



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

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

ULSS Regione Veneto

Studio pilota

Relatore: Dott. Luciano Liziero

Correlatore: Dott. Francesco Fiscon

Correlatore: Dott. Matteo Simioni

Laureando: Giulio Barina

Matricola n. 1226674

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Background. Una criticità che affligge gran parte delle strutture ospedaliere italiane è il sovraffollamento (*overcrowding*) del Pronto Soccorso. Gli utenti che accedono al Servizio variano per età, status sociale e percezione della salute a fronte di un problema o sintomo che richiede una risposta sanitaria. Si ritiene necessario approfondire tale fenomeno in una realtà di una provincia veneta.

Scopo. L'obiettivo di questa tesi è analizzare le motivazioni personali e quelle legate ai servizi che portano il paziente a ritenere opportuno il ricorso al Pronto Soccorso in relazione ai dati socio demografici e la percezione di salute dell'utenza.

Metodo. È stato condotto uno studio pilota mediante la somministrazione di un questionario validato (Simonetti, M.L. et al., 2011) adattandolo al contesto di indagine, a tutti coloro a cui è stato assegnato un codice colore bianco in fase di triage. Il campionamento si è svolto nell'arco di due settimane, dal 4 al 17 ottobre 2022, nei PS dei quattro ospedali di una provincia, ripartendo uniformemente tra i tre intervistatori sia la fascia oraria (due fasce: 10 – 18 e 18 – 24) sia l'assenza in uno dei quattro ospedali. In tutte le analisi dei dati è stato applicato il test del Chi-quadro o il test di Fisher per trovare un'associazione statisticamente significativa.

Risultati. Dall'indagine si sono registrati 792 questionari raccolti dai quattro presidi ospedalieri presi in analisi. Tra le associazioni statisticamente significative si può identificare un "paziente tipo". Tale profilo rispecchia un utente spaventato dal sintomo, con un bisogno di imminente risposta medica e una percezione della salute che tende a sopravvalutare il problema.

Conclusioni. La raccolta dati ha evidenziato come la buona parte delle componenti del questionario somministrato trovino un'associazione statistica con le motivazioni personali e legate ai servizi. Si identifica un paziente significativamente disinformato sui servizi erogati dal Pronto Soccorso e non del tutto consapevole delle offerte presenti nel territorio. Sulla base delle caratteristiche rilevate si cerca di individuare una figura, che in ambito territoriale, può rappresentare un punto di primo contatto e supporto per la popolazione.

Keywords: *Emergency department, Non urgent visits, Ambulance, Inappropriate use*

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: GLI ACCESSI IMPROPRI E IL SOVRAFFOLLAMENTO DEI SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO	5
1.1 Accesso in Pronto Soccorso e descrizione del <i>Triage</i>	5
1.1.1 Sistema di Emergenza-Urgenza sanitaria e accesso in Pronto Soccorso.....	5
1.1.2 <i>Triage</i> e assegnazione codice colore	6
1.1.3 Codice bianco	8
1.2 Sovraffollamento e accessi impropri in Pronto Soccorso.....	10
1.2.1 Il <i>crowding</i> nei servizi di Pronto Soccorso	10
1.2.2 Accesso improprio e appropriatezza delle cure	11
1.3 Le aree di studio (A, B, C).....	12
1.3.1 I servizi di Pronto Soccorso nel territorio	15
1.3.2 Medici e associazioni nel territorio.....	15
1.3.3 Il servizio di Guardia Medica nel territorio	19
1.3.4 Strutture private e accreditate nel territorio	19
CAPITOLO 2: LA RICERCA	23
2.1 Scopo e obiettivo dello studio	23
2.2 Materiali e metodi	23
<i>Disegno dello studio</i>	23
<i>Criteri di inclusione ed esclusione</i>	23
<i>Campionamento (Codici bianchi nei contesti ospedalieri)</i>	23
<i>Attività di raccolta dati e setting</i>	24
2.3 Descrizione dello strumento	26
2.4 Modalità di analisi dei dati	30

CAPITOLO 3: RISULTATI	33
3.1 Descrizione del campione: Analisi socio-demografica	33
3.2 Descrizione delle motivazioni dell'accesso in Pronto Soccorso	38
3.3 Descrizione della percezione sullo stato di salute	43
CAPITOLO 4: ANALISI E DISCUSSIONE DEI DATI RACCOLTI	49
4.1 Analisi dei dati bivariati in merito alle motivazioni personali di accesso in Pronto Soccorso.....	50
4.2 Analisi dei dati bivariati in merito alle motivazioni legate ai Servizi Sanitari per l'accesso in Pronto Soccorso	54
4.3 Raggruppamento dati dei pazienti non urgenti che accedono in Pronto Soccorso.....	55
4.4 Discussione dei dati e implicazioni per la pratica clinica.....	57
4.5 Conclusioni.....	61

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bibliografia

Sitografia

ALLEGATI

Allegato 1. Informativa e Questionario

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

Allegato 3. Selezione degli studi

INTRODUZIONE

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

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

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

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

L'elaborato è comprensivo del capitolo 1 di *background* all'interno del quale è stata presentata una descrizione del Pronto Soccorso e della gestione del *Triage*. Successivamente viene descritto il territorio nel quale viene eseguito lo studio. Nel capitolo 2 viene dichiarata la metodologia con la definizione degli obiettivi e la descrizione del questionario per ogni sua parte.

A seguire il capitolo 3 nel quale sono stati riportati i dati raccolti suddivisi per: area socio-demografica, sezione riguardanti le motivazioni dell'accesso in Pronto Soccorso e infine, la parte di percezione della salute. Nel capitolo 4 viene analizzata, in merito alle Motivazioni personali e le Motivazioni legate ai Servizi Sanitari, l'associazione statistica con i dati presenti nel questionario. Da questa rilevazione si cercherà di comprendere meglio il paziente non urgente che accede in Pronto Soccorso nell'area di zona studiata e si proporrà una figura infermieristica, quale l'Infermiere di Famiglia e Comunità, come soggetto attivo nel territorio capace di filtrare l'accesso al Pronto Soccorso per quei pazienti classificati come non urgenti.

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

1.1 Accesso in Pronto Soccorso e descrizione del *Triage*

1.1.1 Sistema di Emergenza-Urgenza sanitaria e accesso in Pronto Soccorso

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

“Il Sistema territoriale 118 e il Pronto Soccorso/Dipartimento di emergenza e accettazione (PS/DEA) sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria”. (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, 2013 p. 24). Il Pronto Soccorso è una struttura centrale che media i servizi a disposizione nel territorio e l'ospedale: secondo il DPR del 27 Marzo 1992, esso viene definito come la struttura ospedaliera specificamente deputata all'effettuazione dell'attività diagnostica e terapeutica per i pazienti che accedono all'ospedale in condizioni di emergenza o urgenza. Nello specifico il DPR delinea i servizi erogati dal Pronto Soccorso (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, ultima consultazione 18/09/2022). Tra questi servizi l'attività di accettazione riguarda i casi che si presentano:

1. come elettivi e programmati;
2. spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza;
3. in condizioni di urgenza differibile;
4. in condizioni di urgenza indifferibile;
5. in condizioni di emergenza.

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

Al reparto di Pronto Soccorso vi può accedere qualsiasi individuo in qualsiasi fascia oraria, in quanto aperto al pubblico 24h/24. In alcune città è disponibile il Pronto Soccorso Pediatrico a cui vi possono accedere soggetti che vanno dai primi giorni di vita alla pubertà, solitamente fino ai 16 anni.

Per accessi si intende il numero di visite complessive, che però non corrispondono per forza ai pazienti che hanno fatto ricorso alla medicina d'urgenza. Rastelli, Cavazza & Cervellin in uno studio condotto nel 2010 hanno evidenziato come negli "ultimi 8-10 anni si è visto un notevole incremento degli accessi in Pronto Soccorso medio annuale del 3-5%, scenario che si rileva in tutte le regioni italiane" (pag.27). Secondo i dati rilevati dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali nell'anno 2019 in Italia si sono registrati 21.117.300 accessi mentre nell'anno 2020 13.178.015 utenze annuali (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, data ultima consultazione 18/09/2022).

1.1.2 Triage e assegnazione codice colore

"Il *Triage*, termine che deriva dal francese *trier* (selezionare), è un processo decisionale dinamico che si rende necessario ogni qualvolta la numerosità dei soggetti da trattare contemporaneamente superi la capacità di risposta immediata da parte dell'*équipe* di soccorso; esso indica il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare un grado di priorità" (Chiaranda, 2016 pag.17).

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

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

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

Tabella 1.I - Linee di indirizzo nazionali sull'utilizzo del triage intraospedaliero (tratto da: Ministero della Salute, 2019)

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

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

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

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

1.1.3 Codice bianco

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

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

In uno studio effettuato presso il Pronto Soccorso di Lecce da marzo ad agosto del 2017, Lupo et al. (2017) hanno condotto un'analisi per determinare le cause del sovraffollamento nel reparto di emergenza-urgenza, dove si è deciso di somministrare un questionario validato all'utenza in ingresso al Pronto Soccorso. Lo scopo era indagare il motivo per il quale la popolazione ha deciso di rivolgersi al servizio, andando a studiare un campione oggetto di studio (n= 530), suddividendo tra le

motivazioni legate al medico di famiglia (figura 1.1) e le motivazioni legate ai servizi sanitari (figura 1.2).

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

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

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

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

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

In figura 1.2 si evidenziano le motivazioni legate ai servizi sanitari, sempre secondo Lupo et al, si evince come quasi la metà degli intervistati, il 47.5%, ritiene che accedendo in Pronto Soccorso si vadano a diminuire i tempi di attesa per eseguire un determinato trattamento o ricevere specifiche informazioni in merito alla condizione

di salute. Nonostante queste evidenze, nello studio non è presente una specifica correlazione tra motivazioni rilevate e assegnazione di un codice colore bianco e per questo, tale fenomeno necessita di un maggior approfondimento.

1.2 Sovraffollamento e accessi impropri in Pronto Soccorso

1.2.1 Il *crowding* nei servizi di Pronto Soccorso

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

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

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

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

Sempre secondo gli stessi autori (Rastelli et al., 2010) "Fra le cause dell'*overcrowding* vi sono il crescente sbilanciamento tra il numero di posti letto per 1000 abitanti, in costante riduzione, l'incremento tendenziale costante del numero di accessi ai PS, e la vera e propria rivoluzione demografica che sta cambiando il volto dei paesi occidentali" (p.25). Infatti, si calcola che dal 2000 al 2019 ci sia stata una riduzione del 32.52% dei posti letto disponibili passando dai 222'113 (2000) ai 149'874 (2019) per poi riscontrare un leggero aumento di posti letto nel 2020 che ci porta ad un totale di 189'420 con una perdita in percentuale del 14.72% rispetto al 2000 (Istat, *Annuario statistico per il SSN*, anni 2002, 2006, 2009, 2012, 2016, 2020).

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

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

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

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

Il fatto che meno del 17% degli accessi in Pronto Soccorso venga ricoverato pone un punto di riflessione sull'utilizzo adeguato dei servizi di Emergenza-Urgenza da parte dei cittadini.

1.2.2 Accesso improprio e appropriatezza delle cure

Secondo Bernstein (2006) l'uso inappropriato del Pronto Soccorso viene definito come la visita da parte di un soggetto con una condizione poco o per nulla urgente che sarebbe trattata in maniera più efficiente e meno costosa in uno studio medico o in un

altro *setting* clinico. Sempre secondo lo stesso autore, l'uso inappropriato del Pronto Soccorso è caratterizzato dalla presenza di persone in una scarsa condizione socioeconomica.

Il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza è ampiamente diffuso sia nel contesto internazionale, sia in quello italiano. La proporzione dei pazienti che si reca al Pronto Soccorso per problemi non urgenti è attestata tra le varie strutture tra il 9% ed il 54.1% negli USA, tra il 25.5 % ed il 60% in Canada, tra il 19.6% ed il 40.9% in Europa. Tale variabilità è presente anche in Italia, come documentato da un'analisi descrittiva delle strutture e dell'organizzazione dell'emergenza condotta nel 2010 dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza (SIMEU) che, a titolo esemplificativo, mostra una eterogeneità nella frequenza di codici bianchi relativi a un campione di 206 presidi ospedalieri con diversa configurazione organizzativa, che varia fino ad un massimo dell'80%, con valore medio nazionale di 24.18% (sud e isole 30.94%, centro 17.98%, nord 23.85%) (Bissoni & Moirano, 2013).

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

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

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

Di seguito verranno presentati alcuni fattori socio-sanitari delle aree A, B e C di una provincia veneta mettendoli in relazione con gli accessi in Pronto Soccorso della zona definita, al fine di comprendere al meglio le motivazioni che portano gli assistiti ad

usufruire dei servizi di emergenza anche per prestazioni non urgenti e erogabili anche a livello territoriale. Dal dato della popolazione totale sono stati calcolati, per ogni singolo comune, il tasso di popolazione anziana seguendo le linee guida dell'OMS che definisce i 65 anni come età di passaggio alla condizione di anziano, mentre le Nazioni Unite (*United Nation*, UN) collocano tale situazione di passaggio ai 60 anni, considerando la presenza anche di aree geografiche svantaggiate per bassa aspettativa di vita alla nascita (WHO, 2002).

Dall'Istat sono stati ricavati, per ogni area di studio, il numero di comuni, i Servizi di PS, il numero totale di abitanti ed in relazione a questo dato il numero di anziani per area, proponendo anche il dato in percentuale (tabella 1.III).

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

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

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

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

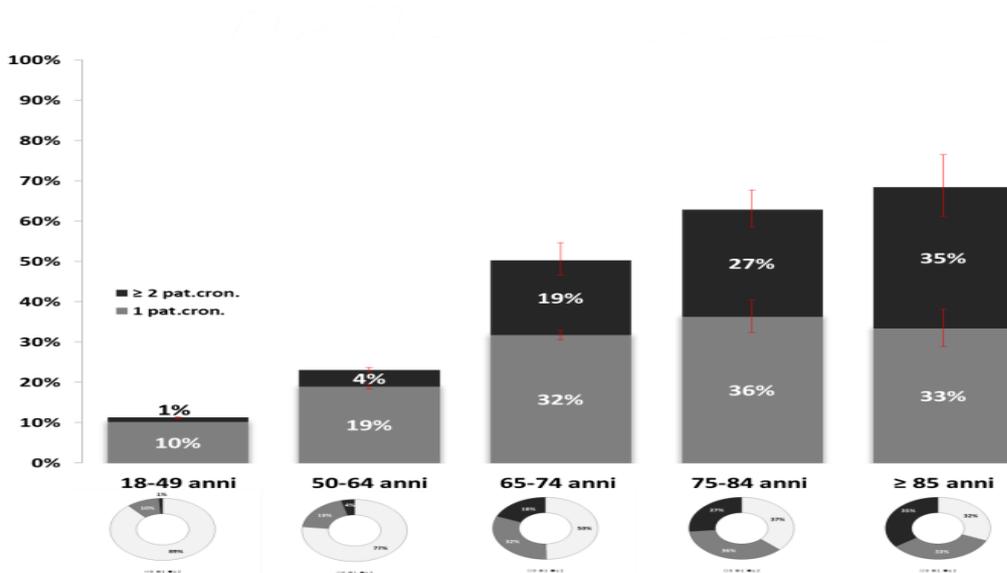


Figura 1.3 - Patologie croniche nel Veneto (tratto da: PASSI e PASSI d'Argento, 2020)

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

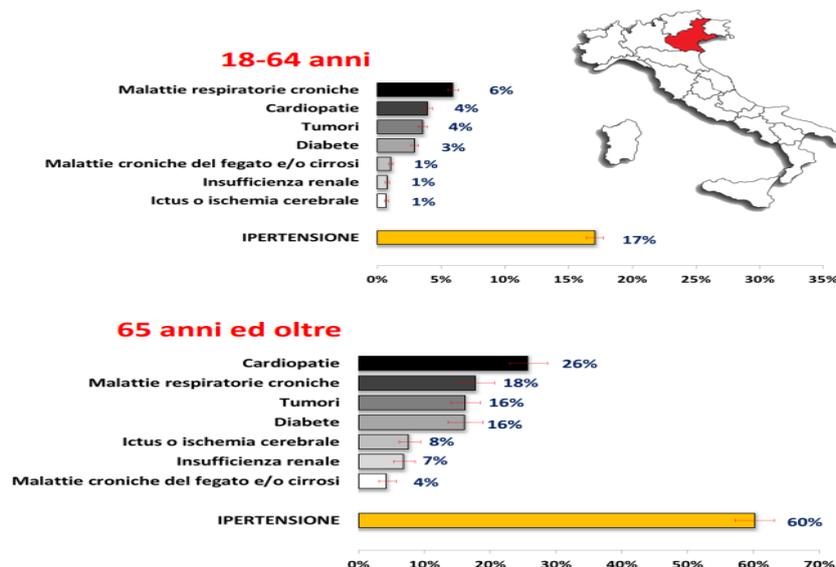


Figura 1.4 - Incidenza patologie croniche nel Veneto. (tratto da: Patologie croniche nella popolazione residente in Italia secondo i dati PASSI e PASSI d'Argento, 2020)

1.3.1 I servizi di Pronto Soccorso nel territorio

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

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

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

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

1.3.2 Medici e associazioni nel territorio

Tramite il sito Ulss di appartenenza, sono stati contati i medici totali presenti nel territorio di ogni area. Si è voluto specificare il numero di medici pediatri ed evidenziare quanti di questi medici esercitino la professione in più di un ambulatorio.

Infine, con il dato della popolazione si è ottenuto il rapporto tra abitanti e medico curante.

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

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

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

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

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

Per comprendere al meglio l'operato dei medici nelle tre aree di studio, si è ricercato se questi ultimi facessero parte di una qualche forma di associazione tra loro; tale dato

riflette la presenza o meno di una copertura più completa a disposizione dell'utenza. Di seguito, si riporta la tipologia di associazione e i medici che ne fanno parte, sottolineano quanti di questi operino singolarmente.

Per **Medicina di Gruppo** si intende la collaborazione di più medici in un'unica sede nella quale sono presenti più studi medici. Il paziente che accede al servizio ha il proprio medico di riferimento (Medico di famiglia) ma, nel caso esso non sia disponibile, l'assistito può rivolgersi alle cure di un altro medico presente in struttura. In questi ambulatori gli orari di apertura degli studi medici sono coordinati al fine di garantire una maggior disponibilità per l'accesso degli utenti.

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

La Medicina di Gruppo Integrata:

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

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

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

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

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

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

1.3.3 Il servizio di Guardia Medica nel territorio

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

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

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

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

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

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

1.3.4 Strutture private e accreditate nel territorio

Nelle tre Aree di studio sono state inoltre ricercate le strutture private accreditate che offrono dei servizi specifici alla popolazione. In totale sono 20 ed erogano prestazioni in ambito oculistico, ostetrico e ginecologico, neurologico, dermatologico, pneumologico, odontoiatrico e riabilitativo; inoltre, sono presenti strutture che offrono servizi di diagnostica per immagini e analisi di campioni di laboratorio. È bene far presente come alcune delle tipologie di servizi erogati non siano eterogenee tra le tre aree: nell'Area A sono presenti ambulatori oculistici ma mancano nell'Area B e C;

allo stesso modo un servizio offerto dall'Area B e C come l'ostetricia e la ginecologia, sia assente nell'Area A (tabella 1.VII).

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

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

1.3.5 Servizi agli anziani nel territorio

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

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

Le RSA invece accolgono soggetti non autosufficienti e in condizioni psicofisiche alterate, come persone affette da Alzheimer. A queste persone viene garantita una

assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e non viene a mancare il supporto psicologico.

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

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

CAPITOLO 2: LA RICERCA

2.1 Scopo e obiettivo dello studio

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

A tal proposito si vogliono analizzare le principali caratteristiche socio-demografiche, le motivazioni per le quali un cittadino si reca al Pronto Soccorso e la percezione di salute del paziente in ingresso al Servizio. Mediante la ricerca di un'associazione statistica tra questi dati si cerca di individuare un "paziente tipo" in ingresso al Servizio, andando a indagare, grazie a una ricerca della letteratura, le peculiarità e caratteristiche che lo contraddistinguono.

2.2 Materiali e metodi

Disegno dello studio

Studio pilota descrittivo.

Criteri di inclusione ed esclusione

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

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

Campionamento (Codici bianchi nei contesti ospedalieri)

Il campionamento si è svolto nell'arco di due settimane, dal 4 al 17 ottobre 2022, nei PS dei quattro ospedali della provincia, ripartendo uniformemente tra i tre intervistatori sia la fascia oraria (due fasce: 10 – 18 e 18 – 24) sia l'assenza di uno dei quattro ospedali. In allegato 2 si mostra la griglia turni seguita degli intervistatori. Il

questionario è stato somministrato in appositi spazi concordati con il personale delle rispettive U.O. di Pronto Soccorso.

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

Attività di raccolta dati e setting

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

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

Le tre aree indagate attraverso il questionario sono:

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

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

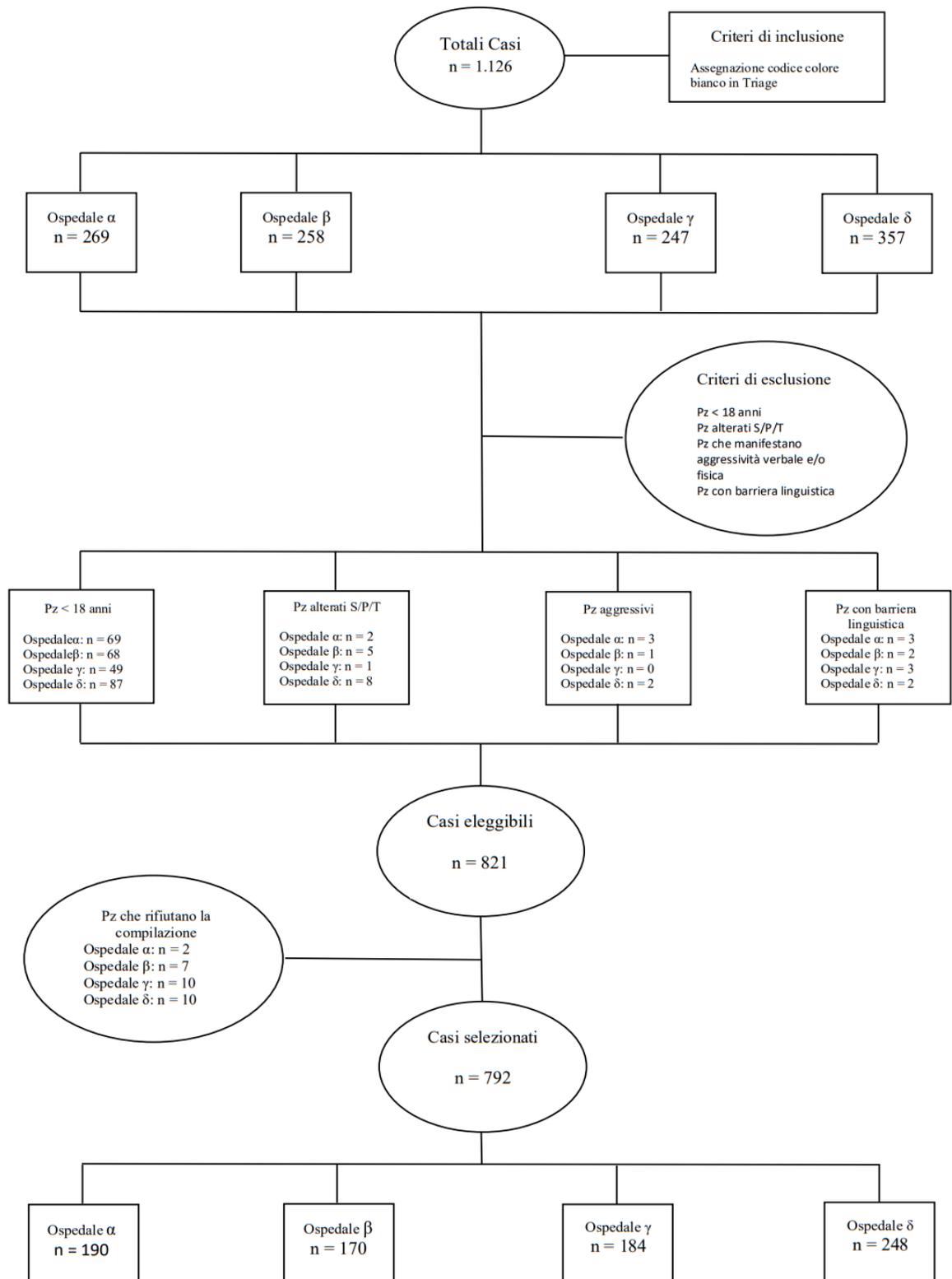


Figura 2.1 - Flow Chart

2.3 Descrizione dello strumento

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

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

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

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

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

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

- Orario di arrivo;
- Orario di compilazione;
- Modalità di arrivo;
- Tipologia di fast-track;
- L'esecuzione di controlli clinici negli ultimi 12 mesi;
- Un pregresso accesso in Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi;
- Presa in cura da parte del medico di Medicina Generale;

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

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

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

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

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

al MMG o al Servizio di Guardia Medica e ne derivi un discriminante significativo nelle scelte della popolazione nel rivolgersi a tale struttura.

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

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

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

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

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

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

- Da quanto tempo persiste il problema?
- Come va in generale la salute?

- Nell'ultimo mese per quanti giorni non si è sentito bene a livello di salute fisica?
- Nell'ultimo mese per quanti giorni non si è sentito bene a livello di salute mentale (problemi emotivi, ansia, angoscia, stress)?
- Nell'ultimo mese per quanti giorni non si è sentito bene a livello di attività abituali?
- Soffre di malattie croniche?
- Prende farmaci per le malattie croniche?

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

L'intervistatore deve inoltre completare il questionario inserendo:

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

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

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

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

2.4 Modalità di analisi dei dati

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

Analisi univariata

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

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

Analisi bivariata

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

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

CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1 Descrizione del campione: Analisi socio-demografica

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

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

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

Nella tabella 3.II e nella figura 3.1 sono stati raggruppati i dati di età e sesso; in figura 1 si sottolinea come la distribuzione del sesso fra i quattro campioni rilevati sia omogenea in rapporto all'età. L'andamento dell'età tra le donne risulta più costante rispetto agli uomini che presentano una frequenza lievemente maggiore nell'età compresa tra 40 e 60 anni.

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

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

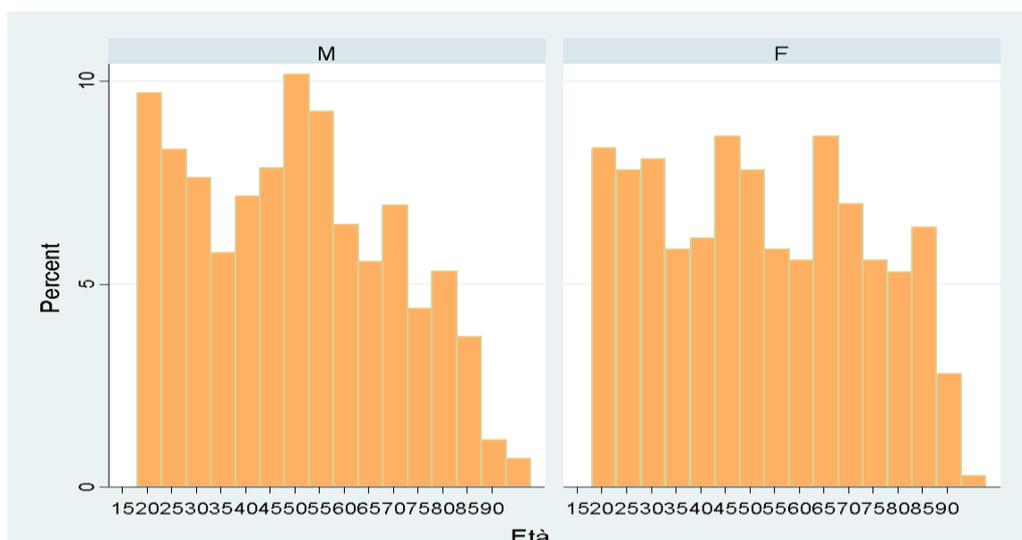


Figura 3.1 - Grafico della distribuzione del campione per età e sesso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'ultima voce della sezione A chiede di indicare la distanza dal domicilio del paziente all'ospedale in cui si è recato (tabella 3.VIII). Come opzioni i pazienti hanno potuto scegliere tra tre range di distanza: quella con maggior frequenza è stata da 6 a 35 km con n = 550 (69.44%).

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

Distanza casa-ospedale	Ospedali								Totale	
	α		β		γ		δ			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Meno di 5 km	62	32,63	35	20,59	68	36,96	53	21,37	218	27,53
Da 6 a 35 km	127	66,84	129	75,88	112	60,87	182	73,39	550	69,44
Più di 35 km	1	0,53	6	3,53	4	2,17	13	5,24	24	3,03
Totale	190	100.00	170	100.00	184	100.00	248	100.00	792	100

3.2 Descrizione delle motivazioni dell'accesso in Pronto Soccorso

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

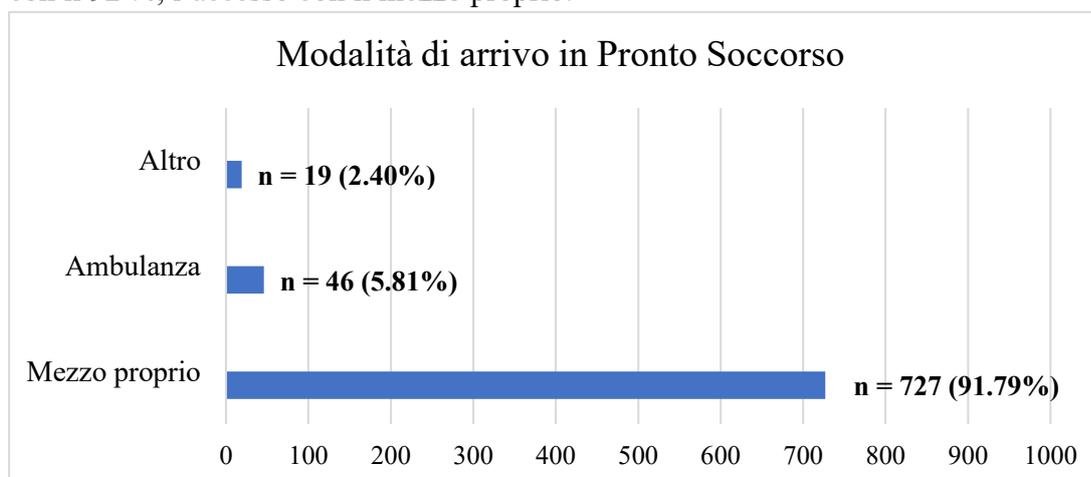


Figura 3.2 - Modalità con il quale il paziente si reca in Pronto Soccorso

Successivamente si vuole verificare se, negli ultimi 12 mesi, i pazienti presi in esame hanno effettuato controlli clinici come visite specialistiche, esami strumentali e di laboratorio o follow up annuali (figura 3.3); si è registrato che:

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

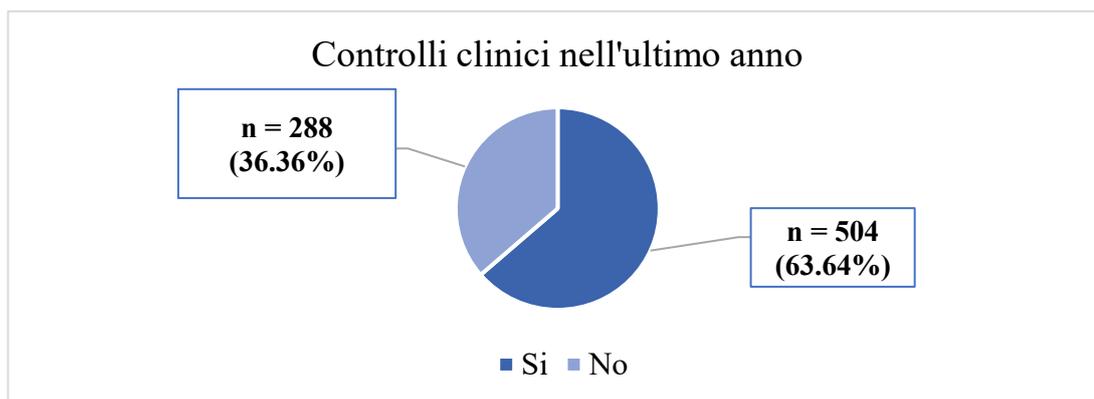


Figura 3.3 - Controlli clinici nell'ultimo anno

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

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

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

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

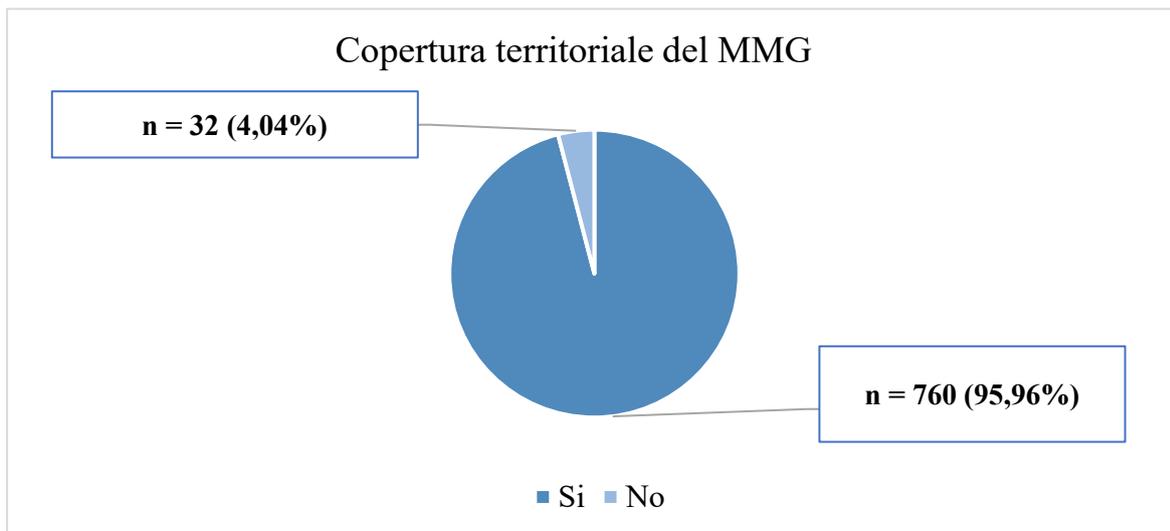


Figura 3.4 - Copertura territoriale del Medico di Medicina Generale

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

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

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

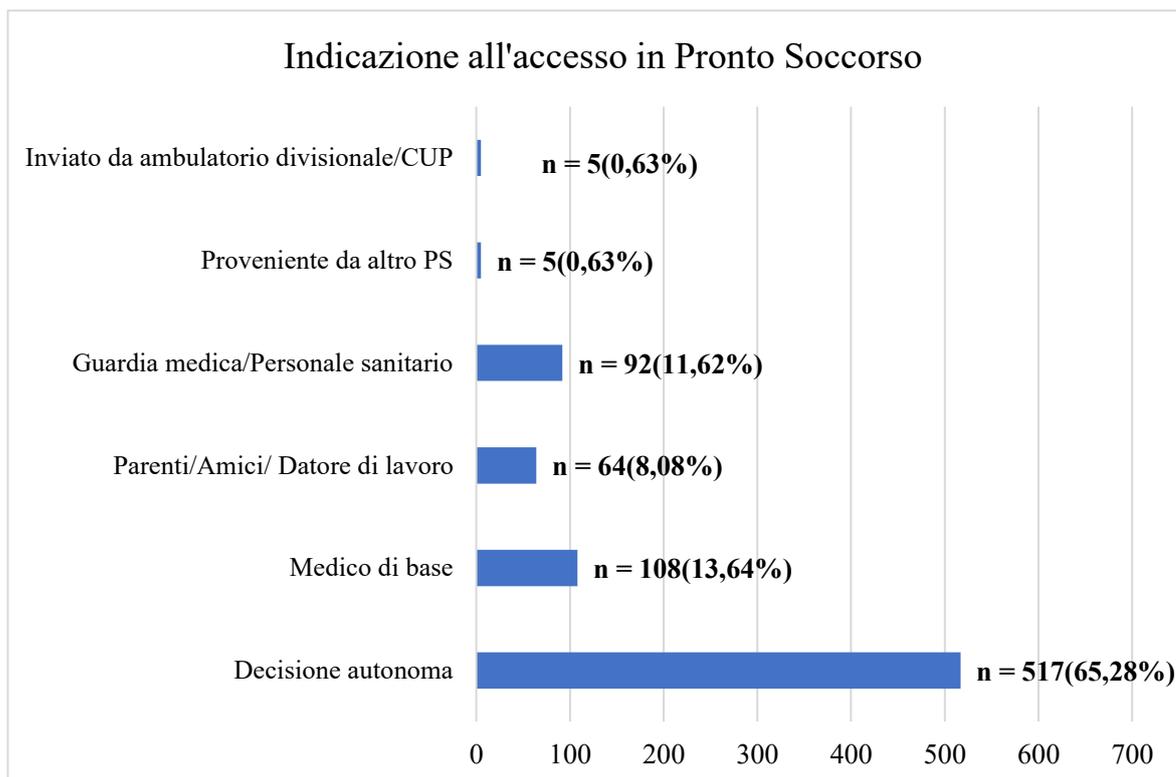


Figura 3.5 - Indicazione all'accesso in Pronto Soccorso

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

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

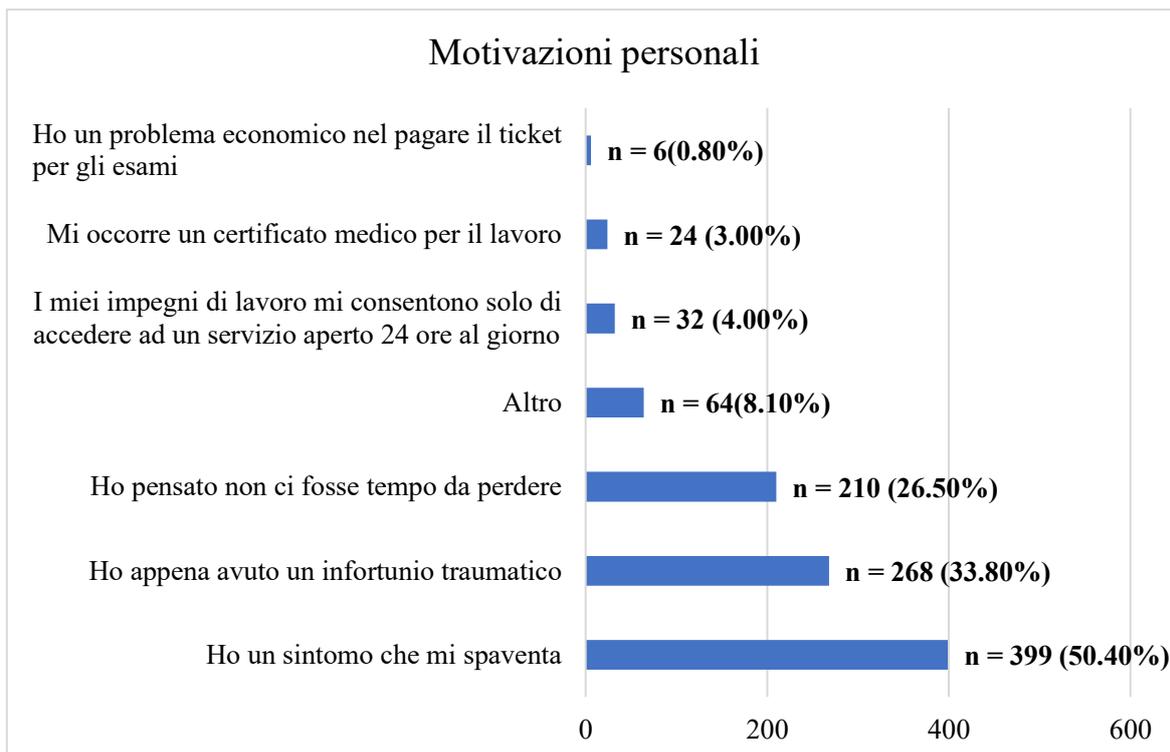


Figura 3.6 - Motivazioni personali per l'accesso in Pronto Soccorso

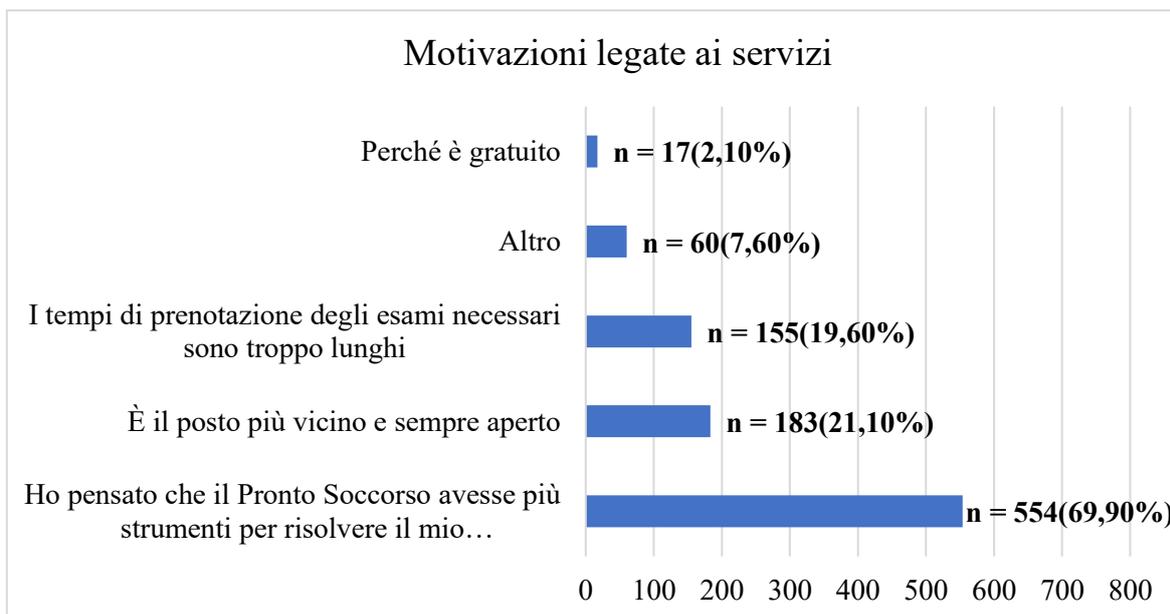


Figura 3.7 - Motivazioni legate ai Servizi Sanitari per l'accesso in Pronto Soccorso

3.3 Descrizione della percezione sullo stato di salute

Nella sezione C dello strumento è stata indagata la percezione di salute da parte dei pazienti. Nella prima domanda del questionario si chiede da quanto tempo persiste la problematica che ha portato gli utenti ad accedere in Pronto Soccorso. Nella figura 3.8 si possono individuare le frequenze per risposta; la possibilità di scelta era tra: 1 ora, meno di 24 ore, da 2 a 6 giorni, più di una settimana. Circa metà del campione osservato accede al Pronto Soccorso nonostante il problema di salute si presenti da oltre 48 ore.

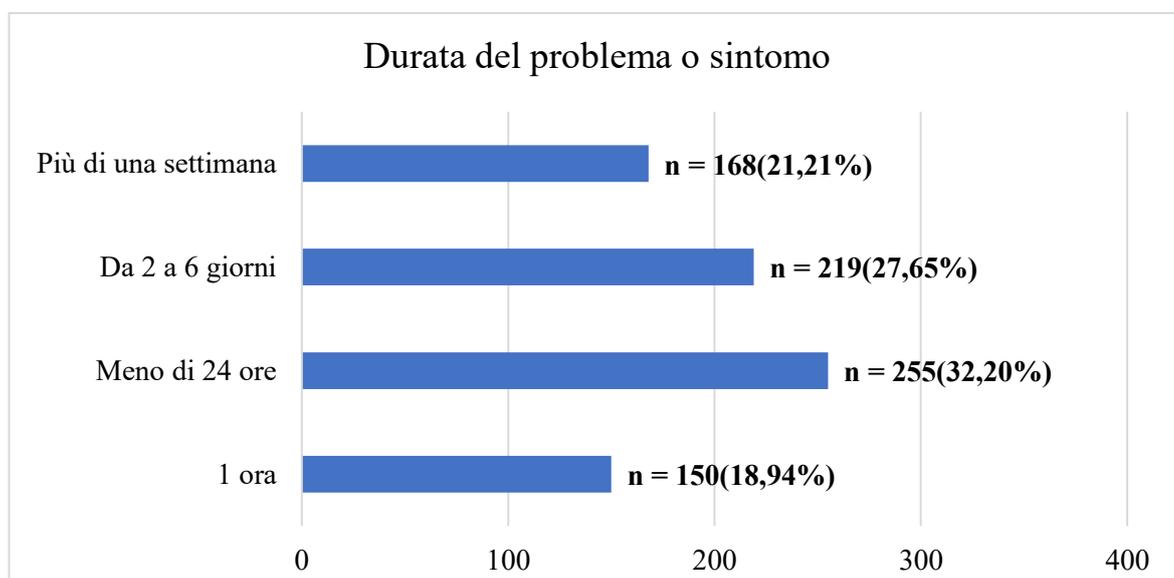


Figura 3.8 - Durata del problema o sintomo

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

Come si può notare nella figura 3.9 è emerso che:

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

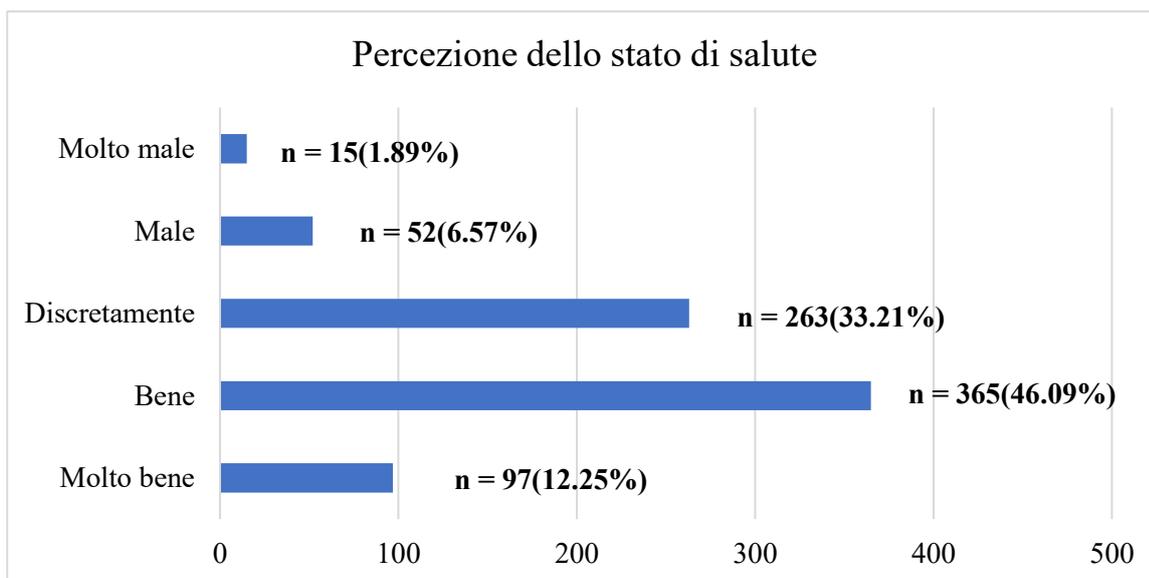


Figura 3.9 - Percezione dello stato di salute

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

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

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

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

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

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

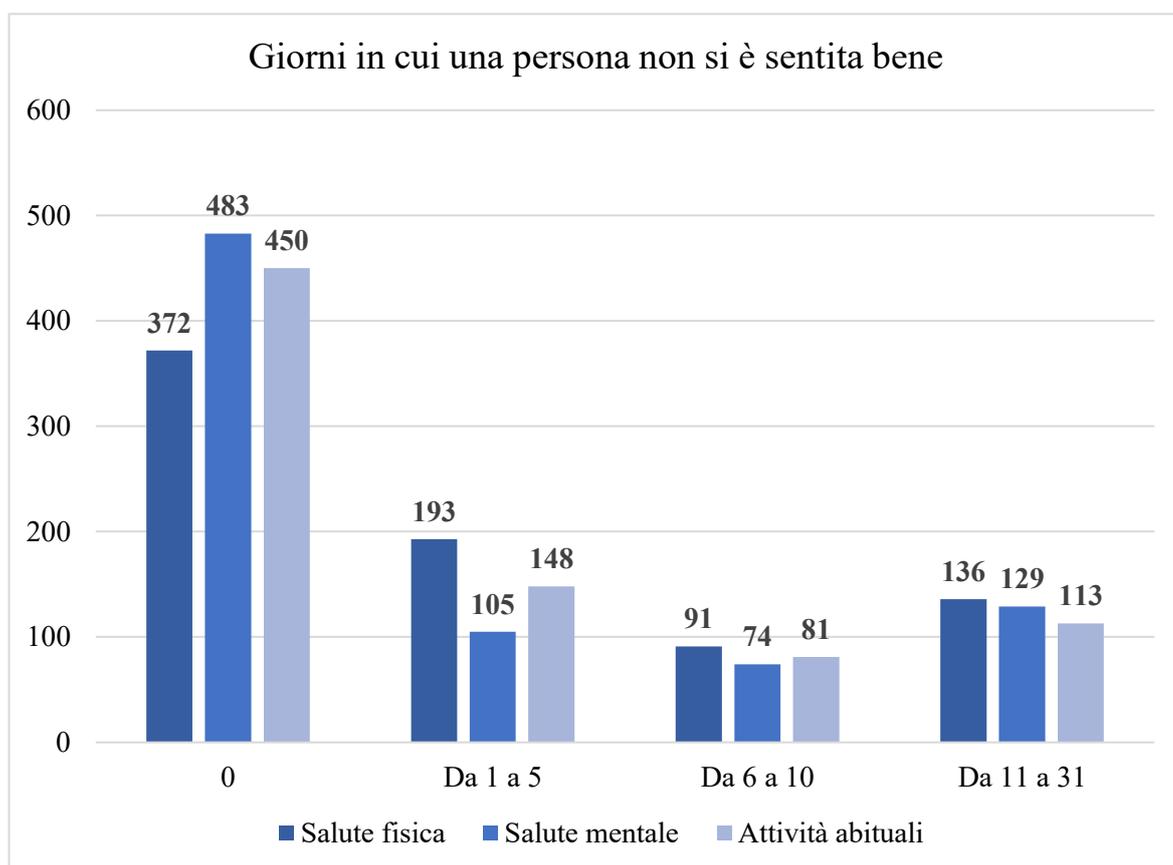


Figura 3.10 - Giorni in cui una persona non si è sentita bene

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

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

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

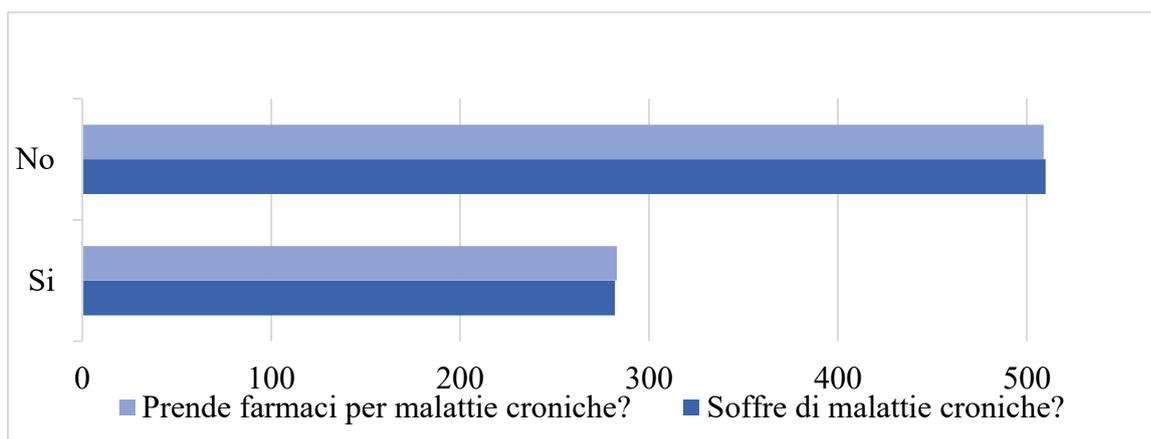


Figura 3.11 - Patologie croniche e trattamento

In ultima analisi, vediamo che in figura 3.12 vengono riportati gli accessi durante l'arco della settimana, si nota che il lunedì risulta il giorno con più accessi durante la settimana, mentre in figura 3.13 viene riportato l'orario degli accessi durante una giornata tipo con un picco di entrata alle ore 11 di mattina e un secondo picco alle ore 17.

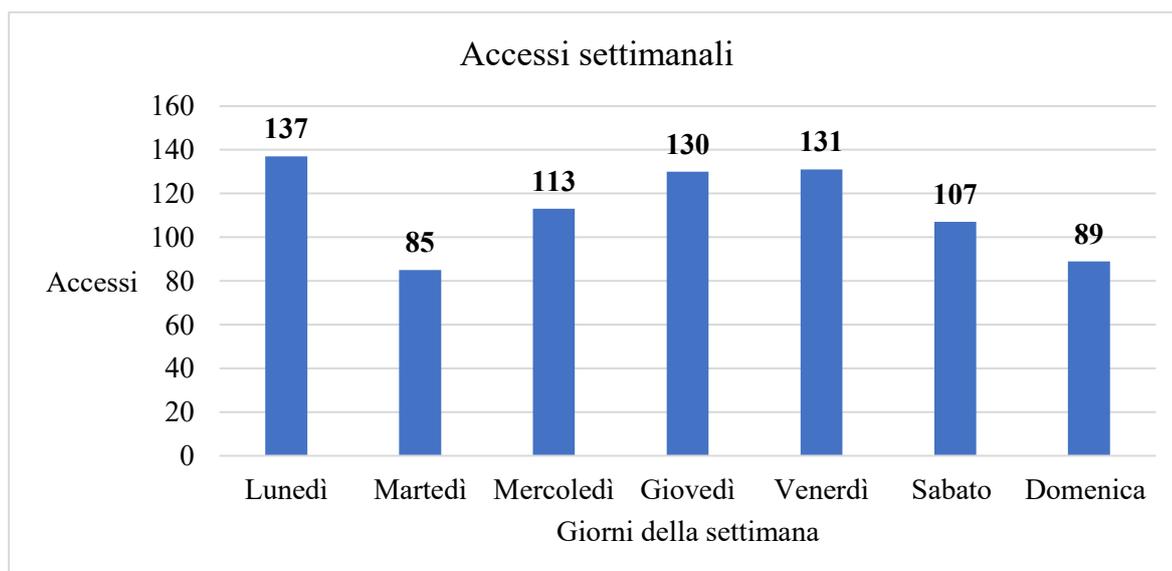


Figura 3.12 - Accessi in Pronto Soccorso durante la settimana

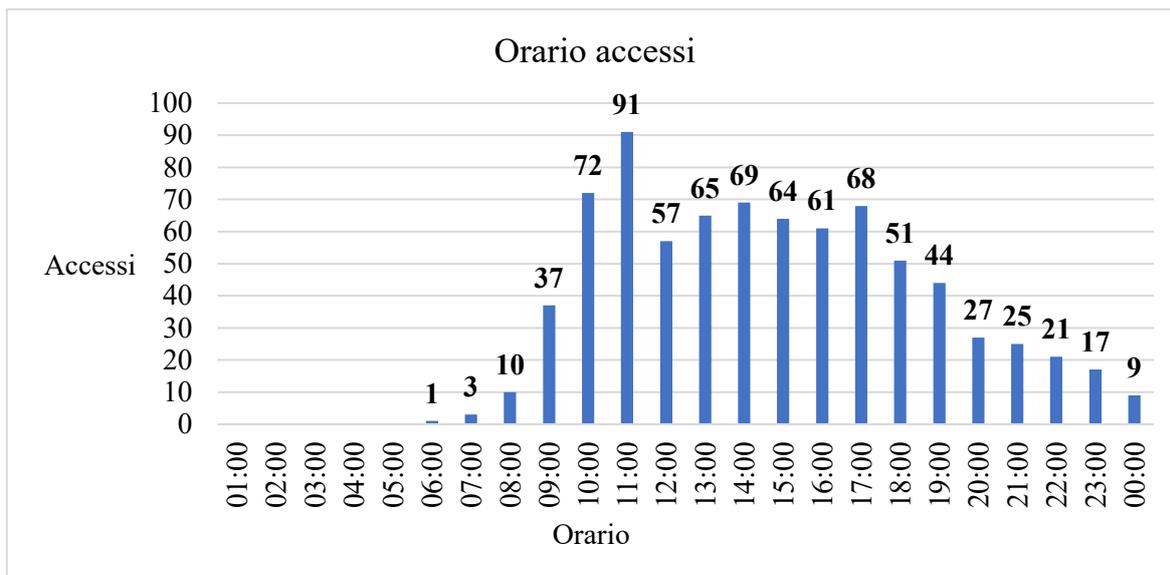


Figura 3.13 - Orario di accesso

CAPITOLO 4: ANALISI E DISCUSSIONE DEI DATI RACCOLTI

In questo capitolo si analizzeranno tramite analisi bivariate i dati raccolti verificando in particolare alcune associazioni statistiche riferite a due degli Outcome principali dello studio: le motivazioni personali e le motivazioni legate al servizio. L'analisi statistica viene effettuata mediante l'utilizzo del chi-quadro e, se non applicabile, il test esatto di Fischer. Da questa operazione viene espresso il P value (significativo se ≤ 0.05) che rappresenta, con il livello di significatività del 5%, l'accettazione dell'ipotesi di presenza di legame associativo tra le variabili in esame. Di seguito si riportano (tabella 4.I e tabella 4.II), in valore assoluto (n) e relativo (%), il totale dei rispondenti alle voci in merito alle Motivazioni personali e legate ai Servizi, per le quali i pazienti si sono rivolti al servizio di Pronto Soccorso. Si specifica che la percentuale si riferisce al numero di persone che hanno dato quella risposta sul totale degli intervistati.

Tabella 4.I - Dati in merito alle Motivazioni personali per l'accesso in Pronto Soccorso

n	%	Motivazioni personali
399	50.40	<i>Ho un sintomo che mi spaventa</i>
268	33.80	<i>Ho appena avuto un infortunio traumatico</i>
210	26.50	<i>Ho pensato non ci fosse tempo da perdere</i>
64	8.10	Altro
32	4.00	I miei impegni di lavoro mi consentono solo di accedere ad un servizio aperto 24 ore al giorno
24	3.0	Mi occorre un certificato medico per il lavoro
6	0.8	Ho un problema economico nel pagare il ticket per gli esami necessari

Tabella 4.II - Dati in merito alle Motivazioni legate ai servizi sanitari per l'accesso in Pronto Soccorso

n	%	Motivazioni legate ai servizi
554	69.90	<i>Ho pensato che il Pronto Soccorso avesse più strumenti per risolvere il mio problema/avrebbe impiegato un tempo minore a risolvere il mio problema.</i>
183	23.10	<i>È il posto più vicino e sempre aperto</i>
155	19.60	<i>I tempi di prenotazione degli esami sono troppo lunghi</i>
60	7.60	Altro
17	2.1	Perché è gratuito

Per determinare se un item delle motivazioni personali e di quelle legate ai servizi abbia un legame statisticamente significativo con un'altra variabile raccolta con il questionario si verifica se, la percentuale di coloro che hanno scelto tale motivazioni, risulti maggiore di chi non l'ha scelta rispetto al totale dei pazienti rispondenti. In tabella I e II le motivazioni che hanno trovato un grado maggiore di significatività sono quelle segnate in corsivo.

4.1 Analisi dei dati bivariati in merito alle motivazioni personali di accesso in Pronto Soccorso

“Ho un sintomo che mi spaventa”

Questo item si associa, in modo statisticamente significativo, a numerose altre variabili rilevate: rispetto agli altri item che verranno descritti più avanti, risulta essere quindi un elemento cardine della comprensione del perché *“mi sono rivolto al Pronto Soccorso anche se il risultato dell'accesso al triage è un codice bianco”*. Tutte le variabili sociodemografiche si trovano associate in modo statisticamente significativo, mentre delle variabili della sezione A come la convivenza, l'abitazione e la distanza dall'ospedale non sono associate in modo significativo; lo stato di esenzione invece lo è ($p = 0.001$). Nella sezione B si associano in modo significativo le variabili inerenti i controlli o gli accessi in PS eseguiti negli ultimi dodici mesi, differentemente non si associano le altre variabili della sezione. Nella sezione C tutte le variabili del questionario risultano essere statisticamente significative.

Le variabili sociodemografiche ci indicano una diversa propensione ad accedere al PS con la motivazione *“questo sintomo mi spaventa, al punto di andare in PS”* rispetto al sesso (maggior frequenza tra le femmine, p inferiore a 0.001), rispetto alla classe d'età (maggior frequenza nelle classi adulte-anziane, minori tra i più giovani: p inferiore a 0.001), alla cittadinanza (maggiori frequenze tra i non italiani, $p = 0.031$) e rispetto la professione (maggior frequenza nel pensionato, p inferiore a 0.001).

Tra le variabili della sezione B vediamo come coloro che hanno effettuato controlli clinici negli ultimi dodici mesi ($p = 0.003$) e coloro che si sono rivolti al Servizio di Pronto Soccorso da 3 o più volte nell'arco di un anno ($p = 0.001$), sembrano essere più spaventati dal problema che li colpisce tanto da recarsi al PS.

Le variabili in merito alla propria condizione di salute come la durata del problema (maggior frequenza tra coloro che presentano un disturbo/sintomo da minimo 2 giorni, p inferiore a 0.001) e la percezione di salute (maggior frequenza tra coloro che affermano di sentirsi *“Discretamente”*, p inferiore a 0.001), sono statisticamente associate a *“Ho un sintomo che mi spaventa”*. Coloro che soffrono di malattie croniche, rispetto alle persone in salute, che decidono di accedere al Pronto Soccorso risultano essere le più spaventate registrando un $p = 0.012$. Le altre variabili della sezione trovano una associazione statistica rispetto ai giorni in cui nell'ultimo mese una persona non si è sentita bene sul piano fisico, mentale e nello svolgimento delle attività di vita quotidiana (maggior frequenza in un intervallo di tempo da 5 a 14 giorni con p rispettivamente: inferiore a 1, uguale a 0.005 e pari a 0.012).

“Ho appena avuto un infortunio traumatico”

Tale item trova una significatività statistica con altre variabili dello strumento ed è di fondamentale importanza nella comprensione del motivo per il quale una persona, a cui viene assegnato un codice bianco, acceda in Pronto Soccorso dopo aver subito un infortunio traumatico. Le variabili della sezione A si trovano significativamente associate tranne la cittadinanza, la convivenza, l'abitazione del paziente e la distanza dall'ospedale. Nella sezione B si trova una associazione statisticamente significativa con le variabili inerenti ai controlli clinici e il numero di accessi al Servizio di Emergenza nell'ultimo anno ed infine la variabile inerente alla figura che indica e consiglia l'accesso al Pronto Soccorso; le altre variabili della sezione non sono

significative. Nell'ultima sezione, che indaga la percezione di salute, si trova una associazione statistica con tutte le variabili prese in esame.

Le variabili sociodemografiche ci indicano una diversa propensione ad accedere al PS motivando *“ho appena avuto un infortunio traumatico, motivo per cui accedo in Pronto Soccorso”* rispetto all'età (maggior frequenza di pazienti giovani-adulti, rispetto agli adulti-anziani: p inferiore a 0.001), sesso (maggior frequenza tra i maschi rispetto alle femmine con $p < 0.001$), titolo di studio (maggior frequenza tra i pazienti in possesso della scuola superiore, $p = 0.002$), professione attuale (maggior frequenza tra gli operai e gli studenti, p inferiore a 0.001) e l'esenzione (maggior frequenza tra i pazienti non esenti: $p = 0.001$).

Nella sezione B si ritrovano con maggior frequenza coloro negli ultimi dodici mesi non hanno effettuato controlli clinici ($p = 0.010$) e coloro che non si sono rivolti al PS per uno stato di necessità (p inferiore a 0.001). Infine si trova una associazione statistica alla motivazione *“Accedo in Pronto Soccorso perché ho avuto un infortunio traumatico”* la variabile in merito alla figura che consiglia l'accesso (si registra con una maggiore frequenza la decisione autonoma del paziente o figure non professionali come amici, parenti e datori di lavoro con $p = 0.022$).

Nella sezione C tutte le variabili trovano una associazione statistica: è rilevante notare come i pazienti presentino, con una maggiore frequenza di risposta, una durata del problema che persiste da 1 ora o al massimo entro le 24 ore (p inferiore a 0.001), una percezione dello stato di salute considerata come buona o molto buona (p inferiore a 0.001) e, indicando con un valore numerico, per quanti giorni i pazienti non si sono sentiti bene fisicamente (p inferiore a 0.001), mentalmente ($p = 0.005$) e nello svolgere attività di vita abituali (p inferiore a 0.001); la maggior frequenza di risposta tra coloro che hanno subito un infortunio traumatico è stata di zero giorni di malessere nell'ultimo mese, indice di una buona condizione di salute percepita dal paziente. Infine della sezione C si associa in modo statisticamente significativo la variabile che indaga se il paziente soffre di malattia cronica (si registra una maggior frequenza di risposta tra coloro che non ne sono affetti: $p = 0.002$).

“Ho pensato non ci fosse tempo da perdere”

In questo item, l'ultimo preso in considerazione delle motivazioni personali del paziente, si trova una associazione statistica, tra le variabili prese in esame alla

motivazione *“penso che per il mio problema/sintomo non ci sia tempo da perdere, quindi decido che il Pronto soccorso sia il servizio più idoneo e migliore a cui accedere”*. Nella sezione A vi è una associazione statistica alle variabili età e titolo di studio, le restanti non trovano una associazione valida. Nella sezione B vi è un’associazione statisticamente significativa con le variabili in merito alla modalità (inteso come mezzo di trasporto) di accesso in Pronto Soccorso, ai controlli clinici eseguiti dal paziente nell’ultimo anno e la variabile che indaga la copertura territoriale da parte del Medico di Medicina Generale (analizzando quindi chi in possesso e chi ne è sprovvisto). Nell’ultima sezione, a differenza dei due item precedenti, non si trova una completa associazione con le variabili prese in esame se non quelle che indagano la durata del problema, se il paziente soffre di malattie croniche e per quanti giorni quest’ultimo non si sia sentito in salute sul piano e nello svolgimento di attività abituali.

Le variabili sociodemografiche che trovano un’associazione statistica alla motivazione *“non ho tempo da perdere, quindi mi rivolgo al Pronto Soccorso”* sono l’età (maggior frequenza tra la classe degli anziani e gli adulti con un’età di partenza dai 55 anni: p uguale a 0.011) e il titolo di studio (maggior frequenza tra coloro che non hanno un titolo o il diploma di scuola elementare e media: p uguale a 0.004). Nella sezione B si registra con maggior frequenza di risposta la variabile in merito alla modalità di arrivo in PS, identificando l’ambulanza come mezzo più scelto con p inferiore a 0.001. La variabile in merito all’accesso in Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi trova una maggior frequenza di risposta tra i pazienti che eseguono 3 o più volte l’anno ingressi al Servizio (p = 0.006). Infine alla motivazione *“Ho pensato non ci fosse tempo da perdere”* si associa la variabile in merito alla copertura da parte del Medico di Base con maggior frequenza di risposta tra coloro che ne sono sprovvisti (p < 0.001).

Nella sezione C si trova un legame statisticamente significativo con le variabili in merito alla durata del problema (maggior frequenza di risposta tra coloro che presentano un sintomo da più di una settimana con p inferiore a 0.001), numero di giorni in cui il paziente non si è sentito bene fisicamente (maggior frequenza di risposta in un range temporale da 10 a 31 giorni: p = 0.001) e nello svolgere attività giornaliere abituali (maggior frequenza di risposta in un range temporale da 10 a 31 giorni: p inferiore a 0.001). Infine coloro che soffrono di una patologia cronica, e pensano non

ci sia tempo da perdere, presentano una maggior frequenza di risposta registrando un livello di significatività con p uguale a 0.026.

4.2 Analisi dei dati bivariati in merito alle motivazioni legate ai Servizi Sanitari per l'accesso in Pronto Soccorso

“Ho pensato che il Pronto Soccorso avesse più strumenti per risolvere il mio problema/avrebbe impiegato un tempo minore a risolvere il mio problema”

In questo item non si trova una associazione statistica con molte delle variabili presenti nello strumento di ricerca che portano alla motivazione *“Sono giunto in Pronto Soccorso in quanto credo possa avere più strumenti per risolvere il mio problema e impieghi un tempo minore a dare risposta al mio problema”*. La sezione A, che indaga i dati sociodemografici, e la sezione C, che indaga la percezione di salute, non trovano una associazione statisticamente significativa a questa motivazione. Nella sezione B si può trovare un legame significativo con le variabili che indagano modalità di arrivo in Pronto Soccorso (maggior frequenza di risposta tra coloro che scelgono e richiedono l'ambulanza: $p = 0.014$) e la figura che consiglia e richiede l'invio in Pronto Soccorso (maggior frequenza di risposta tra i pazienti che decidono in autonomia di accedere con $p < 0.001$).

“È il posto più vicino e sempre aperto”

Questo item trova una associazione statisticamente significativa con alcune delle variabili del questionario in merito alla motivazione *“Accedo in Pronto Soccorso perché sono a conoscenza che è il posto più vicino e sempre aperto”*. Nella sezione A, inerenti i dati sociodemografici, si trova una associazione statisticamente significativa in merito alla variabile sul tipo di abitazione (maggior frequenza tra coloro che vivono in casa in affitto: $p = 0.023$). In sezione B troviamo un legame con la variabile che indaga se il paziente ha eseguito controlli clinici negli ultimi dodici mesi (maggior frequenza di risposta tra coloro che non eseguono controlli clinici, $p = 0.011$). Infine nella sezione C si trova un legame statisticamente significativo nella variabile che indaga la durata in termini di tempo del problema (maggior frequenza di risposta tra coloro che lamentano un disturbo da almeno 1 ora e non oltre le 24 ore: p inferiore a 0.001).

“I tempi di prenotazioni degli esami sono troppo lunghi”

Infine, l'ultimo item analizzato, trova una scarsa associazione statistica alle variabili dello strumento in risposta alla motivazione *“Accedono in Pronto Soccorso in quanto i tempi di prenotazione degli esami necessari richiedono un tempo di attesa troppo lungo”*. La sezione A trova un legame statistico con la variabile che indaga la cittadinanza, dove si registra una maggior frequenza di risposta tra i non italiani, con p uguale a 0.037. In sezione B non si rileva una associazione statisticamente significativa mentre in sezione C, che indaga la salute percepita dal paziente, troviamo una variabile associata in merito alla durata del problema (maggior frequenza di risposta tra coloro che accusano un sintomo/problema da 2 giorni a più di una settimana con $p = 0.021$).

4.3 Raggruppamento dati dei pazienti non urgenti che accedono in Pronto Soccorso

Dopo aver analizzato i pazienti e aver individuato le associazioni statistiche che li hanno portati ad accedere al Pronto Soccorso si indagano alcuni item come la copertura del Medico di Medicina Generale e relativa distanza dall'ospedale e dall'ambulatorio medico, la durata del problema e la figura che ha consigliato o deciso di rivolgersi al Servizio. Tale raggruppamento dati, in figura 4.1, permette di formulare delle ipotesi e domande che indagano non solo il paziente ma anche il contesto sanitario nel quale la persona si trova nel momento in cui presenta un problema o un sintomo che necessita di una risposta sanitaria.

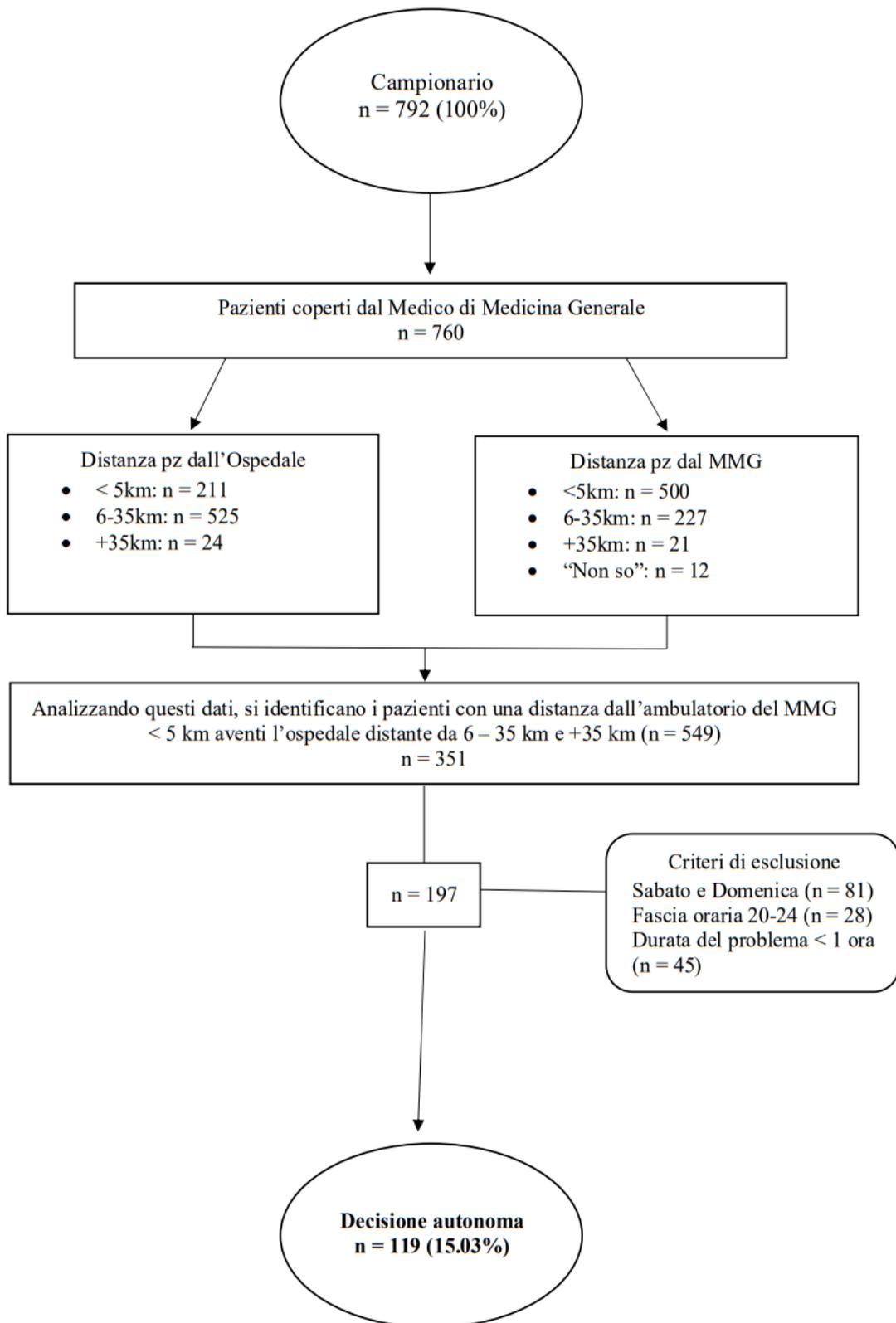


Figura 4.1 - Raggruppamento dati pazienti non urgenti che accedono in Pronto Soccorso

Analizzando la figura 1 vediamo come un gruppo di pazienti (n = 119) si sia recato in Pronto soccorso su decisione autonoma, con una durata del problema che persiste da più di un'ora, in un giorno feriale e in orario diurno e con una distanza maggiore dall'ospedale rispetto ad medico di medicina generale (< 5 km). Alla luce di ciò è naturale chiedersi il motivo per il quale questi pazienti si siano rivolti al Servizio di PS piuttosto che al proprio medico curante, quali sono state le discriminanti che hanno influito sulla scelta tra le due figure sanitarie e quali sono le credenze e/o convinzioni nel preferire il Pronto Soccorso ad altri servizi territoriali. Tale tipo di ricerca va indagata sotto un punto di vista qualitativo approfondendo il vissuto del paziente, la propria esperienza soggettiva nei confronti dei due servizi a disposizione nel territorio; caratteristiche che non è possibile ritrovare nelle motivazioni indagate con questo strumento. È necessario dunque incrementare a questa analisi statistica un'indagine qualitativa tramite una ricerca in letteratura nazionale e internazionale per trovare risposta a questo quesito.

4.4 Discussione dei dati e implicazioni per la pratica clinica

Analizzando i dati in merito alle motivazioni personali e quelle riguardanti i Servizi Sanitari, mediante l'associazione statistica, si può notare come alla voce "*Ho un sintomo che mi spaventa*" e "*Ho pensato non ci fosse tempo da perdere*" l'utente con più frequenza di risposta risulta essere un anziano pensionato, con età \geq a 75 anni, con bassa scolarità e affetto da patologia cronica con una durata del problema o sintomo superiore ai 2 giorni. Questi pazienti tendono nell'arco dell'anno ad effettuare esami e controlli clinici e tendenzialmente rivolgersi al servizio di Pronto Soccorso 3 o più volte. Confrontando questi dati con le tre aree di studio (A, B e C) si può notare come più del 20% della popolazione è composta da persone anziane; inoltre, vista la maggior frequenza di risposta tra gli utenti portatori di patologia cronica, si segnala che nella regione, a cui fanno parte le tre aree di studio, il 35% e il 32% della popolazione anziana, presenti rispettivamente 1 o 2 malattie croniche. Si evidenzia come il campione preso in esame rispecchi la peculiarità della maggior parte della popolazione delle tre aree di studio. Data la presenza di significatività di alcune delle caratteristiche del paziente con le motivazioni personali si vuole analizzare in letteratura se queste, in qualche misura, contribuiscano all'*overcrowding*. In uno studio *cross-sectional* condotto in Cina nel 2020, che indaga i pazienti non urgenti in arrivo al Pronto

Soccorso, si è registrato come alcune delle caratteristiche dei pazienti raffigurino tale tipologia di utenza. Di queste troviamo il titolo di studio, la presenza di patologia cronica e la percezione di salute. Nello specifico si rileva come avere una bassa scolarità ($p < 0.05$), essere portatori di patologia cronica ($p < 0.05$) e percepire il problema come emergente ($p < 0.05$), rappresentino fattori contribuenti l'*overcrowding* nel Servizio di Pronto Soccorso. Alla luce di 554 pazienti rispondenti alla voce "*Ho pensato che il Pronto Soccorso avesse più strumenti per risolvere il mio problema/avrebbe impiegato un tempo minore a risolvere il mio problema*" si può notare come la maggior parte dell'utenza consideri e valuti il Pronto Soccorso come prima figura e punto di contatto in caso di necessità. In uno studio condotto nel 2015 in Inghilterra, si sono ricercati i motivi per i quali i pazienti, classificati come non urgenti, sceglierono il Servizio di Pronto Soccorso affetti da un sintomo o problema. Dallo studio, condotto in una realtà di cure primarie analoga all'Italia con la presenza del Medico di Base, emerge come gli utenti hanno ritenuto normale o abituale pensare di rivolgersi al Reparto d'Emergenza non essendo a conoscenza però delle reali differenze tra i servizi erogati dal Pronto Soccorso e il sistema di cure primarie nel territorio. Inoltre tale utenza ha affermato che, sulla base della gravità percepita in base al sintomo, il Pronto Soccorso fosse il luogo più adatto dove trovare risposta, data la presenza continua di un medico e un infermiere, in accordo con lo studio di Lupo et al. del 2018. Alla luce di queste dichiarazioni gli autori hanno potuto notare come i partecipanti allo studio hanno ritenuto l'accesso al Pronto Soccorso giusto e appropriato al contesto (Beache. S & Guell. C, 2015).

Si vuole infine evidenziare come coloro che scelgono la motivazione "*Ho pensato che il Pronto Soccorso avesse più strumenti per risolvere il mio problema/avrebbe impiegato un tempo minore a risolvere il mio problema*" e "*Ho pensato non ci fosse tempo da perdere*" si trovi un'associazione statisticamente significativa nel mezzo di trasporto, riconducibile all'ambulanza. Tale mezzo, a disposizione nel territorio in numero variabile a seconda dell'area coperta, viene gestito e indirizzato dalla Centrale Operativa 118 (CC. OO. 118) di riferimento, la quale, a seguito di un triage effettuato per via telefonica, assegna un codice di priorità alla persona che lamenta un problema di carattere sanitario. Il sistema di triage ospedaliero non trova la stessa metodologia nel classificare un paziente e nel dare un codice colore di priorità rispetto a quello

territoriale. Spesso in questo ambito può essere assegnato un codice di gravità quale il Verde o il Giallo e subire una decodifica in codice colore Bianco all'arrivo in Pronto Soccorso. Nel 2016 è stato condotto uno studio qualitativo in Ontario (USA) dove viene ricercato nei paramedici la visione sull'appropriatezza dell'uso dell'ambulanza. È stato rilevato come buona parte dei paramedici abbia percepito l'inappropriatezza nell'utenza a cui non era chiaro a chi chiedere aiuto in caso di necessità: a fronte di tale situazione molte volte i paramedici hanno esclusivamente dato conforto e si sono rilevati "fornitori di informazioni" (Dejean, Giacomini, M., Welsford, M., Schwartz, L., & Decicca, P., 2016, pag.6) che potrebbero dirigere il paziente a risorse più adeguate. Si è rilevato come molti pazienti, consci di una possibile lunga attesa in Pronto Soccorso, abbiano chiamato l'ambulanza pensando che tale modalità di arrivo garantisse una sorta di precedenza nei confronti degli altri utenti in attesa di visita medica. Infine, si è delineato un pensiero incline all'inappropriatezza nell'uso dell'ambulanza in tutti quei pazienti che fosse in grado di salire nel mezzo camminando. Nonostante queste considerazioni, in presenza di un problema non urgente, alcuni paramedici hanno ritenuto opportuno l'utilizzo dell'ambulanza in quanto per alcuni pazienti, per lo più anziani e con una scarsa rete sociale, tale mezzo era il più idoneo o unica modalità di arrivo in Pronto Soccorso. Ci si interroga quindi se un paziente, classificato come non urgente, trasportato da un'ambulanza in Pronto Soccorso abbia una reale conoscenza del servizio di cui sta usufruendo e dell'appropriatezza dell'utilizzo di un mezzo di soccorso dedicato alle emergenze ed urgenze territoriali.

Preso visione del nostro campione oggetto di studio e la letteratura a supporto, ci si interroga se questa parte di pazienti sia davvero a conoscenza delle funzioni del PS e offerte/risorse nel territorio extra-ospedaliero, dei relativi professionisti sanitari e se sia in possesso di una giusta informazione ed educazione sanitaria per i diversi percorsi da seguire in presenza di un problema o un sintomo all'interno della rete delle cure primarie.

Dai dati raccolti si può notare come prevale un "paziente tipo" caratterizzato da un profilo comprensivo di più fattori che portano il paziente ad accedere al Pronto Soccorso. Si può delineare un utente anziano, con bassa scolarità e portatore di patologia cronica. Significativamente non adeguatamente informato del Servizio

d'Urgenza e della rete di cure primarie che lo circondano e spesso spaventato dal problema che lo affligge con una percezione della salute che tende a sopravvalutare il sintomo.

Ci si domanda se un intervento educativo nel territorio possa accrescere la consapevolezza sulla funzione e utilità del Servizio di Pronto Soccorso. Inoltre, se la diffusione di informazioni in merito alla funzionalità e la disponibilità della rete di cure primarie, presente nel territorio oggetto di studio, possa favorire l'utilizzo di queste da parte dell'utenza classificata come non urgente.

In ambito sanitario la figura che può effettuare una prevenzione primaria sul territorio per sensibilizzare la popolazione in merito all'accesso al Pronto Soccorso può essere figurata nell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC). In Italia il suo percorso normativo inizia nel 2014 con la proposta di legge *Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare* che nell'art. 4 specifica come questa tipologia di infermiere debba possedere competenze che spaziano dalle attività di rilevazione delle necessità assistenziali, alle attività di prevenzione, di informazione e formazione (Senato della Repubblica, Disegno di legge n° 1721 del 20 dicembre 2014). La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) in data 19 settembre 2020 ha deliberato un *Point Statement* sull'infermiere di famiglia e di comunità: a seguito dell'intesa sancita nella Conferenza Stato Regioni, che ha portato il 18 dicembre 2019 al Patto per la Salute per il triennio 2020 – 2021 e in risposta agli obiettivi del Documento 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha ritenuto opportuno definire la propria visione sul ruolo dell'infermiere di Famiglia e di Comunità, per ridurne gli elementi di diversificazione interpretativa e giungere a una definizione univoca del modello. Ha individuato come caratteristica dell'IFec l'interesse verso l'individuo, la famiglia e la comunità con la finalità di prendere in carico la persona assistita e la comunità in modo proattivo, offrendo una risposta ai bisogni esistenziali promuovendo l'*empowerment* e rendendo la persona e le comunità competenti. Si ritiene dunque possibile e necessario che l'IFec possa intervenire su tutto il territorio:

- a livello ambulatoriale, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere: informazioni, per orientare meglio ai servizi e prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione della collettività, della sanità pubblica e dell'assistenza di base inclusi interventi di educazione alla salute;
- a livello domiciliare in cui eroga assistenza a tutti gli utenti che necessitano di assistenza infermieristica a medio-alta complessità;
- a livello comunitario con attività trasversali di integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale e possibili risorse formali e informali, ove è possibile strutturare e implementare iniziative di promozione e prevenzione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva.

“I dati a nostra disposizione dove il modello è già attivo ci dicono che l’infermiere di famiglia e comunità evita ricoveri impropri, previene e diminuisce le complicanze, promuove auto cura e consapevolezza generando appropriatezza economica oltre clinica proprio partendo dall’educazione al singolo e alle comunità, armonizza i percorsi aumentando fiducia nel sistema e facendo diminuire i contenziosi, ma soprattutto risponde ai bisogni delle persone che dopo brevi esperienze di ospedalizzazione necessitano di lungo supporto assistenziale a volte coincidente con la vita stessa delle persone “ (FNOPI, Gennaio 2020).

4.5 Conclusioni

Gli accessi impropri in PS rappresentano uno dei principali fattori dell'*overcrowding*, fenomeno non solo sentito a livello italiano ma bensì a livello internazionale. Le motivazioni che spingono l’utenza nel rivolgersi al servizio di Pronto Soccorso variano da fattori personali come una sopravvalutazione del sintomo percepito dai pazienti, inquadrato come emergente, che provoca un’immediata ricerca di risposta sanitaria al problema. Inoltre si rileva una disinformazione sanitaria, che non solo rispecchia una non conoscenza dei servizi territoriali, ma evince come ci sia una considerazione errata sull’utilizzo del Servizio di Pronto Soccorso. Il beneficio di un intervento di tipo educativo, basato sull’informazione dei servizi erogati in ambito territoriale, e sull’educazione di un corretto utilizzo del Pronto Soccorso, può portare la popolazione

ad essere più consapevole e avere un maggior controllo sulla propria percezione di salute. Il professionista sanitario che più può essere d'aiuto è riconducibile all'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFec). Il profilo professionale lo descrive come principale agente in un contesto territoriale come promotore della salute tramite una giusta educazione e informazione all'interno della comunità mediante l'alfabetizzazione sanitaria. Nonostante ciò, al giorno d'oggi, non lo si può considerare una figura presente in maniera uniforme e capillare in tutto il territorio Italiano. In alcune regioni italiane trova un certo grado di autonomia e indipendenza nella pratica professionale che hanno portato giovamento all'interno della comunità. In altre, questa figura fatica ad entrare in un contesto di cure primarie. Ci si chiede quindi se una tale figura, inserita nel contesto veneto, possa portare beneficio all'interno della comunità e se e in quale misura, dopo un'opportuna formazione, l'Infermiere di Famiglia e Comunità possa inserirsi nella realtà oggetto di studio.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bibliografia

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. (2013). *ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE E INDIRIZZI*. I Quaderni di Monitor: elementi di analisi e osservazione del sistema salute, 32, 5-24. Disponibile da Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso: evidenze e indirizzi - AGENAS [maggio 2013]

Rastelli, G., Cavazza, M., & Cervellin, G. (2010). *Sovraffollamento in Pronto Soccorso: analisi del fenomeno e proposte di gestione*. *Emergency Care Journal*, 4(2), 25-35. Disponibile da <https://doi.org/10.4081/ecj.2010.2.25>

Chiaranda, M. (2016). *Urgenze ed Emergenze – Istituzioni*. (4° Edizione). PICCIN.

Lupo, R., D.Mitri, O., Merola, D., Calabro, A., Landolfo, M., Rango, A., & Maggio, E. (2018). *L'accesso in pronto soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale*. *Italian Journal of Emergency Medicine*. Disponibile da <https://doi.org/10.23832/ITJEM.2018.032>

Salway, R.J., Valenzuela, R., Shoenberger, J.M., Mallon, W.K., & Viccellio, A. (2017). *EMERGENCY DEPARTMENT (ED) OVERCROWDING: EVIDENCE-BASED ANSWERS TO FREQUENTLY ASKED QUESTIONS*. *Revista Médica Clínica Las Condes* 28(2):213–19. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.008>.

Bernstein, S.L., (2006). *Frequent Emergency Department Visitors: The End of Inappropriateness*. *Annals of Emergency Medicine* 48(1): 18-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.03.033>.

(Doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.03.033)

Di Tommaso, F., Falasca, P., Rossi, A., Lolli, V., Calderone, B. & Nicoli, A. (2008). *Pronto Soccorso: verso un uso responsabile*. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, XXXVIII, 21 (2): 4-6.

Disponibile da: <https://prospettivesocialiesanitarie.it/arretrato.php?id=264%20>

Keizer, B. Guell, C. (2016). *Non-urgent accident and emergency department use as a socially shared custom: a qualitative study*. *Emergency Medicine Journal*, 33(1), 47–51.

doi: 10.1136/emmermed-2014-204039

Jiang, Ye, L., Dai, M., Zhou, J., & Li, Q. (2020). *Use Andersen's behavior model to explain non-urgent visits in emergency department: A single center study in southwest China*. *International Emergency Nursing*, 52. doi: 10.1016/j.ienj.2020.100845

Dejean, Giacomini, M., Welsford, M., Schwartz, L., & Decicca, P. (2016). *Inappropriate Ambulance Use: A Qualitative Study of Paramedics' Views*. *Healthcare Policy*, 11(3), 67–79. doi: doi:10.12927/hcpol.2016.24535

Sitografia

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

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

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

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

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

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

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

Federazione Nazionale degli Ordine delle Professioni Infermieristiche (2020, Settembre 19). *Position Statement – L'infermiere di famiglia e di comunità*. Disponibile da <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>

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

ALLEGATI

Allegato 1. Informativa e Questionario

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

Gentile utente

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

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

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

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

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

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

Grazie per la collaborazione.

QUESTIONARIO N° _____

SEZIONE A

CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL PAZIENTE

1. **ETÀ** (anni compiuti) _____

2. **SESSO** M F

Barri con una X la risposta

3. **Cittadinanza:** Italiana Straniera *Specificare quale* _____

4. Titolo di studio:

- Nessun titolo
- Elementare
- Media inferiore
- Superiore
- Laurea e post-laurea

5. Professione attuale:

- Studente
- Disoccupato
- Inabile al lavoro
- Casalinga
- Pensionato
- Dirigente/Imprenditore/Libero Professionista
- Artigiano/Commerciante/Tecnico specializzato
- Impiegato/Insegnante
- Operaio
- Altro _____

6. Con chi vive:

- Da solo/a
- Con coniuge-compagno/a
- Con i famigliari
- Con badante
- Con amico/i o colleghi di lavoro
- Altro _____

7. Dove vive:

- In casa di proprietà
- In casa in affitto
- In casa di riposo, residenza per anziani
- In comunità/casa di accoglienza
- Senza fissa dimora
- Altro _____

8. Esenzione ticket per:

- Patologia o invalidità
- Reddito ed età
- Gravidanza
- Non esente
- Altro _____

9. Quanto dista l'ospedale da dove abita?

- Meno di 5 km
- Da 6 a 35 km
- Più di 35 km

SEZIONE B

DESCRIZIONE E MOTIVAZIONI DELL'ACCESSO IN PS

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

**SEZIONE AD USO ESCLUSIVO
DELL'INTERVISTATORE**

1. Data compilazione questionario ____ / 10 / 2022

2. Giorno della settimana: LUN MAR MER GIO VEN SAB DOM

3. Fascia oraria: 10:00-18:00 18:00-24:00

4. Pronto Soccorso dove è stato compilato il questionario:

SCH

CPS

PDS

CTD

5. Rispondente al questionario:

Paziente

Familiare

Altra persona

6. Modalità di somministrazione del questionario:

Auto-compilazione paziente

Con supporto

7. L'utente parla italiano?

Sì

No

Poco

Intervistatore: BG BL LF

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

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

Legenda

G	Giulio Barina
L	Luca Bettella
F	Francesco Lazzaretti
M	10:00 – 18:00
P	18:00 – 24:00
X	Nessuno presente

Allegato 3. Selezione degli studi

Banche dati	Stringa di ricerca: parole chiave e operatori booleani	Filtri di ricerca applicati	Numero degli articoli reperiti	Numero degli articoli selezionati	Autore, Anno, Titolo, Link
	<p><i>Emergency department</i> AND <i>Non urgent visits</i></p>	<p>Anno degli studi: 2015-2022 Età sopra i 19 anni</p>	165	2	<p>Keizer, B. Guell, C. (2016). <i>Non-urgent accident and emergency department use as a socially shared custom: a qualitative study</i>. <i>Emergency Medicine Journal</i>, 33(1), 47–51. doi: 10.1136/emmermed-2014-204039</p> <p>Jiang, Ye, L., Dai, M., Zhou, J., & Li, Q. (2020). <i>Use Andersen's behavior model to explain non-urgent visits in emergency department: A single center study in southwest China</i>. <i>International Emergency Nursing</i>, 52. doi: 10.1016/j.ienj.2020.100845</p>
	<p><i>Ambulance</i> AND <i>Inappropriate use</i></p>	<p>Anno degli studi: 2015-2022 Età sopra i 19 anni</p>	36	1	<p>Dejean, Giacomini, M., Welsford, M., Schwartz, L., & Decicca, P. (2016). <i>Inappropriate Ambulance Use: A Qualitative Study of Paramedics' Views</i>. <i>Healthcare Policy</i>, 11(3), 67–79. doi:10.12927/hcpol.2016.24535</p>