni necessitino di un'attenzione urgente o che siano una minaccia per la prioria vita (16, 29) e che quindi debbano essere affrontate con tempestività (31).

A questo proposito, una ricerca economico-esplorativa condotta nel nord del Portogallo (41) propone di esaminare se la percezione e l'autodiagnosi della gravità e del bisogno di cure dei pazienti siano accurate, chiedendo al campione selezionato di indicare per cinque diversi raggruppamenti di segni e sintomi la relativa gravità e il servizio (che poteva essere scelta di un servizio sanitario non PS oppure scelta del PS) adatto a cui rivolgersi. I risultati emersi sono significativi: complessivamente, i partecipanti erano corretti il 33,1% delle volte nella scelta della gravità, 14,9% sottovalutava e il 52% sopravvalutava la gravità, definendo quindi che il 66,9% delle stime di gravità effettuate dal campione non sono accurate. Quando ci si concentra su quelle risposte che non erano corrette, siano esse sopra o sottovalutazioni, si osserva che sopravvalutare il grado di gravità è più comune che sottovalutarlo; infatti, il 52% di tutte le risposte sovrastimava la gravità.

Nel complesso, però, osserviamo che i partecipanti indicano correttamente il servizio sanitario appropriato nel 66,9% delle volte, nonostante gli errori di valutazione della gravità. Concludendo, si può osservare che gli individui che scelgono in modo inappropriato il PS sono quelli che sopravvalutano il grado di gravità: il 95% delle scelte inappropriate del PS corrisponde a casi in cui la gravità è stata sovrastimata e il 5% a casi in cui la gravità è stata accuratamente prevista. Pertanto, la scelta del PS è guidata in parte dall'errata valutazione dell'urgenza.

Simili risultati sono stati ottenuti da Andrews et al. (42): attraverso l'uso di una scala di stima della gravità della malattia lo studio ha comparato il grado di malattia patient-related e il grado effettivamente assegnato dal medico presente al PS in base alla presentazione iniziale del paziente. La valutazione è avvenuta usando la stessa scala per pazienti e medico in modo da poter evidenziare le differenze di valutazione. Tutti i sottogruppi di pazienti studiati avevano una valutazione di gravità della malattia più alta rispetto alla stima dei medici. Nelle valutazioni dei pazienti con istruzione inferiore a quella universitaria si è rilevata una maggiore discrepanza rispetto a quelle

date da pazienti con istruzione universitaria. Entrambi i sottogruppi, però, avevano effettuato una sovrastima rispetto al reale stato di emergenza. Lo stesso divario è stato rilevato nel gruppo di pazienti aventi minori disponibilità economiche, rivelando che sia l'istruzione inferiore che il livello di reddito più basso sono correlati a una maggiore discrepanza tra le stime della gravità della malattia del paziente e del medico.

3.1.5 Uso, conoscenza e funzione dell'AT e dei suoi servizi

L'ultimo determinante che analizzeremo è la qualità dell'uso, delle conoscenze generali e delle funzioni che l'utenza ha rispetto all'AT.

Secondo la letteratura la porzione di individui che contattano un medico di base sta diminuendo nel corso del tempo: il numero di contatti con il MMG è diminuito in tutte le fasce di età e, in particolare, è più evidente tra gli individui di età compresa tra i 18 e i 64 anni di età. I risultati suggeriscono che il fattore determinante per le diminuzioni riportate in letteratura nei contatti con le cure primarie è il minor numero di contatti per paziente, non una diminuzione assoluta del numero di pazienti in contatto con l'AP (43).

Una causa consistente che compromette l'accesso all'AP trattata nella letteratura studiata è la scarsità di conoscenza e di informazioni riguardo i servizi sul territorio, dalla quale consegue la scelta di usare comunque il PS (24).

Secondo un'indagine condotta in Italia da Lupo et al. (24) l'11.7% del campione selezionato, che ha compilato un questionario che analizzava le motivazioni di accesso al PS, non conosce gli orari di accesso del proprio medico curante, mentre il 32% non è a conoscenza se il proprio medico lavori da solo o in associazione ad altri specialisti. Inoltre, più del 40% degli intervistati (41.4%) non è a conoscenza dell'indirizzo, né saprebbe contattare la guardia medica in caso di necessità.

Secondo Naouri et al. quasi il 9% dei pazienti intervistati sulla tematica "ragioni e motivazioni di accesso al PS" ha riferito di essersi recato presso l'ospedale in quanto non sapeva in quale altro posto recarsi o in quale altro ambiente poteva ottenere un consulto (31), dimostrando la scarsità di conoscenze e di informazioni della popolazione nei riguardi dei servizi rivolti alla salute del cittadino.

Bahadori et al. in uno studio qualitativo descrittivo condotto attraverso interviste semi strutturate a operatori sanitari sostengono l'insufficienza delle informazioni in

possesso al cittadino rilevando che la mancanza di consapevolezza sui compiti principali delle cliniche sul territorio nel fornire assistenza ai pazienti non urgenti può essere una causa della mancanza di conoscenze (33).
Altri studi rilevano che nel momento in cui viene chiesto alle unità del campione di descrivere contesti alternativi in cui potrebbe essere fornita l'assistenza che gli intervistati stavano cercando, pochissimi intervistati hanno ritenuto che ci fossero altre opzioni (34) ritenendo come unico punto di riferimento il PS.

3.2 AT: il futuro dell'assistenza

Dai dati presentati all'interno del paragrafo 3.1 e sottoparagrafi correlati si evincono i limiti che il cittadino percepisce come propri e appartenenti all'AT: distingue chiaramente una difficoltà nell'accesso all'assistenza in generale, che si manifesta con difficoltà nel prendere appuntamento con il proprio MMG, nota un'accessibilità difficoltosa con prolungati tempi di attesa descrivibile come una barriera all'accesso alle cure e rileva l'incapacità di rispondere alle richieste di salute. La popolazione, quindi, pensa che l'uso del PS sia la scelta migliore per le proprie necessità di salute (44). D'altra parte gli studi analizzati pongono l'accento su altri fattori che spingono l'utente, congiuntamente a quelli già visti, a rivolgersi alla struttura PS: una distorta percezione dell'urgenza dirotta il cittadino verso il servizio sbagliato; allo stesso modo agiscono il basso livello socioeconomico e la scarsa conoscenza o lo scarso possesso di informazioni riguardo i servizi territoriali.
In quest'ottica si sviluppa il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che con una visione olistica One Health punta alla realizzazione di un nuovo modello di Assistenza Territoriale di prossimità per portare il più possibile vicino ai cittadini le risposte ai bisogni di salute (45). La Riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze. Gli obiettivi della riforma si esplicano: nell'individuazione di standard comuni da estendere a tutto il territorio nazionale nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); nell'individuazione di priorità di intervento attraverso una visione di prossimità e integrazione tra le reti assistenziali siano esse territoriali, ospedaliere e specialistiche; nel favorire la continuità delle cure anche attraverso l'integrazione di servizi sociali e

sanitari; nell'allineamento agli standard dei migliori Paesi europei e nel disegno di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione (46).

La Riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale ridisegna funzioni e standard del Distretto. I principali contenuti sono:

- Casa della Comunità: creazione di Case della Comunità aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, diffuse in tutto il territorio nazionale, dove i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- Centrale operativa 116117: 116117 è il Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti; il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale;
- Centrale Operativa Territoriale - COT: svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- Infermiere di Famiglia e Comunità: assicura l'assistenza infermieristica, a diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali;
- Unità di continuità assistenziale: équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa;
- Assistenza domiciliare: servizio per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile e un piano personalizzato di assistenza;
- Ospedale di comunità: struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, stabilizzazione, recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio;

- Rete delle cure Palliative: servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice;
- Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: i Consultori garantiscono prestazioni di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie;
- Telemedicina: utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (46).

La funzione positiva dei miglioramenti dell'AT è sostenuta da esempi di sistemi che hanno investito sulla primary care: i benefici di un well-developed primary care system, e in particolare della promozione di unità professionalizzate che offrono assistenza continua sul territorio, si ripercuotono sulle visite ai PS come dimostrato da Almeida et Vales (47) nel loro studio. I risultati ottenuti concordano con il fatto che l'uso inappropriato dei PS ospedalieri sarà ridotto dalla migliore accessibilità all'assistenza sanitaria e dalla migliore continuità delle cure. Se i pazienti hanno un migliore accesso e continuità alle cure, i loro bisogni di salute potranno essere soddisfatti dalla primary health care e avranno meno bisogno di usare il PS, facendo riferimento al PS solo in situazioni che lo richiedono davvero. Altri contributi arrivano dalla letteratura: secondo Hong et al. (48) le aperture dell'AP dopo l'orario di lavoro e il conseguente accesso ai medici di base aumenta l'utilizzo delle cure primarie e, inoltre, un migliore accesso alle cure primarie fuori orario può ridurre l'utilizzo del pronto soccorso non urgente. Krämer et Schreyögg (49) hanno evidenziato che un aumento delle visite in ambiente territoriale può diminuire le visite ambulatoriali al PS: gli utenti che tendono a sostituire il servizio sul territorio con un servizio di PS si confermano all'interno della fascia di età under 50 anni (punto 3.1.2); inoltre molti utenti sostituiscono il servizio di AT con quello di PS in quanto più vicino (punto 3.1.1). Il potenziale di sostituzione tra i due servizi risulta essere molto alto; pertanto incentivare l'utilizzo sul territorio può ridurre le visite ambulatoriali in PS. Bruni et al. (50) hanno studiato l'impatto di un'estensione della copertura giornaliera dei servizi di

Assistenza Primaria nella regione Emilia-Romagna: i risultati supportano l'ipotesi che l'aumento dell'orario di apertura diurno delle pratiche consenta una riduzione dell'utilizzo del PS. Sulla base dei risultati dell'analisi dei dati, la riduzione attesa dei codici Bianchi è stimata tra il 10 e il 15%.

CAPITOLO QUARTO: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

4.1 Discussione

Lo scopo di questa revisione era descrivere, analizzare e approfondire quali sono le motivazioni che spingono l'utente ad effettuare un accesso improprio in PS escludendo l'Assistenza Territoriale come sede primaria di assistenza per problemi di salute non urgenti.

I risultati ottenuti dalla ricerca si pongono su un piano di accordo e individuano un gruppo di soggetti che effettua accessi impropri con seguenti caratteristiche: l'utente non urgente risulta essere prevalentemente un giovane adulto, sia esso di sesso maschile o femminile, che accede al PS in orario di apertura dei servizi di AP con possibilità di usufruirne. Inoltre, l'utente non urgente possiede un impiego, ma appartiene a un livello socio-economico medio-basso e possiede un livello di istruzione uguale o inferiore al diploma di scuola superiore. La definizione di un target di utenza permette di ottimizzare gli interventi rivolti alla popolazione, ponendo evidentemente il focus sul campione eleggibile per eventuali interventi.

Le motivazioni che li spingono a rivolgersi a un servizio di emergenza-urgenza sono sovrapponibili in parte ai limiti che l'utenza riscontra nei servizi di AT e in parte a limiti che potremmo definire di tipo conoscitivo-educativo: i primi sono principalmente difficoltà nell'usufruire delle cure del proprio MMG, difficoltà nell'ottenere appuntamenti, nell'utilizzare l'AT a causa degli orari di apertura e presenza di risorse o servizi o strutture limitate o distanti rispetto alla propria residenza; i secondi sono invece la sopravvalutazione della gravità del problema riferito, una percezione distorta dell'urgenza, un'urgenza auto-percepita incongruente con la realtà e poche conoscenze su uso, presenza e funzione dei servizi sul territorio.

Le conoscenze sull'uso e funzione del PS si sono rivelate, all'interno di aree dove la cultura sanitaria non è promossa, un fattore determinante gli accessi non urgenti, ma al contempo in ambienti dove sussiste un accettabile livello generale di conoscenze sul PS, il problema degli accessi impropri non è scomparso, rendendo il fatto controverso.

In questo contesto si inseriscono le modifiche all'apparato territoriale introdotte con il PNRR: abbiamo sostenuto che il programma di ampliamento dell'offerta e ammodernamento dei servizi è efficace, portando esempi dalla letteratura

internazionale, e che l'AT rappresenta con forza il futuro dell'assistenza; ma, analizzando attentamente il quadro generale, le modifiche apportate all'AT offrono una soluzione parziale al problema degli accessi impropri. Le modificazioni si propongono di ridurre, infatti, i limiti propri dell'AT aumentando il numero delle strutture, gli orari di apertura, il numero dei professionisti e dei servizi offerti, sopperendo alle mancanze riguardo gli appuntamenti, la vicinanza alle strutture, il contatto con il MMG e la carenza di servizi.

Una parte delle motivazioni fornite dagli utenti che effettuano accesso improprio, però, ha come base una mancanza conoscitivo-educativa: ciò porta alla conclusione che per raggiungere un livello di AP che sia in grado di ridurre gli accessi impropri in PS, sia necessaria la promozione di interventi educativi su due fronti: il primo è la diffusione delle informazioni e delle conoscenze riguardo i servizi offerti dal territorio; il secondo è l'educazione della popolazione alla corretta percezione dell'urgenza sanitaria. Gli interventi educativi possono essere svolti anche dall'infermiere, in quanto figura professionale con responsabilità tecniche, relazionali e educative.

Gli interventi educativi proponibili negli ambiti descritti sono limitati se applicati all'utente che si rivolge alle strutture di AT, in quanto abbiamo visto che una fetta di utenti che accedono impropriamente al PS lo fanno senza prima consultare il proprio MMG.

Una strategia potrebbe dunque essere l'applicazione di un intervento educativo al momento del Triage infermieristico in PS: l'infermiere per adattarsi ai diversi modelli o stili di apprendimento degli utenti, tutti differenti tra loro, al momento del Triage potrebbe applicare delle rapide tecniche di apprendimento sia visive che uditive (51). Le tecniche uditive si potrebbero applicare attraverso la spiegazione a voce delle diverse strutture sanitarie territoriali, delle loro funzioni e delle loro collocazioni sul territorio; mentre le tecniche visive si potrebbero attuare attraverso la consegna di dépliant o pieghevoli all'interno dei quali vengono illustrati i servizi di AT, gli orari di apertura al pubblico, i contatti e la posizione del servizio. Le tecniche uditive possono essere applicate anche attraverso l'uso di interventi informativo-educativi brevi che consistono, nel nostro caso, nel porre delle domande all'utente riguardanti l'accesso improprio e chiedere se ci sarebbe l'intenzione di rivolgersi al servizio più appropriato. Questo può facilitare il cambiamento nell'utente.

Una strategia educativo-informativa applicabile a coloro che, invece, cercano di accedere alle cure primarie prima di effettuare un accesso improprio potrebbe essere l'uso del telenursing e della telemedicina, sostenuta anche dal PNRR. I dati provenienti dalla letteratura scientifica suggeriscono che gli interventi di telemedicina sono generalmente efficaci almeno quanto le cure tradizionali. Le analisi dei costi variano, ma è sempre più dimostrato che la telemedicina nelle cure primarie è conveniente (52). Inoltre, dato che l'utente non-urgente è, per di più, un giovane adulto, alcune delle barriere legate all'accessibilità e alle skills utili per il suo utilizzo potrebbero essere ridotte. Molti potrebbero essere i potenziali benefici della telemedicina, tra cui: un migliore accesso alle informazioni; prestazione di cure non precedentemente erogabili; un migliore accesso ai servizi e una maggiore erogazione delle cure; una migliore formazione professionale; la riduzione dei costi sanitari; riduzione dei disagi nell'accesso ai servizi specialistici (53, 54).

4.2 Limiti dello studio

Il seguente elaborato e i risultati da esso ottenuti sono intrinsecamente limitati dalla natura stessa del problema che ci si propone di analizzare: i servizi sanitari assumono caratteristiche e regolamentazioni diverse a seconda del Paese analizzato; ne consegue che anche l'AT abbia forma e funzioni che differiscono da Paese a Paese, acuendo le difficoltà che si incontrano nel momento in cui ci si appresta a confrontarle tra di loro. Inoltre, alcuni servizi sul territorio non sono presenti in tutti i Paesi analizzati, altri svolgono funzioni sovrapponibili ma con organizzazione differente e altri ancora invece sono svolti da figure professionali diverse.

Altro limite è dato dall'esperienza e dalla longevità dell'AT all'interno del Paese. La maturazione di un'esperienza nell'ambito del territorio differenzia le politiche all'interno dei singoli stati ponendo su piani diversi i risultati ottenuti dai singoli studi: uno stato con una lunga tradizione nell'ambito della cura territoriale spesso ha già affrontato un percorso di progressivi miglioramenti, che mancano a uno stato con AT giovane, e che potrebbero inficiare la comparabilità degli studi.

Un altro punto limite riguarda i materiali e i metodi utilizzati nei diversi articoli analizzati: differenti sono i metodi di campionamento delle unità statistiche come allo

stesso modo sono differenti i metodi e i programmi utilizzati per l'analisi dei dati che potrebbero quindi essere difficilmente sovrapponibili.
Negli studi che si proponevano di portare risultati estratti da indagini, questionari o interviste le domande poste alle unità statistiche sono risultate essere diverse, il che potrebbe influenzare i risultati finali. Anche i raggruppamenti eseguiti per macro-argomenti in base alla qualità delle risposte ottenute sono risultati differenti tra le diverse ricerche.
In alcuni casi, inoltre, l'analisi statistica è stata effettuata su tutta la popolazione eleggibile in un determinato territorio, mentre in altri studi la popolazione è stata selezionata tra gli utenti presenti nelle sale d'attesa dei PS.
Un altro limite si è venuto a creare durante la decisione dei criteri di inclusione ed esclusione per la ricerca degli articoli: la ricerca di materiale in lingua inglese potrebbe aver prodotto degli articoli che, una volta tradotti in italiano, avrebbero usato una terminologia non completamente sovrapponibile a quella originale inglese. Inoltre la ricerca di solo materiale presente nelle banche dati in full text potrebbe aver escluso altri articoli o altro materiale che avrebbe potuto aggiungere risultati significativi e interessanti al presente elaborato.
La letteratura italiana reperita risulta essere scarsa: questo limite viene risolto parzialmente nel momento in cui si amplia la forbice temporale per la ricerca degli articoli a discapito, però, dell'ammodernamento dei risultati.

4.3 Conclusioni

Gli accessi impropri in PS rappresentano un problema diffuso, non solo a livello italiano, ma bensì a livello internazionale. Le motivazioni che spingono all'accesso improprio sono collegate ai limiti delle strutture sul territorio, sono collegate a un deficit di conoscenze ed informazioni riguardanti l'AT presente e sono correlate a una sopravvalutazione dell'urgenza percepita. Il beneficio di un intervento di tipo educativo per l'utente si rifletterebbe su un miglioramento della soddisfazione dell'utente stesso e, inoltre, il suo indirizzamento all'interno del percorso sociosanitario più appropriato favorirebbe la presa in carico del problema assistenziale con una logica legata alla vicinanza e alla continuità di cura sul territorio. I PS, in

questo modo, ridurrebbero il numero di accessi impropri reindirizzando le risorse verso gli interventi di emergenza-urgenza.

Il professionista sanitario più coinvolto all'interno di questo cambiamento è individuabile nella figura dell'infermiere di Triage che, essendo a contatto diretto con l'utente che effettua in prima persona l'accesso non urgente, sarebbe il soggetto con la maggiore opportunità di educare e fornire informazioni ad un target di soggetti individuati come idonei all'intervento.

Nonostante la sua importanza l'intervento educativo non sarebbe sempre applicabile all'interno della pratica quotidiana in quanto ci si deve confrontare con la mutabilità imprevedibile delle contingenze che accadono all'interno di un'Unità ospedaliera di emergenza come il PS.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1.Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia autonoma di Trento. Pronto Soccorso [Internet]. 2020 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.apss.tn.it/Argomenti/Pronto-Soccorso

2.Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, Decreto del Presidente della Repubblica n.76 [Internet], 27 marzo 1992 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022] (Italia). Disponibile all'indirizzo: https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=13233

3.Ministero della Salute. Pronto Soccorso e DEA [Internet]. [ultima consultazione: 22 ottobre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto

4.Sistema di Emergenza Urgenza, Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 Ministero della Salute n.1/1996 [Internet], 17 maggio 1996 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022] (Italia). Disponibile all'indirizzo: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-05-17&atto.codiceRedazionale=096°2986&elenco30giorni=false

5.Piano per il miglioramento del sistema di emergenza/urgenza, Bozza di Discussione della Commissione Consultiva del Ministero della Salute [Internet], 14 giugno 2005 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022] (Italia). Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_856_allegato.pdf

6.Bissoni G, Moirano F. Editoriale. I Quaderni di Monitor: elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Maggio 2013;32(II supplemento):5-8. Disponibile

all'indirizzo:
https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/13_ASSISTENZA_H24.pdf

7.La Costituzione – Articolo 32 | Senato della Repubblica [Internet]. [ultima consultazione: 22 ottobre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32

8.Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, Documento allegato della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del Ministero della Salute all'Atto n.143/CSR [Internet], 1 agosto 2019 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022] (Italia). Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf

9.Indirizzi tecnico-operativi per il triage di pronto soccorso, AllegatoA alla Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n.1888 [Internet], 23 dicembre 2015 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022] (Italia). Disponibile all'indirizzo: http://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=314229

10.Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Atto della Repubblica della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del Ministero della Salute n.143/CSR [Internet], 1 agosto 2019 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022] (Italia). Disponibile all'indirizzo: https://www.statoregioni.it/media/1953/p-01-csr-atto-rep-n-143-01-agosto2019.pdf

11.Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. Public Health. Luglio 2003;117(4):250–5.

12.Bonetti M, Melani C. Il ruolo degli accessi impropri in pronto soccorso nella provincia autonoma di Bolzano. BEN [Internet]. Aprile 2019 [ultima consultazione:

22 ottobre 2022]; Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/ben/2019/aprile/accessi-impropri-ps-bolzano

13.Di Tommaso F, Falasca P, Calderone B, Nicoli MA, Berardo A, Rossi A. Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non appropriato del pronto soccorso nella Ausl di Ravenna nel 2008. BEN [Internet]. 2008 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/ben/2010/febbraio/2

14.Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. BMJ Qual Saf. Luglio 2011;20(7):564–9.

15.Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Portale Covid-19 Report analisi accessi Pronto Soccorso [Internet]. [ultima consultazione: 22 ottobre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fhistoryps

16.Jimenez MLC, Manzanera R, Carascal MB, Figueras MD, Wong JQ, Moya D, et al. Factors affecting the non-urgent consultations in the emergency department of a tertiary hospital in the Philippines: A cross-sectional study. Emerg Med Australas. Aprile 2021;33(2):349–56.

17.El-Masri M, Bornais J, Omar A, Crawley J. Predictors of Nonurgent Emergency Visits at a Midsize Community-Based Hospital System: Secondary Analysis of Administrative Health Care Data. J Emerg Nurs. Luglio 2020;46(4):478–87.

18.Bahadori M, Mousavi SM, Teymourzadeh E, Ravangard R. Emergency department visits for non-urgent conditions in Iran: a cross-sectional study. BMJ Open. 9 ottobre 2019;9(10):e030927.

19.Galanis P, Siskou O, Charalambous G, Konstantakopoulou O, Liarigkovinou A, Karagkouni I, et al. Inappropriate Use of Public Hospitals Emergency Departments in Greece: Magnitude and Associated Factors. Stud Health Technol Inform. 4 luglio 2019;262:224–7.

20.Morris T, Mason SM, Moulton C, O'Keeffe C. Calculating the proportion of avoidable attendances at UK emergency departments: analysis of the Royal College of Emergency Medicine's Sentinel Site Survey data. Emerg Med J. Febbraio 2018;35(2):114–9.

21.Osservatorio Nazionale sulla salute delle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2021. Roma: COM Edizioni; 2022. 669.

22.Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Next Generation EU progetto di rilancio economico dedicato agli stati membri [Internet], 13 luglio 2021 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022] (Italia). Disponibile all'indirizzo: https://italiadomani.gov.it/it/home.html

23.Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, Decreto del Ministero della Salute n.739 [Internet], 14 settembre 1994 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022] (Italia). Disponibile all'indirizzo: https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/DM-739-94.pdf

24.Lupo R, De Mitri O, Merola D, Calabro A, Landolfo M, Rango A, Maggio E. L'accesso improprio in Pronto Soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale. ITJEM. 26 ottobre 2018;7(3):1–8.

25.Almulhim N, Almulhim F, Al Gharash A, Alghannam Z, Al-Ghamdi RS, Alghamdi MH, et al. Preference for Visiting Emergency Department Over Primary Health Care Center Among Population in Saudi Arabia. Cureus. Dicembre 2021;13(12):e20073.

26.Reinhold AK, Greiner F, Schirrmeister W, Walcher F, Erdmann B. [Even low-acuity patients prefer hospital-based emergency care : A survey of non-urgent patients in an emergency department with unique regional position]. Med Klin Intensivmed Notfmed. Settembre 2021;116(6):511–21.

27.Al-Otmy SS, Abduljabbar AZ, Al-Raddadi RM, Farahat F. Factors associated with non-urgent visits to the emergency department in a tertiary care centre, western Saudi Arabia: cross-sectional study. BMJ Open. 6 ottobre 2020;10(10):e035951.

28.Idil H, Kilic TY, Toker İ, Dura Turan K, Yesilaras M. Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics. Turk J Emerg Med. Giugno 2018;18(2):71–4.

29.Matifary CR, Wachira B, Nyanja N, Kathomi C. Reasons for patients with non-urgent conditions attending the emergency department in Kenya: A qualitative study. Afr J Emerg Med. Marzo 2021;11(1):113–7.

30.Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. Acad Emerg Med. Settembre 2017;24(9):1137–49.

31.Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y, et al. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. BMJ Qual Saf. Giugno 2020;29(6):449–64.

32.Unwin M, Kinsman L, Rigby S. Why are we waiting? Patients' perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. Int Emerg Nurs. Novembre 2016;29:3–8.

33.Bahadori M, Mousavi SM, Teymourzadeh E, Ravangard R. Non-urgent visits to emergency departments: a qualitative study in Iran exploring causes, consequences and solutions. BMJ Open. 12 febbraio 2020;10(2):e028257.

34.Goodridge D, Stempien J. Understanding why older adults choose to seek non-urgent care in the emergency department: the patient's perspective. CJEM. Marzo 2019;21(2):243–8.

35.Unwin M, Crisp E, Stankovich J, McCann D, Kinsman L. Socioeconomic disadvantage as a driver of non-urgent emergency department presentations: A retrospective data analysis. PloS One. 2020;15(4):e0231429.

36.Keizer Beache S, Guell C. Non-urgent accident and emergency department use as a socially shared custom: a qualitative study. Emerg Med J. gennaio 2016;33(1):47–51.

37.Bornais JAK, Crawley J, El-Masri MM. One Stop: Examining the Reasons Patients Use the Emergency Department for Nonurgent Care and the Barriers They Face. J Emerg Nurs. Marzo 2020;46(2):163–70.

38.O'Keeffe C, Mason S, Jacques R, Nicholl J. Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): A retrospective analysis of routine ED data. PloS One. 2018;13(2):e0192855.

39.Williams CA, Haffizulla F. Factors Associated With Avoidable Emergency Department Visits in Broward County, Florida. Cureus. Giugno 2021;13(6):e15593.

40.Foster H, Moffat KR, Burns N, Gannon M, Macdonald S, O'Donnell CA. What do we know about demand, use and outcomes in primary care out-of-hours services? A systematic scoping review of international literature. BMJ Open. 19 gennaio 2020;10(1):e033481.

41.Botelho A, Dias IC, Fernandes T, Pinto LMC, Teixeira J, Valente M, et al. Overestimation of health urgency as a cause for emergency services inappropriate use: Insights from an exploratory economics experiment in Portugal. Health Soc Care Community. Luglio 2019;27(4):1031–41.

42.Andrews H, Kass L. Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. Intern Emerg Med. Settembre 2018;13(6):893–900.

43.Johansen ME, Niforatos JD. Decreasing Use of Primary Care: A Repeated Cross-Sectional Study of MEPS 2007-2017. Ann Fam Med. Febbraio 2021;19(1):41–3.

44.Unwin M, Crisp E, Rigby S, Kinsman L. Investigating the referral of patients with non-urgent conditions to a regional Australian emergency department: a study protocol. BMC Health Serv Res. 20 agosto 2018;18(1):647.

45.Ministero della Salute. Il nuovo modello di assistenza territoriale in un'ottica One Health [Internet]. [ultima consultazione: 22 ottobre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5828&area=PNRR-Salute&menu=comecambiassn

46.Ministero della Salute. Riforma dell'assistenza territoriale [Internet]. [ultima consultazione: 22 ottobre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5898&area=PNRR-Salute&menu=riforme

47.Almeida A, Vales J. The impact of primary health care reform on hospital emergency department overcrowding: Evidence from the Portuguese reform. Int J Health Plann Manage. Gennaio 2020;35(1):368–77.

48.Hong M, Thind A, Zaric GS, Sarma S. The impact of improved access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization: A systematic review. Health Policy. 8gosto 2020;124(8):812–8.

49.Krämer J, Schreyögg J. Substituting emergency services: primary care vs. hospital care. Health Policy. Novembre 2019;123(11):1053–60.

50.Lippi Bruni M, Mammi I, Ugolini C. Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency services? J Health Econ. Dicembre 2016;50:144–55.

51.Beagley L. Educating patients: understanding barriers, learning styles, and teaching techniques. J Perianesth Nurs. ottobre 2011;26(5):331–7.

52.Bashshur RL, Howell JD, Krupinski EA, Harms KM, Bashshur N, Doarn CR. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. Telemed J E Health. maggio 2016;22(5):342–75.

53.Moffatt JJ, Eley DS. The reported benefits of telehealth for rural Australians. Aust Health Rev. agosto 2010;34(3):276–81.

54.Hjelm NM. Benefits and drawbacks of telemedicine. J Telemed Telecare. 2005;11(2):60–70.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

RICERCHE PER KEYWORDS
1) emergency department, emergency services, hospital and primary health care, primary care and non urgent not pediatric
2) descriptive qualitative research and emergency departments and non urgent care
3) emergency department, hospital and family physician and non urgent, nonurgent visits, non urgent visits not pediatric not paediatric
RICERCHE PER MeSh-MAJR-Title
1) ((((primary care[Title]) AND (use[Title])) AND (hours[Title])) NOT (pediatric)) NOT (cancer)
2) (((((((("Health Services Research"[MeSH]) AND "Primary Health Care/statistics and numerical data"[MAJR]) AND "Continuity of Patient Care"[MAJR]) AND (primary care[Title])) NOT (pediatric))) NOT (paediatric)) NOT (readmission[Title])) NOT (neonatal)
3) ((("Health Services Needs and Demand"[MeSH]) AND (why[Title])) AND (emergency[Title])) AND (urgent[Title])
4) (((((((("Emergency Service, Hospital/statistics and numerical data"[MAJR]) AND "Health Services Misuse/statistics and numerical data"[MAJR]) AND "Female"[MeSH]) AND "Male"[MeSH]) AND "Middle Aged"[MeSH]) AND "Humans"[MeSH]) NOT (pediatric)) NOT (paediatric)) NOT (child)) NOT (infant)
5) ((((("Emergency Service, Hospital/statistics and numerical data"[MAJR]) AND "Health Services Misuse/prevention and control"[MeSH]) AND "Health Services Misuse/statistics and numerical data"[MeSH]) AND "Humans"[MeSH])
6) (("Emergency Service, Hospital/economics"[MeSH]) AND "Emergency Service, Hospital/statistics and numerical data"[MAJR]) AND "Health Services Needs and Demand/trends"[MeSH]
7) (((((("Educational Status"[MeSH]) AND "Emergency Service, Hospital/organization and administration"[MeSH]) AND "Emergency

	Service, Hospital/statistics and numerical data"[MeSH]) AND "Patients/psychology"[MAJR]) AND "Patients/statistics and numerical data"[MeSH]) AND "Patient Acuity"[MAJR]

ALLEGATO 2

SCHEDATURA DEGLI STUDI SELEZIONATI				
Titolo/autore/ anno	**Tipo di studio**	**Campione**	**Obiettivo**	**Risultati principali**
Factors affecting the non-urgent consultations in the emergency department of a tertiary hospital in the Philippines: A cross-sectional study Jimenez MLC et al. 2021	Studio trasversale	757 unità statistiche	Determinazione dei fattori associati a consultazioni non urgenti in PS	Pazienti non urgenti sono spesso giovani adulti e i fattori sono di tipo sociodemografico, socioeconomico e psicosociale. Hanno moderata urgenza autopercepita.
Predictors of Nonurgent Emergency Visits at a Midsize Community-Based Hospital System: Secondary	Analisi retrospettiva di dati di routine	Tutti gli accessi al PS di 2 ospedali canadesi per un periodo di 12 mesi	Esplorare i fattori indipendenti associati alle visite non urgenti al PS	I fattori sono: reindirizzamento del primary care provider; giovane età, ora del giorno, vicinanza geografica alla struttura, presentazione del problema

Analysis of Administrative Health Care Data El-Masri M et al. 2020				
Emergency department visits for non-urgent conditions in Iran: a cross-sectional study Bahadori M et al. 2019	Studio trasversale	Tutti i pazienti che hanno visitato l'ospedale durante 2 settimane di studio (1884)	Determinare la percentuale di visite non urgenti, esplorarne le cause e cercare un'associazione tra visita e caratteristiche del paziente	Gli accessi non urgenti sono il 64,6%. I pazienti sono spesso giovani e con sintomi ricorrenti. Molti cercano cure a u prezzo inferiore
L'accesso improprio in Pronto Soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale Lupo R et al. 2018	Studio osservazionale trasversale monocentrico	530 unità statistiche	Individuare le cause del sovraffollamento e le motivazioni di accesso improprio in PS	Più della metà del campione non consulta il proprio MMG prima di recarsi al PS, una parte non conosce gli orari di apertura dell'AT e considera il PS come unico luogo idoneo alle proprie cure

Preference for Visiting Emergency Department Over Primary Health Care Center Among Population in Saudi Arabia Almulhim N et al. 2021	Studio descrittivo trasversale	915 unità statistiche	Determinare i fattori che influenzano la decisione di visitare il PS invece dell'At per problemi non urgenti e comprendere il livello di conoscenze tra i partecipanti	Le ragioni emerse: cure mediche veloci, facile accesso, non diponibilità di appuntamento nell'AT e mancanza di indagini complete, non disponibilità di provider
Even low-acuity patients prefer hospital-based emergency care: A survey of non-urgent patients in an emergency department with unique regional position Reinhold AK et al. 2021	Survey anonima con analisi descrittiva	729 questionari valutabili	Esaminare i motivi dell'uso e i comportamenti d'uso dei pazienti non urgenti al PS	Motivazioni: ricevere cure migliori in PS, consideravano mediamente la loro condizione da trattare con emergenza

Factors associated with non-urgent visits to the emergency department in a tertiary care center, western Saudi Arabia: cross-sectional study Al-Otmy SS et al. 2020	Studio trasversale	400 unità statistiche	Esplorare magnitudo e fattori associate alle visite non urgenti al PS	¾ casi erano casi non pericolosi per la vita; le ragioni per l'accesso: percezione che la condizione fosse urgente, facile accesso, risorse limitate presso la primary care
Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics Idil H et al. 2018	Studio descrittivo con questionario	624 unità statistiche	Identificare le caratteristiche dei pazienti e le ragioni per cui preferiscono il PS	Spesso pazienti cronici. Motivazioni: esame fisico veloce, impossibilità di prenotare tempestivamente un appuntamento nell'AT, prossimità.
Reason for patient with non-urgent conditions	Studio qualitativo descrittivo	24 unità statistiche	Determinare perché i pazienti visitano il PS	Motivazioni: pregresse esperienze positive al PS,

attending the emergency department in Kenya: a qualitative study Matifary CR et al. 2021	con interviste		per cure non urgenti	percezione di avere un servizio migliore, chiusura dei servizi AT dopo l'orario di ufficio
Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis Coster JE et al. 2017	Revisione sistematica della letteratura	38 studi	Identificazione dei fattori alla base delle decisioni dei pazienti nell'accesso alle cure urgenti e di emergenza	Motivazioni rilevate: urgenza percepita, ansia, difficoltà di accesso alle cure primarie, opinioni di terzi, vicinanza e comodità
Factors associated with inappropriate use of	Studio trasversale con survey	29407 unità statistiche	Esplorare i determinanti socioeconomici e geografici dell'uso	Tra il 13,5% e il 27,4% delle visite sono state considerate inappropriate.

emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France Naouri D et al. 2020			inappropriato del PS	L'uso inappropriato è associato a vulnerabilità socioeconomica, ma non a caratteristiche geografiche
Why are we waiting? Patients' perspective for accessing emergency department services with non-urgent complaint Unwin M et al. 2016	Studio descrittivo trasversale condotto con survey	2987 unità statistiche	Identificare i fattori che contribuiscono al processo di decision making che portano l'utente non urgente ad accedere al PS	Motivazioni influenti: convenienza, bisogno auto-percepito, rinvio di un professionista sanitario. Elevata incidenza di pazienti con età inferiore ai 25 anni
Non-urgent visits to emergency departments: a qualitative study in Iran exploring causes,	Studio qualitativo descrittivo condotto con interviste e analisi qualitativa dei contenuti	11 professionisti sanitari	Esplorare cause e conseguenze delle visite non urgenti ai PS e suggerire delle soluzioni	Cause: migliori servizi al PS, offerta di servizi bassa, domanda da parte dell'utenza alta. Conseguenze: negative su

consequences and solutions Bahadori M et al. 2020				pazienti, operatori e sistema sanitario. Soluzioni: piani normativi, di sensibilizzazione e riforme
Understanding why older adults choose to seek non-urgent care in the emergency department: the patients' perspective Goodridge D et Stempien J 2019	Studio qualitativo condotto attraverso interviste semi-strutturate	115 unità statistiche	Esplorare la comprensione, le aspettative e le ragioni auto-riferite per cercare cure e trattamenti in PS	Risultati: la maggioranza ha deciso di accedere indipendentemente; 1/3 è stato indirizzato dal MMG; completezza e convenienza dei servizi diagnostici e terapeutici
Socioeconomic disadvantage as a driver of non-urgent emergency department presentations: A retrospective study	Analisi retrospettiva di dati di routine	Tutti i dati ottenuti in un periodo di 7 anni (2009-2016) rispetto a dati di censimento dell'Australian Bureau of Statistics	Identificare chi, quando e perché ha avuto accesso al PS con condizioni non urgenti	54,1% di tutte le presentazioni sono non urgenti. Molte cause sono dovute a svantaggi socioeconomici. Molte presentazioni sono di soggetti con età inferiore ai 25 anni

Unwin M et al. 2020				
Non-urgent accident and emergency department use as a socially shared custom: a qualitative study Keizer Beache S et Guell C 2016	Studio qualitativo con interviste semistrutturate	12 unità statistiche	Esplorare gli atteggiamenti dei pazienti non urgenti presso SVG per comprendere come e perché decidono ci cercare cure di emergenza invece che cure primarie	Gli intervistati decidono in autonomia di consultare il PS perché usanza condivisa. Rinvio dei casi non urgenti al PS. Convenienza dell'accesso.
One Stop: Examining the Reason Patients Use the Emergency Department for Nonurgent Care and the Barriers They Face Bornais AKJ et al. 2020	Studio qualitativo descrittivo condotto attraverso interviste face-to-face	33 unità statistiche	Esplorare quali sono le ragioni dell'accesso non urgente e quali sono le barriere sperimentate dal paziente nella ricerca di cure	Motivazioni: rinvio del curante, efficacia delle cure e risparmio di tempo. Barriere: mancanza di servizi di primary care, difficoltà economiche e mancanza di cure onnicomprensive fuori dal PS

Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): A retrospective analysis of routine ED data O'Keeffe C et al. 2018	Analisi retrospettiva di dati di routine	554564 accessi non urgenti	Definire, misurare e profilare l'utente non urgente al PS che fosse adatto per la gestione non emergente	Gli utenti giovani sono più inclini all'uso inappropriato e fuori dagli orari di ufficio. Sono più inclini all'attesa.
Factors Associated With Avoidable Emergency Department Visits in Broward County, Florida Williams CA et Haffizulla F 2021	Analisi retrospettiva di dati di routine	264470 unità statistiche	Determinare l'impatto che etnia, genere, metodi di pagamento hanno sugli accessi impropri in PS	Pazienti con livello socioeconomico inferiore hanno tassi medi maggiori di visite non urgenti in PS curabili attraverso primary care
What do we know about demand, use and outcomes in primary	Revisione sistematica della letteratura	105 studi	Sintetizzare le evidenze internazionali per domanda, uso e risultati	Nei servizi fuori orario di ufficio la domanda di prestazioni aumenta la sera e

care out-of-hours services? A systematic scoping review of international literature Foster H et al. 2020	internazionale		dell'assistenza primaria fuori orario di ufficio	il weekend. I soggetti contattano l'AT quando percepiscono problemi per loro urgenti. Può ridurre la domanda in PS
Overestimation of health urgency as a cause for emergency services inappropriate use: Insights from an exploratory economics experiment in Portugal Botelho A et al. 2019	Studio sperimentale di tipo economico esplorativo	55 unità statistiche	Determinare se la potenziale informazione dei pazienti riguardo il corretto grado di severità di una patologia può correggere l'inefficienza di accessi impropri dovuti a sovrastima dell'urgenza	Esiste un una sovrastima del grado di severità e quando confrontato con il grado reale la metà del campione decide di rivolgersi ad un altro servizio
Non-urgent use of emergency departments: populations	Studio trasversale	117 unità statistiche	Chiarire quali pazienti all'interno della popolazione	Età media dei pazienti di circa 40 anni. Le motivazioni principali:

most likely to overestimate illness severity Andrews H et Kass L 2018			sono inclini ad attuare una sovrastima della severità del problema	impossibilità di accesso al MMG, convenienza, dichiarazione che la propria condizione fosse troppo urgente. Tutti i gruppi analizzati hanno avuto risultati più elevati di valutazione dell'urgenza rispetto al medico
Decreasing Use of Primary Care: A Repeated Cross-Sectional Study of MEPS 2007-2017 Johansen ME et Niforatos JD 2021	Studio trasversale ripetuto nel tempo condotto attraverso interviste ripetute	243919 unità statistiche	Descrivere la proporzione di pazienti in contatto con un primary care physician e il numero totale dei contatti in periodi di due anni ripetuti	Il numero dei contatti con un medico della primary care decresce tra gli individui. La decrescita è stata osservata in tutti i gruppi di età
Investigating the referral of patients with	Protocollo di studio attraverso:	---	Indentificare il bisogno di servizi dei	I pazienti esaminati hanno cercato in primis

non-urgent conditions to a regional Australian emergency department: a study protocol Unwin M et al. 2018	analisi retrospettiva di dati, interviste focus group e produzione di un indirizzo		pazienti con triage non urgente in PS	una soluzione sul territorio e avrebbero preferito avere un servizio pertinente nelle vicinanze. Molti utenti sono stati reindirizzati al PS da personale della primary care. È necessario informare correttamente.
The impact of primary health care reform on hospital emergency department overcrowding : Evidence from the Portuguese reform Almeida A et Vales J 2020	Analisi retrospettiva di dati di routine	117391 unità statistiche	Indagare se la riforma delle cure primarie è stata efficace nella riduzione degli accessi impropri in PS e quale modello di cura primaria è più efficace	La riforma sanitaria delle cure primarie è stata vincente nel ridurre l'uso improprio del PS
The impact of improved	Revisione sistematica	26 studi	Esaminare diverse	Un migliore accesso alle cure

access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization: A systematic review Hong M et al. 2020	della letteratura		iniziative proposte da diversi Paesi per ottimizzare e migliorare l'accesso fuori dall'orario di ufficio ai servizi	primarie fuori orario è stato associato a un maggiore utilizzo delle cure primarie. Potrebbe inoltr l'imitare l'uso del PS spostando le cure dei pazienti dal PS alle cure primarie
Substituting emergency services: primary care vs. hospital care Krämer J et Schreyögg J 2019	Studio longitudinale	5607 trattamenti ambulatoriali osservati dal 2010 al 2014 e 5891 osservazioni effettuate ogni anno tra il 2010 e il 2013 per i ricoveri ospedalieri	Indagare fino a che punto le visite ambulatoriali in PS e i ricoveri sono sostituti dei servizi di emergenza delle cure primarie	Esiste una sostituzione significativa tra cure primarie e visita ambulatoriale al PS. La più grande sostituzione avviene tra i pazienti giovani e se l'ospedale è facilmente accessibile
Does the extension of primary care practice opening	Analisi di dati di routine del PS e dei MMG,	Campione dei MMG che lavorano in gruppi che hanno	Indagare l'impatto che un aumento dell'accessibilità delle cure	L'aumento dell'accessibilità alle cure primarie agisce come inibitore dell'uso

hours reduce the use of emergency services? Lippi Bruni M et al. 2016	studio economico-politico con stima dei dati	registrato più di 300 pazienti ciascuno nel periodo 2008–2010. Il campione aggregato di accessi al PS comprende invece 1182168 accessi	primarie ha sulle visite di emergenza in Italia	inappropriato dei reparti di emergenza. Si stima una riduzione del 10-15% dei ricoveri inappropriati