



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**Il problema del sovraffollamento e degli accessi non urgenti al Pronto Soccorso:
studio osservazionale descrittivo.**

Relatore: Dott.ssa Cecchin Monica

Correlatore: Dott.ssa Zanin Stefania

Laureanda: Dalla Via Chiara

Matricola: 1228455

Anno Accademico 2021 – 2022

ABSTRACT

Introduzione: negli ultimi anni, si è osservato un incremento della domanda di cura con conseguente aumento degli accessi che rischiano di sovraffollare e sovraccaricare le Unità di Emergenza e Urgenza del territorio italiano. Tra i numerosi accessi effettuati troviamo anche quelli non urgenti, ovvero codici minori, bianchi e verdi, tra i quali si evidenzia un uso scorretto del Pronto Soccorso: infatti, un alto numero di cittadini si reca presso l'unità operativa per usufruire di prestazioni in regime di non emergenza per le quali potrebbero rivolgersi ai servizi territoriali di zona o il proprio Medico di Medicina Generale.

Materiale e metodi: le cause di accessi non urgenti sono molteplici e multifattoriali, per questo si è deciso di effettuare uno studio presso un Pronto Soccorso dell'AULSS 7 Pedemontana, somministrando un questionario per indagare le conoscenze dei servizi territoriali e le motivazioni che orientano verso il servizio gli utenti con codice bianco e verde.

Risultati: dall'analisi delle risposte ottenute è stato evidenziato che la maggior parte degli utenti che accede con codici minori sono stati influenzati da un'ampia serie di condizioni motivazionali, come la considerazione che il Pronto Soccorso abbia più strumenti per risolvere il loro problema o la fiducia nell'ospedale, e socioculturali come la percezione di emergenza correlata al proprio stato di salute, la presenza di una o nessuna patologia cronica, il tempo intercorso tra l'insorgenza del sintomo e l'accesso e le modalità di decisione. Inoltre, viene evidenziata la poca conoscenza che ha la popolazione sui servizi territoriali e sulle figure professionali presenti. Tutti questi fattori orientano le decisioni e influenzano il percorso di cura scelto dall'utente stesso.

Conclusione: la maggior parte degli accessi non urgenti potrebbe essere reindirizzato verso servizi territoriali, i quali potrebbero prendere in carico l'utente e proporgli adeguati percorsi terapeutici individualizzati. Tra i servizi territoriali, che svolgerebbero un ruolo cruciale nella prevenzione di questi accessi impropri, troviamo le Cure Primarie, le Case e gli Ospedali di Comunità, questi ultimi introdotti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Un ruolo importante è anche quello svolto dall'Infermiere di Famiglia/Comunità, dall'Infermiere *Case/Care Manager* e dall'Ambulatorio Infermieristico, i quali garantiscono la continuità assistenziale, l'assistenza primaria e l'integrazione con gli altri servizi presenti sul territorio. Inoltre, la figura dell'infermiere gioca un ruolo fondamentale nell'educazione del paziente all'utilizzo corretto dei servizi sanitari, nonché nella prevenzione e riduzione degli accessi non urgenti presso le unità di emergenza e urgenza in collaborazione con il Medico di Medicina Generale.

Keywords: *Emergency department, Overcrowding, Non-urgent access, Motivation, Redirection.*

Parole chiave: *Servizi di Emergenza e Urgenza, Sovraffollamento, Accessi non urgenti, Motivazioni, Reindirizzamento.*

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: il fenomeno degli accessi impropri al pronto soccorso	3
1.1 L'unità operativa di Pronto Soccorso	3
1.1.1 Definizione di Pronto Soccorso	4
1.1.2 Definizione, finalità e modello di riferimento del <i>Triage</i> intraospedaliero	4
1.1.3 Nuovi codici di priorità e tempi d'attesa.....	6
1.2 "Accessi impropri" al Pronto soccorso	8
1.2.1 Definizione, cause e conseguenze del " <i>overcrowding</i> "	9
1.2.2 Definizione di "accesso improprio"	10
1.2.3 Cause e conseguenze dell'aumento di "accessi impropri"	10
CAPITOLO 2: studio osservazionale descrittivo	13
2.1 Obiettivo dello studio	13
2.2 Strumento dell'indagine	13
2.2.1 Descrizione dello strumento.....	14
2.2.2 Metodi e modalità di somministrazione	15
2.2.3 Criteri di inclusione ed esclusione	18
2.3 Consenso dell'Azienda e Consenso informato.....	18
2.4 Raccolta e analisi dei dati.....	18
2.5 Risultati	19
2.5.1 Prima area tematica - fattori socio-demografici.....	21
2.5.2 Seconda area tematica - fattori psicosociali e sanitari.....	25
2.5.3 Terza area tematica - conoscenze dell'utente.....	28
2.6 Discussione dei risultati	31
CAPITOLO 3: strategie per la riduzione degli accessi impropri	35
3.1 Piano Socio Sanitario Regionale Veneto 2012-2016 e 2019-2023	35
3.1.1 L'Assistenza Territoriale.....	36
3.1.2 Il Distretto Socio Sanitario.....	37

3.1.3 Le Cure Primarie	38
3.2 Il Piano Nazionale di Ripresa Resilienza - PNRR	40
3.2.1 Piano Regionale di Ripresa e Resilienza in Veneto	40
3.2.2 Missione 6: salute.....	40
3.2.3 Case della Comunità	41
3.2.4 Ospedali di Comunità.....	43
3.2.5 Telemedicina	45
3.3 Il Ruolo dell'infermiere dell'ambulatorio infermieristico	47
3.3.1 L'Ambulatorio infermieristico	48
3.3.2 L'assistenza Infermieristica.....	49
3.3.3 L'infermiere di Famiglia/Comunità	51
3.3.4 L'Infermiere <i>Case/Care Manager</i>	52
3.3.5 L'interdipendenza tra Infermiere e Medico di Medicina Generale.....	54
CONCLUSIONI	57

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato 1. Tabella sinottica Ricerca Bibliografica

Allegato 2. Questionario

Allegato 3. Griglia giornaliera di monitoraggio degli accessi

Allegato 4. Griglia codici bianchi e verdi

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è discusso su come riformare il sistema sanitario in risposta ai nuovi bisogni sanitari della popolazione, in particolare a causa dell'aumento delle malattie croniche. Infatti, l'aumento di queste patologie non è associato a una diminuzione dei ricoveri in strutture per acuti, come si sarebbe potuto immaginare, ma piuttosto a un aumento di essi.

Tra i numerosi accessi effettuati troviamo anche quelli non urgenti, ovvero codici minori, bianchi e verdi, tra i quali si evidenzia un uso non corretto del Pronto Soccorso: infatti, un alto numero di cittadini si reca presso l'unità operativa per usufruire di prestazioni in regime di non emergenza, o urgenza, per cui potrebbero rivolgersi ai servizi territoriali di zona o al Medico di Medicina Generale. Per questo, da qualche tempo, è in corso un crescente dibattito sui cosiddetti accessi non urgenti al Pronto Soccorso e il conseguente sovraffollamento, sul ruolo dei Medici di Medicina Generale e sulle riforme sanitarie da applicare.

Queste premesse sono state il punto di partenza per capire quali siano le motivazioni che spingono a utilizzare questo servizio e, allo stesso tempo, trovare possibili soluzioni al fenomeno degli accessi non urgenti e del conseguente sovraffollamento dei Servizi di Emergenza e Urgenza.

Dopo un'analisi della letteratura, effettuata nelle principali banche dati, relativa al fenomeno dell'*overcrowding* e degli accessi non urgenti, si è proceduto alla creazione di un questionario da somministrare presso un Pronto Soccorso di un ospedale dell'AULSS 7 Pedemontana per indagare le motivazioni che orientano gli utenti con codice di priorità bianco o verde verso il servizio e le relative conoscenze dei servizi territoriali.

Successivamente, vengono proposte alcune soluzioni verso cui la maggior parte degli accessi non urgenti potrebbe essere reindirizzati come, ad esempio, i servizi territoriali, i quali potrebbero prendere in carico l'utente e proporgli adeguati percorsi terapeutici individualizzati integrati. Tra i servizi territoriali, che svolgerebbero un ruolo cruciale nella prevenzione di questi accessi, troviamo l'Assistenza Territoriale con il Distretto Socio Sanitario, le Cure Primarie e la Telemedicina, le Case e gli Ospedali di Comunità introdotti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Un ruolo importante è anche quello svolto dall'Infermiere e dell'Ambulatorio Infermieristico, i quali garantiscono la continuità assistenziale, l'assistenza primaria e l'integrazione con gli altri servizi presenti sul territorio. Inoltre, le figure dell'Infermiere di

Famiglia/Comunità e *Case Manager* giocano un ruolo fondamentale nell'educazione del paziente all'utilizzo corretto dei servizi sanitari, nonché nella prevenzione e riduzione degli accessi non urgenti presso le unità di emergenza e urgenza, lavorando in stretta collaborazione e interdipendenza con il Medico di Medicina Generale.

CAPITOLO 1: IL FENOMENO DEGLI ACCESSI IMPROPRI AL PRONTO SOCCORSO.

1.1 L'unità operativa di Pronto Soccorso

L'Unità Operativa di Pronto Soccorso rientra nel Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza Medica (S.U.E.M.) istituito il 27 marzo 1992 con un Decreto del Presidente della Repubblica Italiana (D.P.R), ovvero un atto di indirizzo e coordinamento dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, che ha l'obiettivo di definire il sistema delle emergenze sanitarie («*Società Italiana Sistema 118*», 2019).

Il modello organizzativo del sistema dell'emergenza sanitaria si articola in:

- *Sistema di allarme sanitario* costituito dal numero unico nazionale “118” e dalle Centrali Operative (C.O.). Quest'ultime, attive 24 ore su 24, hanno la funzione di Dispatch, strumento operativo che permette di valutare e codificare la criticità dell'evento per attivare la risposta operativa più adeguata in termini di tempo, mezzi e persone. L'obiettivo delle Centrali Operative comprende la gestione e l'organizzazione di tutte le attività inerenti al soccorso territoriale.

Nel 1991 il Consiglio Europeo ha approvato l'introduzione del numero unico europeo per le chiamate d'emergenza: l'anno successivo, con la normativa 91/396/CEE, nella maggior parte dei paesi europei, a eccezione di alcuni in cui verrà istituito successivamente, viene attivato il “112” ovvero il numero europeo per le emergenze. Attraverso il 112 è possibile contattare gratuitamente una Centrale Unica di Risposta (C.U.R.), in cui vengono convogliate le richieste d'intervento di Forze di Polizia, Arma dei Carabinieri, Vigili del Fuoco e Soccorso Sanitario. Una volta ricevuta la chiamata, le CUR smistano la telefonata alle centrali operative competenti.

In Italia, il numero unico europeo per le emergenze funziona in parallelo con il numero d'emergenza nazionale (118). Attualmente il servizio è attivo in Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Sicilia e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano. Al giorno d'oggi, sono sempre di più le persone che usano il numero unico europeo per le emergenze, ma ancora un'importante fetta non conosce o non sa utilizzare questo servizio;

- *Il sistema territoriale di soccorso* costituito dai mezzi di soccorso di base e avanzati presenti e distribuiti su tutto il territorio;
- *La rete di servizi e presidi* costituita dai punti di primo intervento, dai Pronto Soccorso Ospedalieri e dai Dipartimenti di Emergenza – Urgenza Accettazione.

L'Unità di Pronto Soccorso rientra nel Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) che, attraverso un'attività diagnostico terapeutica, ha lo scopo di assicurare una risposta rapida e completa in situazioni di emergenza. Il DEA è un raggruppamento di unità operative interdipendenti tra di loro le quali mantengono una propria autonomia. Si suddivide, in base alle unità operative che li compongono, in due livelli di complessità: DEA di I livello, detto anche *Spoke*, e DEA di II livello o *Hub* («Ministero della Salute»).

1.1.1 Definizione di Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso è una struttura organizzativa operativa 24 ore su 24, inserita all'interno del contesto ospedaliero. L'obiettivo principale è di garantire accertamenti diagnostico terapeutici al cittadino che accede per ricevere trattamenti urgenti, in tempi rapidi, non rinviabili e di cui non possono farsene carico altri servizi o strutture.

L'accesso al Pronto Soccorso è libero, senza distinzione d'età o nazionalità, e avviene per decisione autonoma del cittadino o su indicazione del Medico di Medicina Generale, della Guardia Medica o del Medico Specialista, presentandosi allo sportello del *Triage*, oppure con l'intervento del servizio di assistenza territoriale 118 («Accettazione e Pronto Soccorso - Portale AULSS 7 Pedemontana»).

1.1.2 Definizione, finalità e modello di riferimento del *Triage* intraospedaliero

Il *Triage*, dal francese “*trier*” che significa classificare/scegliere, è uno strumento organizzativo, garantito in modo continuativo nelle 24 ore, utilizzato per la valutazione e selezione immediata dell'utente in base all'urgenza delle condizioni cliniche. La funzione di *Triage* viene svolta da personale infermieristico esperto, specificatamente formato, che opera sulla base di appositi protocolli, sempre presente nella zona d'accesso al Pronto Soccorso.

Il *Triage* è il primo momento d'accoglienza in cui l'infermiere, con esperienza di almeno due anni in area critica, valuta le condizioni cliniche e il rischio evolutivo per identificare le

priorità assistenziali e, in seguito, definire un ordine d'accesso al trattamento e la presa in carico della persona attribuendone un codice di priorità in relazione all'emergenza.

Il fine del *Triage* è la gestione e la presa in carico di tutte le persone che accedono al Pronto Soccorso valutandone le condizioni cliniche mediante l'utilizzo di scale e/o strumenti di valutazione adatti, sistemi di monitoraggio e osservazione clinica per individuare eventuali situazioni di rischio e/o complicanze. Inoltre, ha lo scopo di ridistribuire i tempi d'attesa a vantaggio di chi ha bisogno d'interventi in regime d'emergenza e/o urgenza.

Il sistema di *Triage* sviluppato nei Pronto Soccorso italiani è basato sul modello dell'approccio globale alla persona attraverso una valutazione infermieristica incentrata sulla raccolta di dati: ciò avviene per garantire la reale presa in carico del paziente, assicurando, attraverso un processo di valutazione strutturato e un sistema di codifica del livello di urgenza di accesso alle cure, l'assegnazione di un codice di priorità che prenda in considerazione l'utente nella sua globalità («*Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero*», 2019).

Il *Triage* si compone di quattro fasi:

- una fase di *valutazione immediata*, anche detta “sulla porta” o *first look*, che deve essere garantita entro cinque minuti dall'infermiere di *Triage*, con l'obiettivo di individuare quei pazienti che necessitano di un intervento immediato attraverso una rapida osservazione delle condizioni generali;
- una fase di *valutazione soggettiva e oggettiva* con l'obiettivo di ottenere l'anamnesi mirata, la documentazione clinica e i parametri vitali;
- una fase di *decisione di triage* in cui viene assegnato il codice di priorità e attivati eventuali percorsi diagnostico terapeutici;
- una fase di *rivalutazione*, indispensabile, che consente il monitoraggio clinico attraverso l'osservazione e la ripetizione in parte o totale del processo di valutazione per confermare o modificare il codice assegnato precedentemente e dei relativi tempi di attesa;

1.1.3 Nuovi codici di priorità e tempi d'attesa

L'attribuzione del codice di priorità stabilisce la priorità d'accesso al trattamento in relazione alle condizioni cliniche e al rischio evolutivo della patologia dell'utente. Vengono considerati anche altri fattori, che possono influenzare o meno influenzano la decisione dell'infermiere con funzione di *Triage*, tra cui il dolore, l'eventuale presenza di disabilità o fragilità e l'età del paziente. Bisogna ricordare che non sempre il codice di priorità assegnato al *Triage* corrisponde alla serietà delle condizioni cliniche della persona, solamente dopo la valutazione da parte del medico si potrà formulare un giudizio dell'effettiva gravità del paziente.

Nel corso degli ultimi anni è maturata l'esigenza di modificare ulteriormente il sistema di codifica, basato su quattro codici colore, per soddisfare il bisogno di definire percorsi assistenziali che potrebbero trovare risposta nella rete dei servizi territoriali come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 (*«Riorganizzazione del Sistema di Emergenza urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale»*, 2013).

Nel nuovo modello vengono adottati cinque nuovi codici numerici di priorità, in cui 1 corrisponde al maggiore livello di gravità, individuando anche il tempo massimo di attesa per accedere alle aree di trattamento (*«Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero»*, 2019). Di seguito, si riporta una tabella con la descrizione della nuova codifica di priorità e dei tempi di attesa.

Tabella 1.I. Nuovi codici di priorità e tempi di attesa.

Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo 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 diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche.	Accesso entro 120 minuti
5	Bianco	Non urgenza	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica.	Accesso entro 240 minuti

(tratta da «Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero», 2019)

Eventuali modifiche rilevate durante la fase di rivalutazione possono determinare cambiamenti nei relativi tempi di attesa (tabella 1.II). La rivalutazione è definita come un'attività professionale volta a consentire il monitoraggio clinico dei pazienti in attesa attraverso il monitoraggio continuo delle situazioni con osservazione diretta o video mediata dei pazienti, ripetendo alcune o tutte le fasi di valutazione in caso di urgenze differibili, minori o di non urgenza.

Tabella 1.II. *Tempi e modalità di rivalutazione del paziente.*

Codice		Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di rivalutazione
numero	Colore			
1	Rosso	Emergenza	Accesso immediato alle aree di trattamento: nessuna rivalutazione	
2	Arancione	Urgenza	Accesso entro 15 min	Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3	Azzurro	Urgenza differibile	Accesso entro 60 min	Ripetizione di parte o tutte le fasi di rivalutazione: - a giudizio dell'infermiere di <i>triage</i> ; - a richiesta del paziente; - una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato.
4	Verde	Urgenza minore	Accesso entro 120 min	
5	Bianco	Non urgenza	Accesso entro 240 min	

(tratta da «Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero», 2019)

1.2 "Accessi impropri" al Pronto soccorso

Come già spiegato in precedenza, lo scopo del Pronto Soccorso è di garantire il trattamento immediato a tutti i casi urgenti che accedono al servizio. Tuttavia, negli ultimi anni si è osservato un incremento della domanda di cura con conseguente aumento degli accessi che rischiano di sovraccaricare e sovraccaricare le unità operative di emergenza e urgenza del territorio italiano.

La letteratura evidenzia che la causa dell'innalzamento della domanda di cura è dovuta all'aumento proporzionale dell'invecchiamento della popolazione, con conseguente incremento di patologie croniche che necessitano di risposte diverse e sempre più complesse (Coster et al., 2017).

Le unità operative di emergenza e urgenza italiane registrano un crescente aumento di accessi di utenti desiderosi di ottenere prestazione in regime di non emergenza, o urgenza, che potrebbero ricevere rivolgendosi ai servizi territoriali della zona come, ad esempio, il proprio Medico di Medicina Generale (M.M.G.).

Proprio per questo, il sovraffollamento (*overcrowding*) e gli accessi non urgenti ai servizi di emergenza sono tematiche molto importanti che portano all'attenzione il concetto connesso all'appropriatezza dell'accesso al Pronto Soccorso.

1.2.1 Definizione, cause e conseguenze del “*overcrowding*”

L'*overcrowding* è una parola inglese che indica il sovraffollamento o l'affollamento. Questo termine viene utilizzato in ambito medico per indicare quelle situazioni in cui il normale esercizio del Pronto Soccorso è condizionato dallo squilibrio tra il numero di utenti, in attesa o in carico, e la disponibilità di personale e strumenti presenti nell'unità operativa.

Il sovraffollamento si verifica nella maggior parte dei paesi sviluppati ed è descritto come un “problema di salute pubblica mondiale” e, quando è costante, normalmente è causato dalla mancanza di personale e risorse strutturali, tecnologiche e organizzazione.

Esistono diverse cause che inducono i servizi d'emergenza al sovraffollamento, le più rilevanti sono:

- una *graduale riduzione del numero di posti letto*, che si è registrata negli ultimi anni, con una conseguente diminuzione della capacità di ricovero da parte dell'ospedale anche in caso di ricoveri urgenti non programmati come quelli del Pronto Soccorso;
- il *crescente carico di lavoro e il limitato turn over per il personale* sta avendo un impatto considerevole sulle attività del Pronto Soccorso, il quale resta attivo giorno e notte;
- la *riforma dell'assistenza territoriale*, ancora incompleta, che potrebbe fungere da filtro per le emergenze, le quali potrebbero essere gestite in strutture ambulatoriali o direttamente al domicilio, riducendo l'accesso ai Pronto Soccorso, soprattutto di quelli non appropriati.

L'*overcrowding* ha severe ripercussioni sui pazienti, sugli operatori e sul sistema: per quanto riguarda i primi, si evidenzia un peggioramento degli *outcome* dovuto a tempi più lunghi di degenza, ritardi nella valutazione e nel trattamento e, soprattutto, a una maggiore esposizione agli errori; l'atmosfera tesa che si viene a creare esercita un intenso stress emotivo sia sugli utenti che sugli operatori, impatta negativamente sulla reciprocità di contatto e comunicazione e, talvolta, porta a episodi di aggressione nei confronti degli operatori, con conseguente riduzione della soddisfazione sul lavoro, rabbia e depressione. Ciò gli espone a un maggiore rischio di sviluppo di stress e *burn out*. Infine, il sovraffollamento si ripercuote

anche sul sistema sanitario con l'allungamento dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso e della degenza presso la struttura ospedaliera («*Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso*», 2019).

1.2.2 Definizione di “accesso improprio”

Secondo la letteratura, usare il termine “improprio” non è corretto, per questo molti autori preferiscono utilizzare il termine “non urgente” per tutti quegli accessi effettuati che non necessitano di trattamento immediato.

Possiamo, quindi, definire gli accessi non urgenti in Pronto Soccorso come visite che dovrebbero avvenire più propriamente in contesti territoriali, come le cure primarie, piuttosto che in aree di emergenza. Di solito, con il termine “*non urgente*”, ci si riferisce a pazienti che presentano sintomi non allarmanti, nessuna criticità o instabilità delle funzioni vitali, o utenti desiderosi di ottenere prestazioni diagnostiche o mediche in regime di non emergenza (Bonetti & Melani, 2019).

Nel 2017, nella provincia autonoma di Bolzano, è stato evidenziato un tasso di accesso al Pronto Soccorso pari a 399,08 per 1000 abitanti, mentre la percentuale di accessi impropri è il 22%. Questo evidenzia che l'impatto degli accessi non urgenti, con il successivo sovraffollamento dei dipartimenti di emergenza e urgenza, descrive indirettamente un segnale di valutazione sulla capacità di presa in carico degli utenti e una ridotta efficacia della risposta assistenziale dei servizi territoriali (Bonetti & Melani, 2019).

Tra il 2019 e il 2020 un altro studio, effettuato presso il “*Brooke Army Medical Center*” di San Antonio in *Texas*, ha analizzato 72.205 visite al Pronto Soccorso constatando che circa il 56,7% dei pazienti poteva rivolgersi ai servizi territoriali per ottenere una risposta appropriata, senza dover ricorrere al servizio di emergenza e urgenza (Tapia et al., 2022).

1.2.3 Cause e conseguenze dell'aumento di “accessi impropri”

Le cause di questi accessi impropri sono molteplici e multifattoriali: secondo uno studio del 2017 (Bagaglia & Polcri, 2017), eseguito all'ospedale di Perugia, le principali motivazioni per cui gli utenti effettuano accessi al pronto soccorso sono:

- la personale sensazione d'urgenza percepita dal paziente;

- la convinzione di essere sottoposti a esami diagnostici in tempi brevi e per ricevere soluzioni immediate ai loro problemi;
- la mancanza di fiducia per le figure professionali dei servizi territoriali, come il Medico di Medicina Generale o il Medico di Guardia, i quali il più delle volte vengono considerati incompetenti;
- la considerazione che il Pronto Soccorso sia un servizio igienico, sicuro e di alto livello a disposizione ogni qualvolta si voglia accedere.

Un altro studio ha evidenziato tra le cause di accesso non urgente anche l'etnia dell'utente, l'attività lavorativa, la fiducia nell'unità operativa, le modalità di accesso e il tempo intercorso tra l'insorgenza dei sintomi e la scelta di recarsi presso l'unità operativa (Di Tommaso et al., 2008).

Uno studio prospettico multicentrico eseguito in Germania ha riportato tra le motivazioni anche la comodità personale dell'utente nel raggiungere il Pronto soccorso, piuttosto di rivolgersi ai servizi territoriali; inoltre, la facile accessibilità e la vicinanza dell'unità operativa sono fattori che incidono molto sulla scelta del paziente (Ghazali et al., 2019).

Infine, una revisione sistematica eseguita in Inghilterra ha evidenziato che la convinzione della personale percezione d'emergenza legato alle proprie condizioni è un altro fattore molto importante che, simultaneamente all'opinione dei familiari e/o conoscenti, debba richiedere particolari risorse e/o strutture proprie del Pronto Soccorso (Coster et al., 2017).

La principale conseguenza dell'elevato numero di accessi non urgenti è il sovraffollamento del servizio, con conseguente incremento dei tempi di attesa, la dispersione di risorse mediche ed economiche e la riduzione dei termini di esito che ricade sul paziente stesso (Bonetti & Melani, 2019).

CAPITOLO 2: STUDIO OSSERVAZIONALE DESCRITTIVO

2.1 Obiettivo dello studio

Negli ultimi anni si è osservato un incremento della domanda di cura con conseguente aumento degli accessi che rischiano di sovraffollare e sovraccaricare le unità operative di emergenza e urgenza del territorio italiano. Proprio per questo, il sovraffollamento (*overcrowding*) e gli accessi non urgenti ai servizi di emergenza sono tematiche molto importanti che portano all'attenzione il concetto connesso all'appropriatezza dell'accesso al Pronto Soccorso.

Dopo aver effettuato una ricerca nelle banche dati di *PubMed* e *Google Scholar*, sono stati selezionati e analizzati 13 articoli nazionali e internazionali che trattavano di *overcrowding* e accessi non urgenti, oltre a individuare possibili soluzioni a questi fenomeni (per maggiori dettagli si veda Allegato 1). Da questa analisi è emersa la necessità di avviare uno studio osservazionale descrittivo per cercare di individuare le motivazioni che portano l'utenza a rivolgersi al Pronto Soccorso e per identificare i livelli di conoscenza, da parte del paziente, per quanto riguarda i servizi ospedalieri, territoriali e le prestazioni erogate.

2.2 Strumento dell'indagine

Al fine di indagare le cause e motivazioni e di valutare le conoscenze degli utenti, è stato creato un questionario redatto dall'analisi di quattro articoli:

- *Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non appropriato del pronto soccorso nella Ausl di Ravenna* (Di Tommaso et al., 2008);
- *Il ruolo degli accessi impropri in pronto soccorso nella provincia autonoma di Bolzano* (Bonetti & Melani, 2019);
- *Il problema degli accessi "impropri" in Pronto Soccorso - un'indagine antropologica* (Bagaglia & Polcri, 2017);
- *L'accesso improprio in Pronto Soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale* (Lupo et al., 2018).

Gli articoli selezionati hanno utilizzato varie tipologie di strumenti per analizzare le tematiche prese in considerazione: uno studio ha utilizzato un'intervista in profondità e osservazione non partecipante (Bagaglia & Polcri, 2017), un altro ha estrapolato i dati da una banca dati del flusso ministeriale (Bonetti & Melani, 2019) mentre due articoli hanno

utilizzato dei questionari (Di Tommaso et al., 2008)(Lupo et al., 2018). L'obiettivo di ogni studio era individuare i fattori sociali e clinici, le cause e motivazioni che hanno indotto il paziente a effettuare un accesso non urgente al Pronto Soccorso.

2.2.1 Descrizione dello strumento

Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è un questionario, vedi Allegato 2, che si compone di 20 domande chiuse e a scelta multipla e può essere suddiviso in 3 aree tematiche.

La prima area tematica valuta gli aspetti socio-demografici, ovvero: l'età, il sesso, il titolo di studi, la professione, la condizione di salute percepita e la diagnosi di patologie croniche. L'età e il sesso sono elementi importanti per determinare chi visita più frequentemente l'ospedale per condizioni di non emergenza. Anche l'occupazione è un importante fattore da indagare: infatti, per condizioni mediche non urgenti, gli utenti dovrebbero recarsi al Pronto Soccorso secondo i propri orari di lavoro. Inoltre, è importante conoscere il titolo di studi in possesso per determinare la formazione dell'utente e la sua capacità di saper ottenere informazioni o saper utilizzare mezzi per trovare servizi alternativi.

La condizione di salute avvertita è rilevante per determinare la personale percezione del problema: infatti, la percezione di un peggioramento del proprio stato di salute è il motivo principale che spinge l'utenza ad accedere ai servizi di emergenza. Infine, viene chiesto di indicare se affetto da patologie croniche, dato importante per costatare quale sia la categoria di utenti più propensa ad accedere per patologie non urgenti al Pronto Soccorso.

La seconda area tematica analizza i fattori psicosociali e sanitari che hanno indotto l'utente a rivolgersi all'unità operativa come:

- il sintomo;
- il codice colore assegnato in *triage*;
- il tempo intercorso tra l'insorgenza e l'ingresso;
- la motivazione dell'accesso;
- la decisione di recarsi al Pronto Soccorso.

Il sintomo, il codice assegnato e il tempo intercorso sono elementi importanti per descrivere il rischio di effettuare un accesso non appropriato all'unità operativa: come riportato in uno studio, "al crescere del tempo aumenta costantemente la percentuale di accessi impropri" (Di Tommaso et al., 2008).

Le motivazioni, che spingono il cittadino a rivolgersi all'unità operativa, includono la conoscenza dell'utente stesso circa la capacità del Pronto Soccorso di fornire determinati servizi con una certa tempestività e di garantire un servizio accessibile giorno e notte: pertanto, indagare questo fattore può aiutare a capire quale concezione ha il paziente dei servizi che ha a disposizione. Allo stesso tempo, è possibile valutare il rischio di effettuare un accesso improprio indagando le modalità di decisione di recarsi al dipartimento d'emergenza e urgenza.

La terza area tematica indaga le conoscenze dell'utente per quanto riguarda:

- gli orari e i contatti del Medico di Continuità Assistenziale (MCA) e del proprio Medico di Medicina Generale (MMG);
- il sentirsi seguito dal proprio MMG e se si sottopone regolarmente a controlli clinici;
- se il proprio MMG lavora in proprio o in associazione;
- la conoscenza della presenza di un ambulatorio infermieristico presso lo studio del proprio MMG e delle modalità di accesso;
- la conoscenza della figura dell'infermiere che collabora con il MMG;
- l'interesse a conoscere prestazioni di cui potrebbe usufruire presso un ambulatorio infermieristico.

Valutando le conoscenze dell'utente possiamo determinare se sa ottenere informazioni per individuare servizi alternativi, come quelli territoriali, per ottenere una risposta appropriata, senza dover ricorrere al Pronto Soccorso.

2.2.2 Metodi e modalità di somministrazione

La raccolta dati è stata effettuata presso l'Unità Operativa di Pronto soccorso di un ospedale dell'Alto Vicentino. Il periodo di somministrazione è stato svolto a gennaio del 2023, più specificamente sono state dedicate due settimane, dal 16 al 29 gennaio.

Per monitorare gli accessi giornalieri e il codice colore assegnato sono state create:

- una griglia giornaliera, suddivisa per codice di priorità, in cui veniva apportata una "X" ogni qualvolta un utente effettuasse un accesso (Allegato 3);
- una griglia oraria in cui veniva specificata la data, la fascia oraria e il numero totale di codici bianchi e verdi che accedevano all'unità operativa in giornata (Allegato 4);

In fase di preparazione, sono state individuate cinque fasce orarie: dalle 7.00 alle 12.00, dalle 10,00 alle 14,00, dalle 12,00 alle 18.00, dalle 15.00 alle 20,00 e dalle 18,00 alle 24,00, questo per permettere un turn over dei pazienti e rilevare in quale fascia fossero effettuati maggiori accessi all'unità operativa. Successivamente i primi quattro giorni di somministrazione, si è proceduto a un'analisi in itinere dell'affluenza di utenti, constatando che durante la giornata si registrava un maggiore afflusso durante le ore pomeridiane: per questo, si è deciso di continuare la somministrazione distribuendo il questionario dalle 13.00 alle 19.00 di ogni pomeriggio per la durata dello studio.

La modalità di somministrazione prevedeva che lo strumento d'indagine venisse consegnato al termine del colloquio con l'infermiere di *triage*: la scelta di questo momento deriva dal fatto che l'intervistatore poteva constatare se il soggetto rientrasse o meno nei criteri d'inclusione dello studio. Successivamente, il paziente si accomodava in sala d'attesa dove poteva rispondere al questionario e, una volta compilato, inserirlo nella *box* predisposta alla raccolta.

Questa procedura è stata messa in atto per garantire l'anonimato del campione di studio, in quanto, l'intervistatore non aveva visuale né della sala d'attesa, né della *box* di raccolta.

Di seguito si riporta una *Flow Chart* (Figura 1) in cui vengono presentati il campionamento e i parametri che hanno consentito di raccogliere da questo studio 221 questionari compilati.

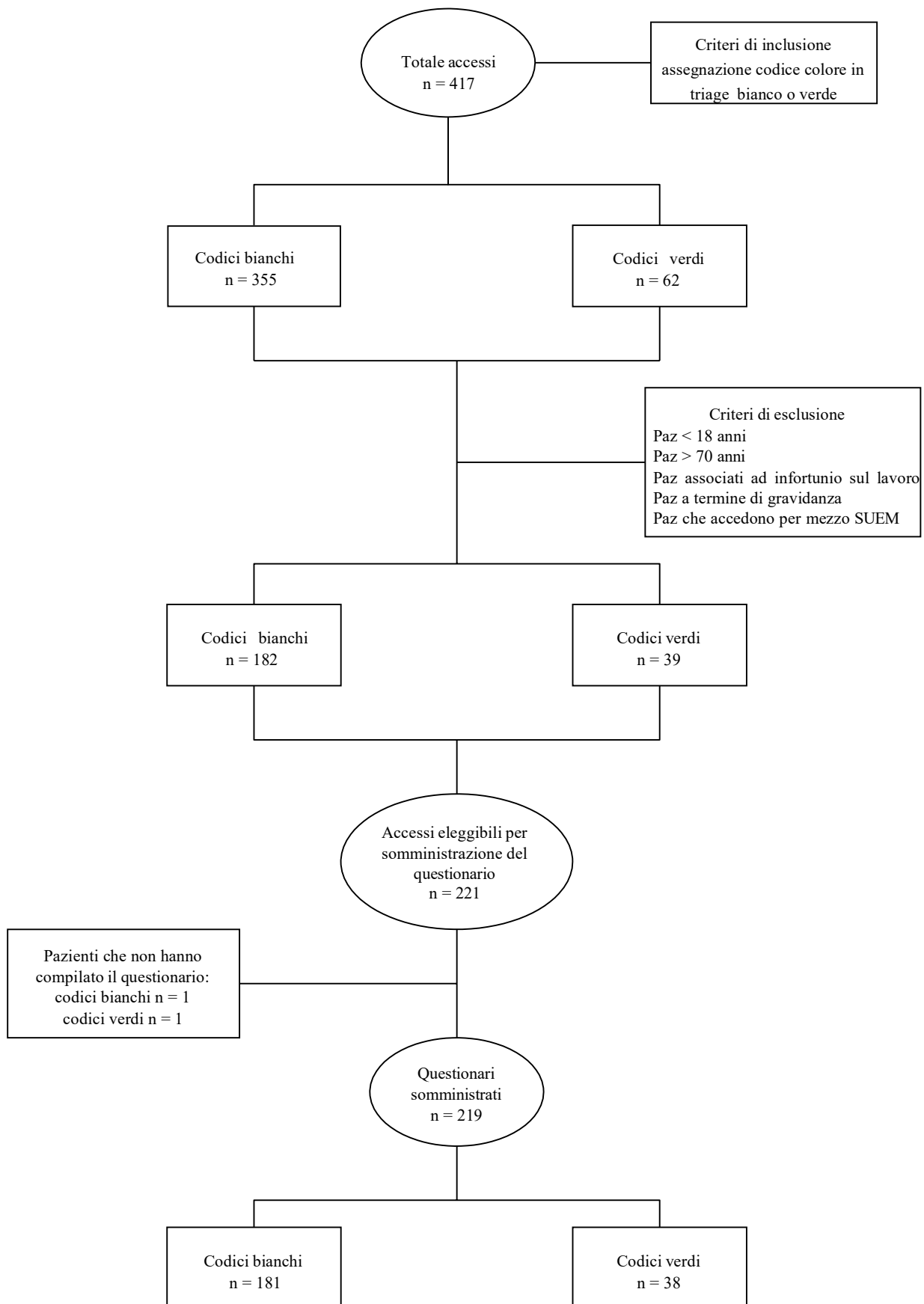


Figura 1. Flow Chart

2.2.3 Criteri di inclusione ed esclusione

Il questionario è stato ideato per essere somministrato agli utenti che accedono all'unità operativa con codice *triage* infermieristico bianco o verde di età compresa tra i 18 e i 70 anni, in grado di leggere e comprendere la lingua italiana.

Sono stati esclusi tutti quei pazienti in età pediatrica, con più di 70 anni, donne al termine di gravidanza, pazienti associati a infortunio sul lavoro o che accedevano attraverso mezzo SUEM. Inoltre, sono stati esclusi tutti quei pazienti che presentavano una barriera linguistica.

2.3 Consenso dell'Azienda e Consenso informato

È stata richiesta l'autorizzazione alla raccolta dati alla Coordinatrice e al Primario dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso e, successivamente, al Direttore Generale dell'A.U.L.S.S 7 Pedemontana, inviando protocollo di tesi, in cui è stato specificato l'obiettivo e le modalità dello studio, una copia del questionario e il modulo "richiesta autorizzazione accesso e raccolta dati per tesi".

L'impaginazione del questionario è stata pensata per garantire l'anonimato dell'utente, mantenendo una prima pagina d'introduzione alla compilazione in cui sono stati descritti le finalità della raccolta dati, l'impostazione delle domande e le modalità di ritiro del questionario. Inoltre, il paziente è stato informato che la compilazione fosse completamente anonima.

2.4 Raccolta e analisi dei dati

I dati ottenuti sono stati inserite in un programma di calcolo *Excel*, suddiviso in due fogli di calcolo. Nel primo foglio sono state inserite le risposte che ogni utente ha dato, mentre nel secondo foglio sono stati inseriti i dati riguardanti gli accessi giornalieri, suddivisi per codice colore di *triage* bianco o verde, il numero di questionari distribuiti giornalmente, compilati e non e, infine, quelli compilati parzialmente. Inoltre, nel secondo foglio di calcolo, sono stati inseriti i dati raccolti derivanti dall'utilizzo dell'Allegato 4.

2.5 risultati

Dal 16/01 al 29/01 hanno effettuato un accesso al Pronto Soccorso 417 utenti, di cui 355 con codice colore bianco e 62 verde. Nella Tabella 2.III vengono riportati gli accessi totali, suddivisi per codice di priorità assegnato e fascia oraria di ingresso all'unità operativa.

Tabella 2.III. *Distribuzione per fascia oraria dei codici di priorità bianco e verde.*

Fascia oraria	Codice bianco	Codice verde
7.00 – 14.00	79	10
12.00 – 19.00	276	52
TOTALE	355	62
TOTALE GENERALE	417	

Di 417 utenti totali, sono stati esclusi 196 pazienti in quanto non soddisfacevano i criteri di inclusione dello studio. Ai 221 pazienti rimasti è stato somministrato lo strumento d'indagine: al termine sono stati raccolti 219 questionari, di questi sette sono stati parzialmente completati e due non sono stati riconsegnati, come riportato nella Tabella 2.IV.

Tabella 2.IV. *Descrizione dei questionari raccolti.*

	Questionari somministrati	Questionari compilati	Questionari non riconsegnati	Questionari non completati
Totale (n)	221	219	2	7
Media giornaliera	15,78	15,64	0,14	0,5
Percentuale (%)	100	99,10	0.90	3,19

Durante il periodo di somministrazione del questionario, è stato possibile verificare il numero di pazienti che accedevano e il codice assegnato al *triage*; questo grazie alla predisposizione di una griglia giornaliera (Allegato 2), suddivisa per codice di priorità, che veniva aggiornata ogni qualvolta era assegnato un codice di priorità a un paziente.

Nella Tabella 2.V si può osservare la distribuzione giornaliera dei codici di priorità rilevati durante lo studio, indicando il totale (n) e la percentuale (%).

Tabella 2.V. Distribuzione giornaliera dei codici di priorità.

DATA	BIANCO		VERDE		GIALLO		ARANCIONE		ROSSO	
16/01/23	27		2		4		9		0	
17/01/23	17		4		2		5		0	
18/01/23	27		4		3		16		1	
19/01/23	15		3		4		5		0	
20/01/23	20		9		1		9		0	
21/01/23	33		0		5		7		0	
22/01/23	26		6		2		4		0	
23/01/23	28		3		2		7		0	
24/01/23	26		2		4		2		0	
25/01/23	23		10		0		7		0	
26/01/23	35		4		1		13		0	
27/01/23	28		6		2		8		0	
28/01/23	26		5		3		5		0	
29/01/23	22		3		2		2		0	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	353	64,30	61	11,11	35	6,38	99	18,03	1	0,18

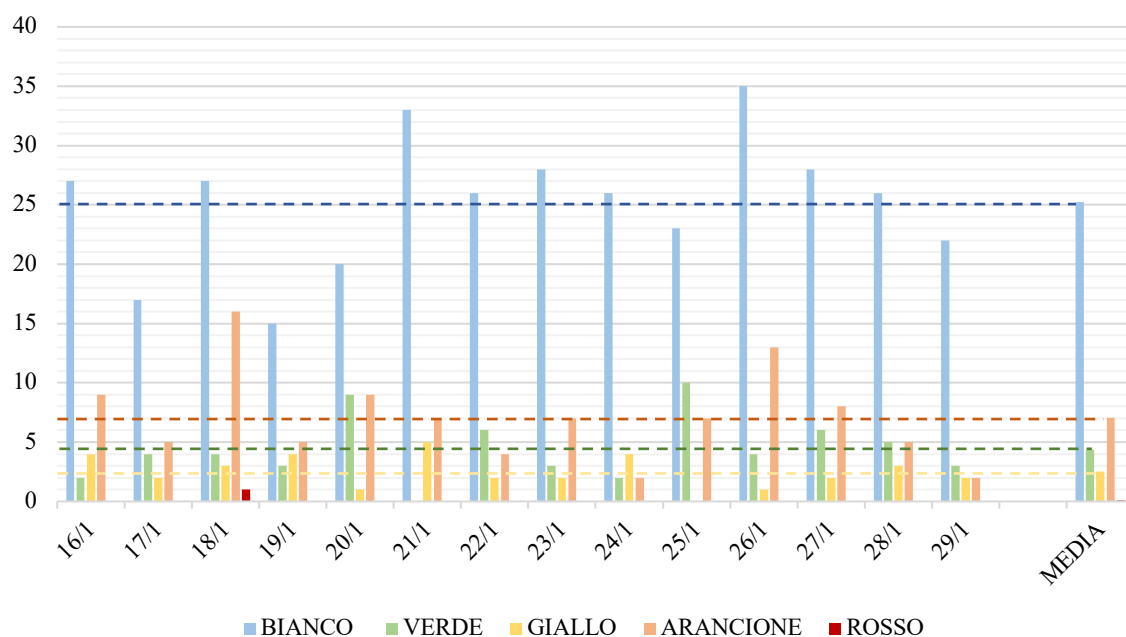


Figura 2. Distribuzione giornaliera e media dei codici di priorità.

Nella figura 3 viene dimostrata la distribuzione totale e la media giornaliera degli accessi, nelle fasce orarie indicate nello studio, presso il Pronto soccorso: in media, 25,5 pazienti al giorno hanno effettuato un accesso, mentre durante la settimana sono stati mediamente 177,5 pazienti.

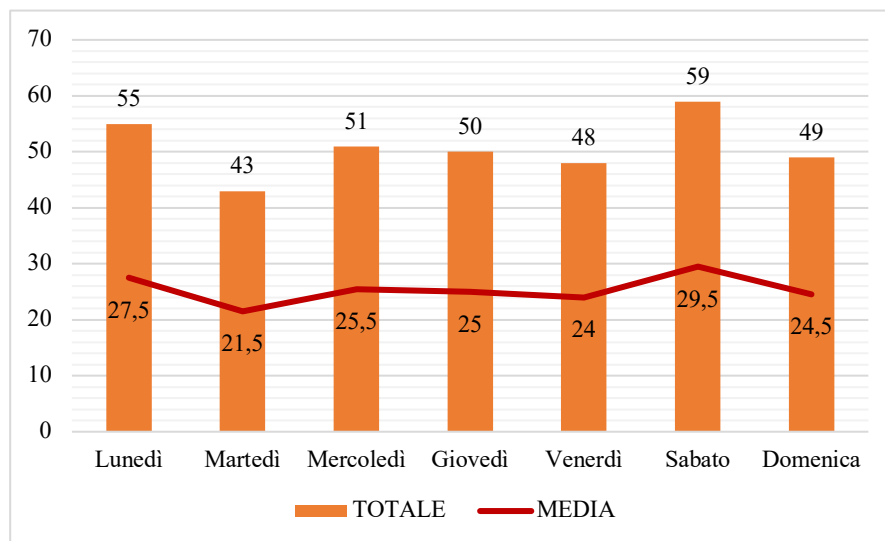


Figura 3. Distribuzione totale e media giornaliera degli accessi nelle fasce orarie impostate.

2.5.1 Prima area tematica - fattori socio-demografici

Età e sesso del campione

Analizzando i dati ottenuti dalle risposte degli utenti, è stata creata la tabella 2.VI nella quale possiamo notare che la distribuzione del sesso del campione è quasi omogenea, con un 49,77% di sesso maschile e un 50,23% di sesso femminile.

Tabella 2.VI. Distribuzione del campione per sesso ed età.

SESSO	FASCE D'ETÀ					TOTALE	
	18 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 70		
Maschi	21	16	18	22	32	109	49,77%
	19%	15%	17%	20%	29%		
Femmine	27	14	15	18	36	110	50,23%
	24%	13%	14%	16%	33%		

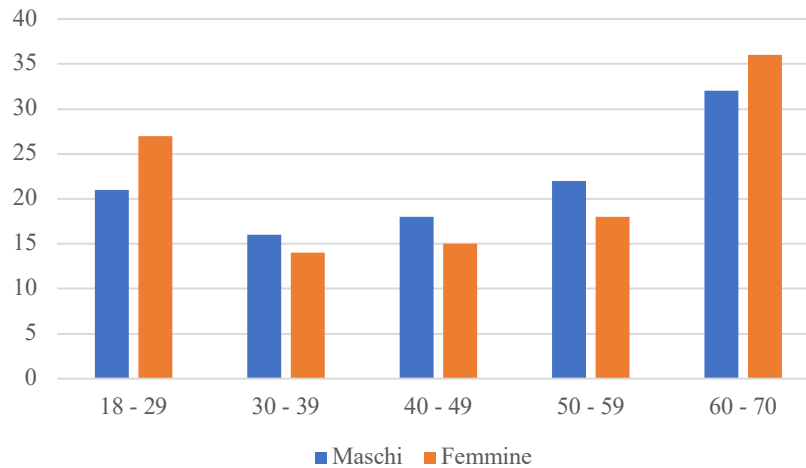


Figura 4. Grafico della distribuzione del campione per sesso ed età.

Per quanto riguarda l'età, il campione è vario: osservando la figura 4 e 5, gli utenti con un'età compresa tra 60 e 70 anni sono più propensi a effettuare un accesso, con il 31%, segue poi il 22% dei pazienti con età dai 18 ai 29 anni. Inoltre, possiamo notare che i pazienti che rientrano nella fascia d'età tra i 30 e 39 anni sono quelli che effettuano meno frequentemente accessi al Pronto Soccorso.

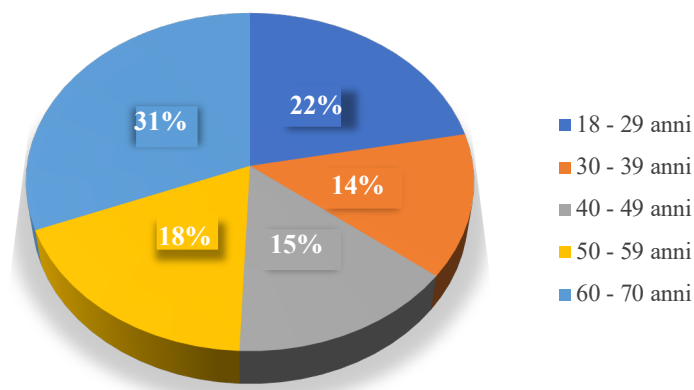


Figura 5. Percentuale di accesso secondo le fasce d'età.

Titolo di studi e professione

Prendendo in esame la figura 6, riporta una maggioranza con diploma di scuola superiore con $n = 96$ (43,84%) e licenza media con $n = 81$ (36,99%), ciò suppone che il campione potrebbe essere in grado di ottenere informazioni o di utilizzare strumenti per trovare soluzioni alternative.

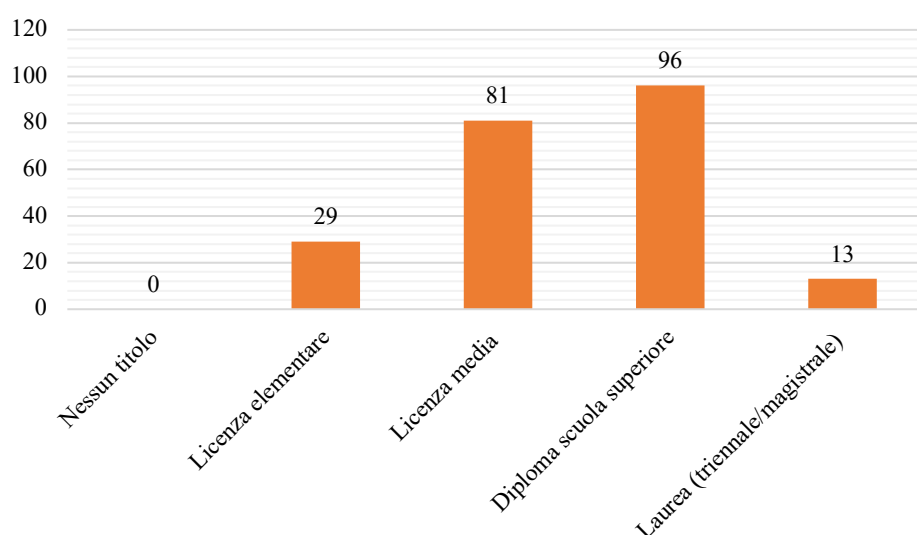


Figura 6. Grafico della distribuzione del campione per titolo di studi.

Nella tabella 2.VII sono stata riportata la distribuzione del campione per professione: sono state individuate sette categorie, nella voce “Altro” sono state inserite tutte quelle professioni che non rientravano nelle altre.

Le professioni più frequenti sono la classe operaia con $n = 77$ (35,15%), seguito dai pensionati con $n = 60$ (27,40%).

Tabella 2.VII. Distribuzione del campione per professione.

PROFESSIONE	n	%
Dirigente, libero professionista, imprenditore	16	7,31
Artigiano, commerciante	8	3,65
Impiegato, insegnante	20	9,13
Operaio/a	77	35,15
Altro	15	6,85
Pensionato/a	60	27,40
Studente	23	10,50
TOTALE	219	100

Condizione di salute percepita e patologie croniche pregresse

Nella tabella 2.VIII sono stati riportati i dati riguardanti lo stato di salute percepito dal campione: il 43,38% (n = 95) dichiara che le proprie condizioni di salute sono “molto buone”, mentre il 33,33% (n = 73) “buono”. Soltanto il 13,35% (n = 29) esprime la propria salute come “ottimale”.

Tabella 2.VIII. *Distribuzione del campione secondo le condizioni di salute percepite.*

STATO DI SALUTE	n	%
Scadente	2	0,91
Discreto	20	9,13
Buono	73	33,33
Molto buono	95	43,38
Ottimale	29	13,25
TOTALE	219	100

Su 219 utenti che si sono recati al Pronto Soccorso, il 54,34% (n = 119) ha riferito di non aver nessuna patologia cronica; contrariamente, il 45,66% afferma di essere affetto da almeno una malattia cronica. Come riportato nella tabella seguente (Tabella 2.IX), tra gli utenti affetti da patologie, possiamo notare che la maggior parte ne ha soltanto una con n = 69 (31,51%).

Tabella 2.IX. *Distribuzione del campione per numero di patologie croniche pregresse.*

MALATTIE CRONICHE	n	%
Nessuna patologia	119	54,34
Una patologia	69	31,51
Due patologie	25	11,41
Tre patologie	3	1,37
Quattro patologie	3	1,37
TOTALE	219	100

Nella figura 7, invece, vengono rappresentate le malattie croniche più frequenti nel campione di studio. Nella voce “Altro” vengono raggruppate tutte quelle patologie che non rientravano nelle categorie preposte.

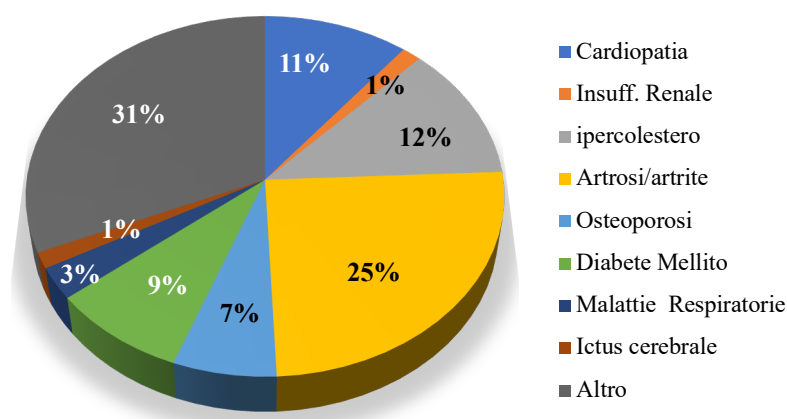


Figura 7. *Patologie più frequenti nel campione di studio.*

2.5.2 Seconda area tematica - fattori psicosociali e sanitari

Sintomo d'accesso e codice di priorità assegnato

Nella tabella seguente sono rappresentati i dati relativi ai sintomi d'ingresso. La maggioranza del campione afferma di avere un sintomo al momento dell'accesso con $n = 210$ (95,89%). Soltanto $n = 1$ (0,46%) riferisce tre sintomi.

Tabella 2.X. *Distribuzione del campione per sintomi d'accesso.*

NUMERO SINTOMI ALL'INGRESSO	n	%
Unico sintomo	210	95,89
Due sintomi	8	3,65
Tre sintomi	1	0,46
TOTALE	219	100

Nella figura 8, invece, vengono rappresentate le varie percentuali relative ai sintomi maggiormente riscontrati: il "trauma minore" è il più frequente con il 28% ($n = 64$), a seguire troviamo "dolore specifico in determinata sede" con il 14% ($n = 32$) e, da ultimo, il "dolore addominale" con il 12% ($n = 28$).

I sintomi meno frequenti sono il "dolore toracico", la "difficoltà respiratoria" e i "disturbi odontostomatologici" con rispettivamente l'1%.

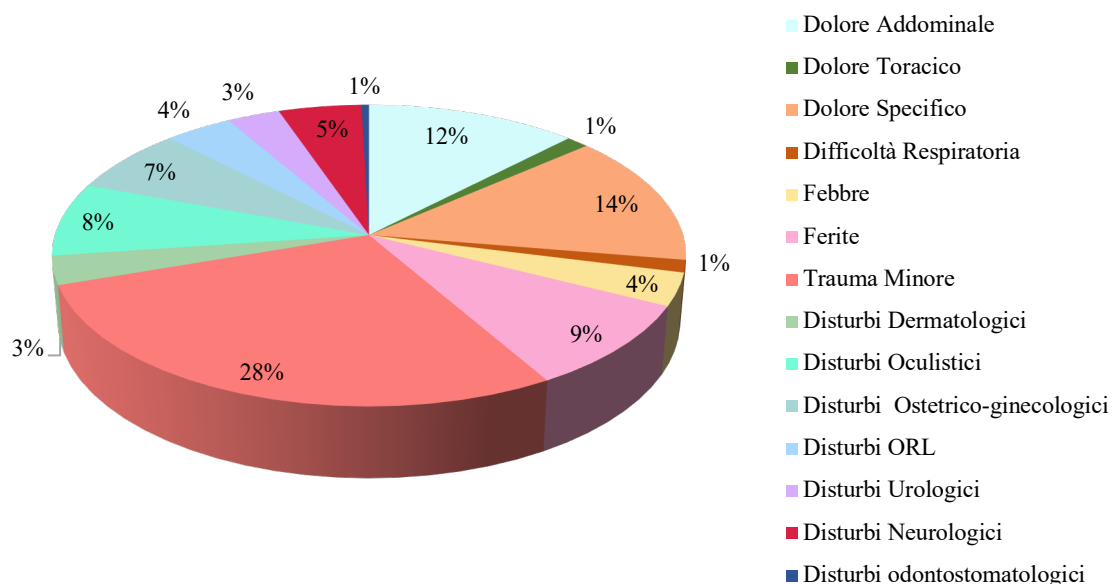


Figura 8. Percentuali dei sintomi rilevati all'ingresso al Pronto Soccorso.

Successivamente sono stati analizzati i dati relativi ai codici di priorità assegnati al *triage*: ai fini dello studio sono stati esclusi i codici giallo, arancione e rosso. Nella tabella 2.XI sono stati inseriti i dati inerenti alla distribuzione del campione per codice colore d'accesso, evidenziando che a n = 181 dei pazienti è stato assegnato un codice bianco, che rappresenta una situazione clinica non urgente e che non richiederebbe l'intervento del Pronto Soccorso.

Tabella 2.XI. Distribuzione del campione per codice di priorità.

CODICE DI PRIORITÀ	n	%
Bianco	181	82,65%
Verde	38	17,35
TOTALE	219	100%

Tempo intercorso e motivazione sulla scelta di recarsi al Pronto Soccorso

Analizzando i dati ottenuti dalle risposte degli utenti, è stata creata la tabella 2.XII nella quale possiamo notare che n = 71 (32,42%) hanno dichiarato di aver aspettato meno di 12 ore prima di recarsi al Pronto Soccorso, mentre n = 64 (29,22%) hanno atteso più di due giorni.

Tabella 2.XII. *Distribuzione del campione per tempo intercorso all'ingresso.*

TEMPO INTERCORSO	n	%
Meno di 12 ore	71	32,42
Tra 12 e 24 ore	53	24,20
Più di 24 ore	31	14,16
Più di due giorni	64	29,22
TOTALE	219	100

Le motivazioni sono molteplici, prendendo in esame la figura 9, il motivo più frequente è il pensiero che il Pronto Soccorso abbia più strumenti per risolvere il proprio problema con n = 76 (33,48%), seguito dalla cura inefficace del Medico di Medicina Generale con n = 27 (11,89%) e che l'ambulatorio del proprio medico fosse chiuso con n = 26 (11,45%). È interessante notare che il 10,13% (n = 23) del campione abbia riferito di avere fiducia nell'ospedale perché gli operatori hanno più conoscenza del Medico di Medicina Generale.

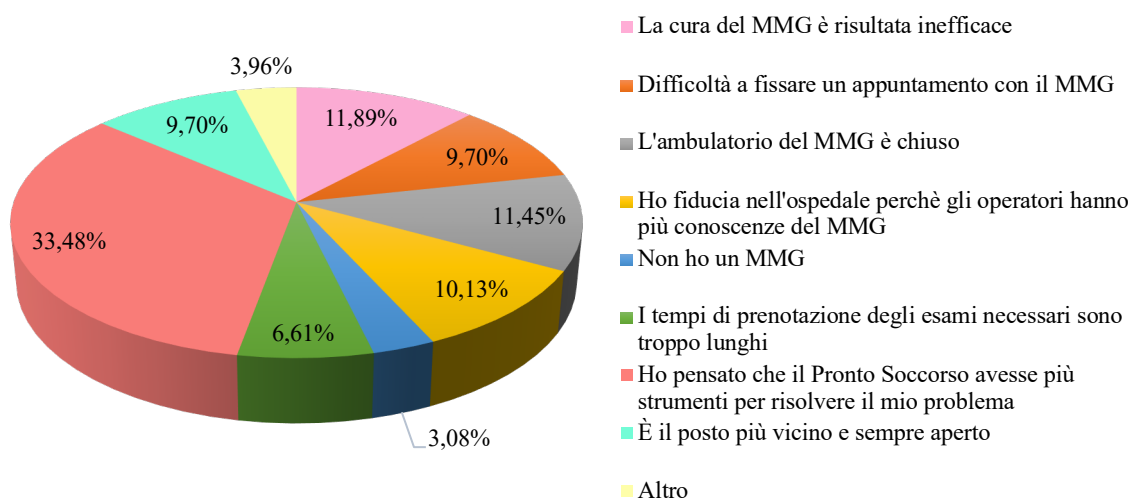


Figura 9. *Motivazioni che hanno indotto la scelta di recarsi al Pronto soccorso.*

Decisione di recarsi al Pronto Soccorso

La modalità di decisione è un fattore molto importante per capire se l'accesso è appropriato o meno. La maggioranza ha espresso di aver deciso in autonomia di recarsi al Pronto Soccorso con n = 120 (54,79%), mentre soltanto il 11,87 % (n = 26) ha consultato il proprio Medico di Medicina Generale o il Medico di Continuità Assistenziale.

Tabella 2.XIII. Distribuzione del campione per decisione.

DECISIONE	n	%
In autonomia	120	54,79
Su indicazione di familiari/conoscenti	73	33,34
Su indicazione del Medico di Medicina Generale	17	7,76
Su indicazione del Medico di Continuità Assistenziale	9	4,11
TOTALE	219	100

2.5.3 Terza area tematica - conoscenze dell'utente

Conoscenze generali sul Medico di Medicina Generale e di Continuità assistenziale

La terza area tematica è stata impostata per valutare le conoscenze in possesso del campione: tra le molteplici cause di accessi non urgenti, troviamo anche la non consapevolezza di poter trovare soluzioni in altri servizi presenti sul territorio come, ad esempio, l'ambulatorio del proprio Medico di Medicina Generale (M.M.G) o del Medico di Continuità Assistenziale (M.C.A), servizi specialistici o altro.

Nelle ultime domande del questionario i dati sono variabili, in quanto, molti utenti non hanno fornito una risposta: per questo, nelle tabelle e figure seguenti sono stati inseriti valori relativi ai dati in possesso.

La popolazione di studio è stata interrogata su vari aspetti personali: il 61,64% (n = 135) del campione *non conosce* gli orari o i contatti del MCA, al contrario l'82,19% (n = 180) *conosce* quelli del proprio MMG. A queste domande, *cinque* persone hanno preferito non rispondere. Relativamente al "sentirsi seguito dal proprio MMG" il 36,99% (n = 81) ha espresso un parere negativo contrariamente al 58,92% (n = 131), allo stesso tempo il campione si divide a metà rispetto al "sottoporsi regolarmente a controlli periodici" per cui il 47,95% (n = 105) si sottopone abitualmente ad accertamenti, contrariamente al 48,86% (n = 107).

Tabella 2.XIV. *Distribuzione del campione per le conoscenze in possesso.*

CONOSCENZE	n		%		Nessuna Risposa		TOTALE	
	SI	NO	SI	NO	n	%	n	%
Conoscenza degli orari e dei contatti del Medico di Continuità Assistenziale	79	135	36,07	61,64	5	2,28	219	100
Conoscenza degli orari e dei contatti del Medico di Medicina Generale	180	34	82,19	15,53	5	2,28	219	100
Si sente seguito dal Medico di Medicina Generale?	131	81	58,92	36,99	7	3,20	219	100
Si sottopone regolarmente a controlli periodici?	105	107	47,95	48,86	7	3,20	219	100

Successivamente, è stato chiesto alla popolazione di studio se il proprio MMG fosse associato o meno. La figura 10 mostra che la maggioranza dei MMG lavora in associazione con n =116 (52,97%). Il 5,94% (n= 13) non ha saputo dare una risposta.

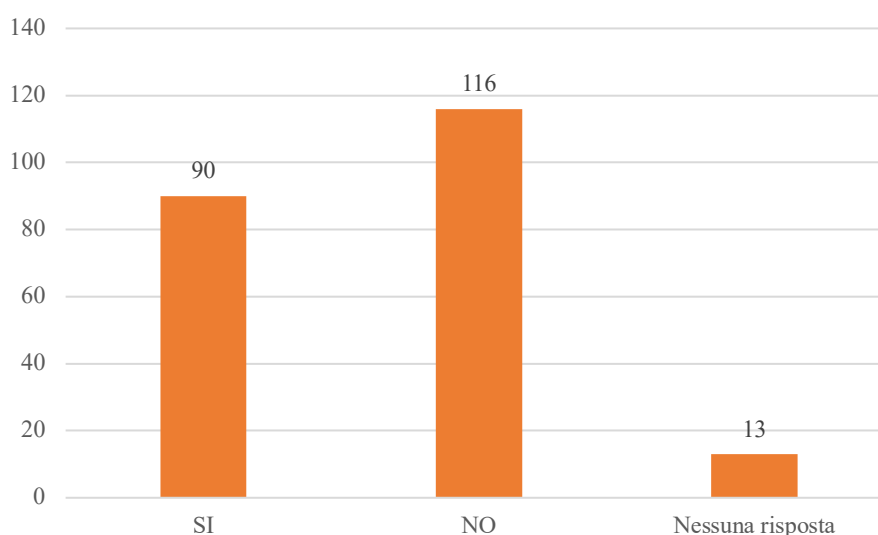


Figura 10. *Medico associato o non associato?*

Conoscenze sull'Ambulatorio infermieristico e l'infermiere

È stato chiesto al campione se fosse a conoscenza della presenza di un ambulatorio infermieristico presso lo studio del proprio Medico di Medicina Generale: in figura 11 notiamo che la maggioranza del campione ha confermato la non presenza di un ambulatorio infermieristico con n = 144 (52,97%).

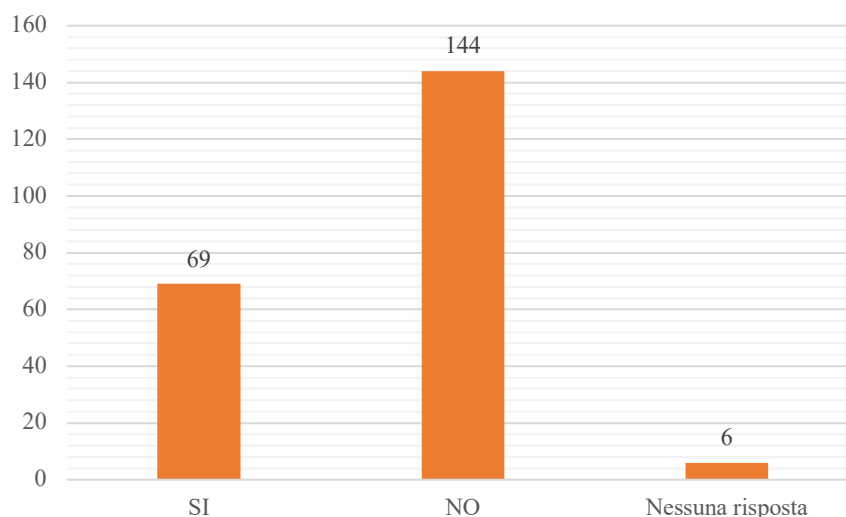


Figura 11. Presenza di un ambulatorio infermieristico presso lo studio del MMG.

Nella tabella seguente vengono riassunti i dati per quanto riguarda la conoscenza del campione sulle modalità di accesso all'ambulatorio infermieristico in cui la maggioranza esprime di non sapere quali sono con n = 182 (83,11%), seguito dall'89,50% (n = 196) che non conosce la figura dell'infermiere che collabora con il Medico di Medicina Generale.

Tabella 2.XV. Conoscenze in possesso sulle modalità di accesso e collaborazione.

CONOSCENZE	n		%		Nessuna Risposta		TOTALE	
	SI	NO	SI	NO	n	%	n	%
Conoscenza delle modalità di accesso all'Ambulatorio Infermieristico	30	182	13,70	83,11	7	3,20	219	100
Conoscenza della figura dell'infermiere che collabora con il MMG	19	196	8,68	89,50	4	1,83	219	100

Volontà di conoscere le prestazioni offerte dall'ambulatorio infermieristico

Infine, nella figura 12 vengono riassunti i dati sulla volontà di conoscere le prestazioni erogate e di cui potrebbe usufruire l'utenza. La maggioranza del campione, con $n = 175$ (79,91%), è favorevole, contrariamente al 18,26% ($n = 40$). Soltanto $n = 4$ (1,83%) persone hanno preferito non rispondere.

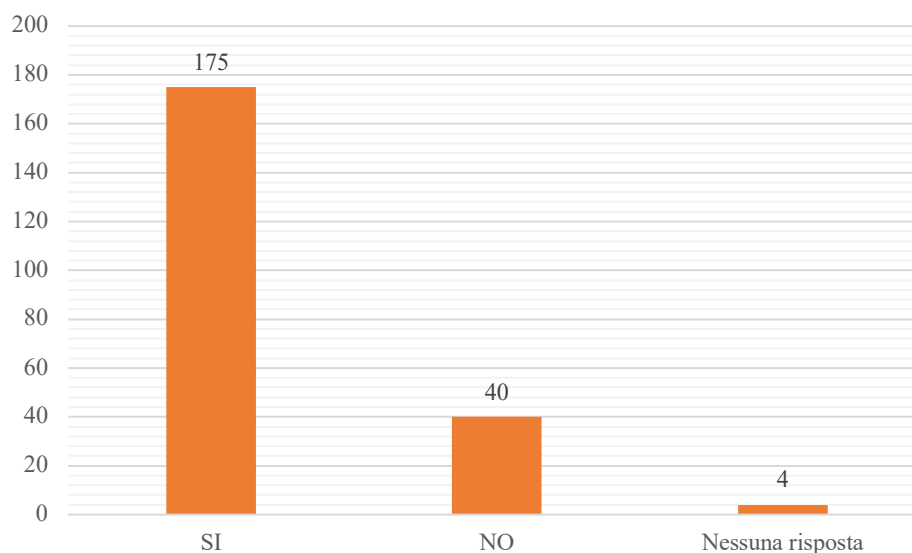


Figura 12. Interesse a conoscere le prestazioni erogate dall'Ambulatorio infermieristico.

2.6 Discussione dei risultati

L'obiettivo di questo studio era quello di individuare le motivazioni che portano l'utenza a rivolgersi al Pronto Soccorso e il livello di conoscenze, da parte della persona, per quanto riguarda i servizi territoriali e le prestazioni erogate.

Dall'analisi dei dati, ottenuti dalla somministrazione del questionario, si evince che la maggioranza dei pazienti che effettua un accesso al Pronto Soccorso rientra nelle fasce d'età dai 60 ai 70 anni e dai 18 ai 29 anni: dati in contrasto con la letteratura, in quanto l'età media dei pazienti a rischio di accesso improprio è di 45 anni (Di Tommaso et al., 2008). Inoltre, il campione è rappresentato quasi equamente da maschi e femmine, confermando che la distinzione del sesso non è un fattore che incide sull'utilizzo proprio e improprio del Pronto Soccorso.

Relativamente alla professione, la maggioranza del campione lavora come operaio e, una buona parte, è pensionato: questo dato, confermato anche da uno studio effettuato presso

l'Auls di Ravenna (Di Tommaso et al., 2008), dimostra che la condizione occupazionale è un fattore maggiormente associato all'uso non appropriato dell'unità operativa.

Il titolo di studio è un fattore importante che consente di capire il grado di capacità, da parte del campione, di ottenere e analizzare informazioni o utilizzare dispositivi per trovare soluzioni e servizi alternativi: dai dati si evince che prevale un'istruzione medio - alta, ma allora perché si registrano numerosi casi di accessi non urgenti presso il Pronto Soccorso?

La percezione del proprio stato di salute è un altro fattore che può influenzare la scelta del cittadino a rivolgersi ai servizi di emergenza (Bagaglia & Polcri, 2017)(Coster et al., 2017). Dall'analisi dei dati, il campione percepisce la propria condizione di salute come “buona” o “molto buona”, tuttavia conferma che la percezione di emergenza correlata al proprio stato di salute è il principale motivo di spinta per cui alcuni effettuano accessi non urgenti al Pronto Soccorso.

Per quanto riguarda le patologie croniche, secondo uno studio effettuato nella Provincia autonoma di Bolzano (Bonetti & Melani, 2019), i pazienti non cronici e con una sola malattia cronica, sono più a rischio di effettuare accessi impropri: infatti, la maggior parte del campione rispetta quanto riportato dallo studio, confermando che il paziente cronico, con più di due patologie, ricorre al servizio di emergenza e urgenza per ragioni più urgenti e, molto probabilmente, legate alla condizione stessa.

Proseguendo con l'analisi dei dati, la maggior parte del campione si è recato al Pronto Soccorso per l'insorgenza di un solo sintomo, tra cui possiamo trovare il trauma minore, il dolore specifico e il dolore addominale; meno frequenti sono stati il dolore toracico, la difficoltà respiratoria e i disturbi odontostomatologici. Inoltre, la maggioranza degli accessi è stata codificata con un codice colore bianco (82,65%) e il restante con codice colore verde (17,35%).

Il tempo intercorso fra l'insorgenza del sintomo e l'arrivo al Pronto Soccorso è un altro fattore importante per descrivere il rischio di accessi inappropriati: dai dati si evince che il 32,42% del campione abbia aspettato meno di dodici ore, mentre il 29,22% ha atteso più di 2 giorni, confermando che “*al crescere del tempo aumenta costantemente la percentuale di accessi impropri*” come riportato dall'articolo di Di Tommaso et al., 2008. Di conseguenza, anche la decisione di recarsi all'unità operativa incide: infatti, come evidenziato, più della metà del campione ha deciso autonomamente di recarsi al Pronto Soccorso esponendolo a

un rischio 3,6 volte superiore rispetto alle altre modalità di decisione, come riportato dall'articolo precedente (Di Tommaso et al., 2008). Infine, soltanto l'11,87% ha consultato altre figure professionali prima di rivolgersi al servizio ospedaliero.

Le motivazioni che hanno spinto l'utente a recarsi al Pronto soccorso sono molteplici: il pensiero che l'unità operativa avesse più strumenti per risolvere il problema è la risposta più gettonata dal campione, seguita poi dalla cura inefficace o chiusura dell'ambulatorio del proprio Medico di Medicina Generale. È interessante notare, invece, che circa il 10% della popolazione di studio afferma di preferire il servizio di Pronto Soccorso perché ha "fiducia" nell'ospedale, mostrando un rischio due volte maggiore di effettuare un accesso improprio (Di Tommaso et al., 2008).

Le conoscenze generali sui contatti e gli orari del Medico di Medicina Generale (MMG) e sul Medico di Continuità Assistenziale (MCA) sono molto divergenti: se l'82,19% del campione conosce quelli del proprio MMG, ben il 61,64% non conosce quelli del MCA indice, forse, del fatto che non ci sia un'educazione del paziente sulla possibilità di rivolgersi ai servizi territoriali di continuità assistenziale. Inoltre, indica il comportamento del cittadino in caso di bisogno, il quale non prende in considerazione la possibilità di recarsi presso i servizi territoriali, ma preferisce il Pronto Soccorso.

Successivamente, è stato chiesto alla popolazione di studio se si sente seguita dal proprio Medico di Medicina Generale e se si sottopone regolarmente a controlli clinici: dall'analisi dei dati risulta che il 36,98% afferma di non sentirsi preso in carico dal proprio medico e che il 48,86% non esegue accertamenti periodici. Questi risultati indicano che una buona parte del campione non controlla il proprio stato di salute e, tantomeno, si sottopone a esami che permettono di individuare precocemente possibili problemi, prima di dar luogo ad acuzie (Lupo et al., 2018).

Per quanto riguarda la conoscenza sul lavoro in associazione o meno del proprio Medico di Medicina Generale, i dati raccolti sono in contrasto con quelli di uno studio effettuato nella provincia di Lecce: infatti, secondo Lupo et al., il 32% degli intervistati non sapeva rispondere, mentre soltanto il 5,94% del campione di studio ha preferito lasciare in bianco. Questo dato in miglioramento, forse, deriva dal fatto che la Regione Veneto ha intrapreso un'efficace ed efficiente campagna informativo per quanto riguardo il lavoro in associazione dei Medici di Medicina Generale; oltre a ciò, la Provincia di Vicenza è stata la prima a

rinnovare ed espandere il modello di medicina associata nella Regione, spiegando così il dato nettamente più positivo rispetto a Lupo et al.

La conoscenza dell'ambulatorio infermieristico risulta alquanto carente, difatti il 65,75% dei soggetti non sa se è presente presso lo studio del proprio medico e l'83,10% non sa qual è l'iter per accedere a questo servizio, il quale potrebbe garantire la continuità assistenziale e la presa in carico del paziente nella sua globalità. Inoltre, il 79,91% del campione ha espresso la volontà di conoscere le prestazioni di cui potrebbe avvalersi presso l'ambulatorio infermieristico, indice del fatto che, forse, il cittadino è interessato a usufruire dei servizi territoriali a conferma che è proprio per la mancanza di informazioni se l'unità operativa di Pronto Soccorso è soggetta al fenomeno dell'*overcrowding*.

Infine, ben l'89,50% del campione ha affermato di non conoscere la figura dell'infermiere che collabora con il Medico di Medicina Generale, confermando la necessità di rafforzare le Cure Primarie e, in particolare, l'assistenza infermieristica, con l'obiettivo di assicurare una continuità assistenziale a livello territoriale per tutelare il diritto alla salute dell'utente e garantire la reale attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

CAPITOLO 3: STRATEGIE PER LA RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI

3.1 Piano Socio Sanitario Regionale Veneto 2012-2016 e 2019-2023

Il Piano Sanitario Regionale descrive il piano d'azione di una regione in riferimento agli interventi da realizzare per il raggiungimento degli obiettivi di salute e l'operatività dei servizi rispondendo alle esigenze della popolazione regionale, facendo riferimento anche agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale («Art. 1 - Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza»).

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012 - 2016 introduce importanti novità come considerare la salute patrimonio della collettività e, quindi, ponendo la persona al centro, rafforzando i rapporti con gli enti e le comunità locali, definendo gli obiettivi di salute e le modalità di distribuzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Infine, vuole riorganizzare la rete dei servizi ospedalieri e territoriali sulla base dei dati epidemiologici e dell'evoluzione dei profili di bisogno.

Viene posta particolare enfasi sullo sviluppo della sinergia e dell'integrazione tra ospedali e comunità che, più che mai, punta sul rafforzamento dell'assistenza territoriale per aumentare l'offerta di servizi da parte delle strutture territoriali, per limitare gli accessi inappropriati agli ospedali e informatizzare la rete sanitaria per collegare cittadino, medici di famiglia e ospedale («Piano Socio-sanitario Regionale della Regione del Veneto 2012-2016»).

Gli obiettivi di salute prioritari individuati dal Piano Socio Sanitario vengono raggruppati in tre macroaree:

- *L'area della prevenzione e promozione della salute* per incentivare l'educazione a stili di vita sani, il potenziamento della prevenzione primaria con attività di screening per le neoplasie, il ricorso a profilassi efficaci per le malattie infettive e la prevenzione primaria e secondaria per quanto riguarda le patologie metaboliche, traumatologiche, oncologiche, respiratoria e cardio-cerebrovascolari;
- *L'area dell'assistenza al paziente cronico* con la messa a punto e diffusione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi, la presa in carico della responsabilità e educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia, la prevenzione primaria per le malattie respiratorie, il potenziamento delle cure palliative, la diffusione del ruolo dell'infermiere e dell'*équipe* dell'assistenza

primaria e l'identificazione di un giusto approccio terapeutico e *setting* assistenziale alla persona affetta da patologia reumatica;

- *L'area dell'assistenza al paziente fragile* con l'individuazione e il potenziamento dei percorsi di ricovero e dimissione protetti (*«Piano Socio-sanitario Regionale della Regione del Veneto 2012-2016»*).

Nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019 – 2023 l'integrazione socio sanitaria si conferma la principale strategia del modello veneto, da seguire a tutti i livelli del sistema, come approccio che interpreta appieno la finalità della tutela della salute. Il principio alla base dell'integrazione dei servizi socio-sanitari è, infatti, il riconoscimento della persona nella sua totalità e in relazione al proprio contesto di vita. La gestione integrata della persona richiede l'attuazione di modelli organizzativi in grado di assicurare la continuità assistenziale con un utilizzo coordinato e unitario delle risorse. Pertanto, il concetto di rete sembra più appropriato da utilizzare, vale a dire individuare modelli che pongano in relazione strutture e servizi di gestione ed erogazione degli interventi (*«Piano Socio-sanitario Regionale della Regione del Veneto 2019-2023»*).

Da questo ne derivano tre macro obiettivi, per cui consolidare il concetto di rete, tra cui:

- Il rafforzamento dell'assistenza territoriale, potenziando il ruolo del Distretto socio-sanitario, con lo sviluppo e la diffusione di modelli di gestione integrata della cronicità e di *équipe* multiprofessionali per realizzare modelli organizzativi a rete;
- migliorare le reti di assistenza assicurando la continuità attraverso l'integrazione di attività e competenze, orientando il sistema verso un modello circolare.

I criteri di fondo su cui si sviluppano questi macro obiettivi sono molteplici, ma il più importante è la capacità di fornire livelli essenziali di assistenza in modo omogeneo, adatto e responsabile in tutta la regione (*«Piano Socio-sanitario Regionale della Regione del Veneto 2019-2023»*).

3.1.1 L'Assistenza Territoriale

La cronicità è diventata una tematica di crescente attenzione in termini di impatto sulla qualità e continuità delle cure. È quindi necessario individuare nuovi modelli di assistenza, caratterizzati da un approccio multidisciplinare e multimodale, in grado di integrare i servizi sanitari e sociali locali per garantire e favorire la continuità delle cure.

L'Assistenza territoriale viene definita come l'insieme di servizi e interventi organizzati dal Distretto Socio Sanitario, il primo punto di contatto tra il cittadino e il sistema socio sanitario regionale, che rappresenta anche il primo livello di assistenza includendo quella infermieristica e medica primaria, garantita dal Medico di Medicina Generale, di continuità assistenziale e dal Pediatra di Libera Scelta («*Piano Socio-sanitario Regionale della Regione del Veneto 2012-2016*»).

Il modello di assistenza integrata fornisce gli strumenti necessari per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti affetti da malattie croniche, come l'organizzazione dell'équipe multidisciplinari attraverso la pianificazione delle attività e il *follow-up*, l'identificazione di un *case manager*, il sostegno all'autocura in cui i pazienti sono attivi nel processo di cura e adottando linee guida basate sull'evidenza e la formazione continua.

Nel Distretto troviamo le caratteristiche operative dell'assistenza territoriale, la quale è:

- *generalista* poiché comprende la promozione della salute, la prevenzione delle patologie morbose, la diagnosi, cura e riabilitazione;
- *olistica*, ovvero riconosce la persona nella sua globalità e nel contesto familiare;
- *continua*, attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale («*Piano Socio-sanitario Regionale della Regione del Veneto 2012-2016*»).

3.1.2 Il Distretto Socio Sanitario

Il Distretto Socio Sanitario è l'articolazione dell'Azienda Sanitaria che ha come obiettivo l'integrazione dei diversi servizi e delle diverse strutture sanitarie e sociali esistenti sul territorio. È la struttura organizzativa e funzionale di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda Sanitaria e che assicura l'erogazione e l'integrazione dei servizi territoriali garantendo una risposta continuativa e coordinata («*Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*»).

Sono diversi gli obiettivi perseguiti dal distretto, uno dei quali è accompagnare e guidare i cittadini nel percorso assistenziale, dall'accoglienza alle valutazioni multidimensionali e interdisciplinari della persona con necessità complesse («*Piano Socio-sanitario Regionale della Regione del Veneto 2012-2016*»).

Altri, invece, sono:

- L'analisi e la misurazione dei bisogni, la stratificazione della popolazione assistita sulla base di reali situazioni di criticità e l'identificazione del luogo di cura più appropriato;
- L'identificazione e implementazione di percorsi assistenziali per le principali malattie croniche e persone fragili e l'adozione di piani di cura integrati per i pazienti complessi;
- La gestione diretta di servizi e interventi applicabili all'assistenza territoriale;
- Implementazione dell'integrazione dell'assistenza socio-sanitaria a livello istituzionale, amministrativo e operativo;
- L'integrazione della Medicina Convenzionata nell'organizzazione distrettuale;
- Creazione di un modello specifico di integrazione operativa tra tutti gli attori responsabili che garantisca un supporto 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

L'organizzazione distrettuale si fonda su alcuni criteri cardine come, ad esempio, l'adozione di una metodologia di lavoro interdisciplinare, integrando le competenze dei diversi servizi sul territorio. Un altro criterio è la volontà di valorizzare i medici e pediatri, come connessione diretta per gli individui e le famiglie, e del ruolo dell'infermiere nell'autogestione del processo assistenziale all'interno del percorso di cura e, come *case manager*, per le persone con malattie croniche attraverso l'attivazione delle risorse assistenziali e la collaborazione con i medici di famiglia e i pediatri in ogni caso. Ed infine, l'adattamento nella pianificazione delle risposte assistenziali al fine di integrare il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) nei confronti dei soggetti fragili e l'inserimento degli specialisti ambulatoriali nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) («*Piano Socio-sanitario Regionale della Regione del Veneto 2012-2016*»).

3.1.3 Le Cure Primarie

Negli ultimi decenni, l'Italia e molti altri Paesi del mondo hanno assistito a significativi cambiamenti nelle tendenze demografiche ed epidemiologiche, con importanti implicazioni per la determinazione dei bisogni di salute della popolazione. In particolare, si è assistito a un progressivo declino dei tassi di natalità, a un aumento del tasso di mortalità e, soprattutto, a un graduale invecchiamento della popolazione e aumento dell'incidenza e della prevalenza delle patologie croniche.

La transizione verso un'assistenza incentrata su bisogni sanitari complessi che richiedono un'assistenza a lungo termine implica che i sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria e sociale debbano sviluppare elementi che facilitino l'integrazione dei servizi sul pazienti determinando un trattamento a lungo termine, coordinato e continuo, incentrato sui bisogni sanitari complessi individuali, ovvero sui diversi modi in cui si manifestano nella popolazione di riferimento, in base a diverse combinazioni di variabili cliniche, assistenziali, sociali, demografiche e legate allo stile di vita (Damiani et al., 2016). Da qui la necessità di concentrarsi sullo sviluppo di un modello incentrato sulle cure primarie, che si traduce nella responsabilità del sistema sanitario di promuovere la salute e fornire interventi appropriati e sostenibili dal punto di vista economico, sociale e ambientale per i pazienti con particolari esigenze di assistenza sanitaria.

Le Cure Primarie sono l'insieme di prestazioni e attività, soprattutto cliniche, proprie del primo livello di assistenza, erogate da Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) , Medici di Continuità Assistenziale (MCA), ma anche da altri professionisti socio-sanitari che, unitamente a quelli di assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale ed all'insieme delle cure intermedie, costituiscono i cosiddetti servizi territoriali (Damiani et al., 2016).

Le Cure Primarie sono il primo livello di contatto dei cittadini, delle famiglie e delle comunità con il sistema sanitario, portando l'assistenza il più vicino possibile al luogo in cui vivono e lavorano, costituendo il primo elemento di un processo circolare e continuo per affrontare i bisogni primari multidimensionali di salute e fornendo servizi di promozione della salute, di prevenzione, di diagnosi, di trattamento, di riabilitazione e assistenza personalizzata attraverso l'integrazione orizzontale e verticale dei servizi e il coordinamento professionale multidisciplinari. Inoltre, perseguono obiettivi specifici, come la ricerca di soluzioni ai bisogni di pazienti complessi, grazie all'attivazione di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi territoriali in integrazione con i servizi ospedalieri, oltre alla partecipazione attiva del paziente stesso e della famiglia con l'instaurazione di interventi di alleanza terapeutica, educazione ed *empowerment* («Paradigma - Medicina di comunità e delle Cure Primarie»).

3.2 Il Piano Nazionale di Ripresa Resilienza - PNRR

Il Piano di Ripresa e Resilienza fa parte di una strategia più ampia e ambiziosa per modernizzare il Paese e prevede 16 componenti, raggruppate in sei missioni («*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021*»):

- Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
- Rivoluzione verde e transizione ecologica;
- Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
- Istruzione e ricerca;
- Inclusione e coesione;
- Salute;

3.2.1 Piano Regionale di Ripresa e Resilienza in Veneto

La crisi pandemica ha evidenziato la necessità di intervenire per rafforzare le infrastrutture sanitarie, tra cui il miglioramento e l'adeguamento delle strutture esistenti e il potenziamento dell'assistenza e dei servizi territoriali. I progetti strategici individuati dalla Regione Veneto per la Missione Salute riguarderanno interventi per lo sviluppo delle attività sanitarie e socio-assistenziali nelle strutture distrettuali attraverso le Case di Comunità, il rafforzamento delle Centrali Operative Territoriali e l'ultimazione dell'attivazione degli Ospedali di Comunità, anche attraverso la loro digitalizzazione.

La Regione Veneto si è posta l'obiettivo di realizzare 91 Case, 30 Ospedali della Comunità e 49 Centrali Operative Territoriali («*DGR n. 296 del 22 marzo 2022*»).

3.2.2 Missione 6: salute

La pandemia ha reso espliciti alcuni aspetti strutturali critici, che potrebbero essere esacerbati dall'aumento della domanda di assistenza sanitaria derivante dalle attuali tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali. Alcuni di questi sono le significative disparità territoriali nell'offerta di servizi di prevenzione e assistenza del territorio, l'insufficiente integrazione dei servizi ospedalieri, territoriali e sociali e, infine, i lunghi tempi d'attesa per usufruire di diverse prestazioni.

La missione si articola in due componenti con l'obiettivo di potenziare i servizi territoriali attraverso il rafforzamento e la creazione di strutture e presidi locali, compreso lo sviluppo di Case e Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, Telemedicina e un'efficace

integrazione con tutti i servizi socio-sanitari, oltre a potenziare e modernizzare le attrezzature digitali e tecnologiche per diffondere le cartelle cliniche elettroniche (FSE) e migliorare l'erogazione e il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) («*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021*»).

È attesa una riforma dell'assistenza territoriale per definire un nuovo modello organizzativo per le reti di assistenza primaria, che mira a individuare standard strutturali, tecnici e organizzativi uniformi a livello nazionale e una nuova struttura organizzativa per la prevenzione nel campo della salute, dell'ambiente e del clima. La prima linea d'azione mira a potenziare l'assistenza domiciliare, a sviluppare la telemedicina, a migliorare e rendere più efficace l'integrazione con tutti i servizi sociali e sanitari e a rafforzare le prestazioni e gli interventi erogati sul territorio attraverso la creazione di organizzazioni e presidi territoriali, come le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali («*Ministero della Salute*»).

Definire standard qualitativi, tecnici e organizzativi uniformi a livello nazionale significa ristrutturare una serie di servizi a livello locale, dalle Cure Primarie, passando ai consultori familiari, fino ad arrivare alla salute mentale. L'obiettivo è garantire un supporto continuo e diversificato alle condizioni di salute, dalla fase acuta fino alla riabilitazione e al mantenimento. Si tratta di rafforzare i servizi assistenziali territoriali, di creare le condizioni per l'effettiva attuazione dei LEA da parte di tutti i pazienti, di puntare a percorsi integrati, di superare la frammentazione e i divari strutturali tra i diversi sistemi sanitari regionali e la mancanza di coordinamento degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali («*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021*»).

3.2.3 Case della Comunità

Le Case della Comunità sono luoghi in cui tutti i cittadini hanno accesso fisico ai servizi sanitari di base per soddisfare i bisogni di assistenza sanitaria e sociale. Si tratta di una struttura di riferimento per l'accesso, l'ammissione, l'orientamento dell'utente, la pianificazione e l'erogazione degli interventi sanitari. Sono luoghi in cui i cittadini hanno la possibilità di interpretare un quadro di bisogni e definire i propri progetti di salute, le priorità d'azione e i relativi servizi e, da ultimo, dove diverse figure professionali interagiscono con la comunità per ridisegnare i servizi e rispondere ai bisogni dell'utenza attraverso processi interprofessionali e interdisciplinari.

Le Case della Comunità sono un'evoluzione delle Case della Salute. In Italia sono state individuate almeno 554 Case della Salute, le quali dovranno essere riconvertite. Tuttavia, per riorganizzare la rete delle Case della Comunità in modo coerente e omogeneo, la distribuzione nelle regioni deve essere attentamente riprogrammata, tenendo conto sia delle strutture esistenti che delle nuove strutture previste dal PNRR.

La Casa della Comunità avvia un modello organizzativo con un approccio olistico e multidisciplinare, attraverso la modalità operativa dell'équipe multiprofessionale territoriale per consentire un'azione coordinata tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, infermieri di famiglia o comunità, altri professionisti della salute e assistenti sociali (Pesaresi, 2022b).

Sono stati presi in considerazione due modelli organizzativi: le Case della Comunità Hub e Spoke. La Casa della Comunità Hub è un punto di riferimento, dotata di strutture di servizi completi, per la pianificazione dei progetti assistenziali. Ogni regione deve provvedere all'attivazione di almeno 1 Casa della Comunità ogni 40-50.000 abitanti. Per quanto riguarda le Case della Comunità Spoke, si tratta di giunzioni territoriali, con una ridotta quantità di servizi, il cui numero è determinato autonomamente dalle singole regioni. In entrambi i modelli organizzativi la presenza dei Medici di Medicina Generale (MMG) garantisce servizi di assistenza medica per 12 ore al giorno, sei giorni alla settimana. Inoltre, dovranno essere attivati ambulatori per le piccole emergenze, che non prevedono l'utilizzo del Pronto Soccorso Ospedaliero, e di ambulatori infermieristici in cui gli infermieri collaborano con i MMG, pur mantenendo la propria autonomia professionale (Pesaresi, 2022b).

Le Case della Comunità sono i nodi principali dell'integrazione dei servizi territoriali e, sotto la guida del distretto, adottano un meccanismo strutturale di coordinamento in quattro direzioni:

- Rete intra - Casa della Comunità: messa in rete dei professionisti;
- Rete inter - Casa della Comunità: messa in rete tra Casa della Comunità hub e spoke;
- Rete territoriale: la Casa della Comunità integra i propri servizi con gli altri presenti sul territorio;
- Rete territoriale integrata: la Casa della Comunità è in rete con i servizi ospedalieri, in particolare la specialistica ambulatoriale o il day service.

Il PNRR prevede l'attivazione di 1.350 Case della Comunità entro la metà del 2026 con l'obiettivo di garantire in modo coordinato: l'accesso unico e integrato ai servizi sanitari e sociali a breve distanza, chiaramente identificati e facilmente accessibili alla popolazione, una risposta uniforme ai bisogni di salute della comunità, garantendo la continuità e l'integrazione delle cure, e l'accesso garantito ai servizi sanitari, attraverso l'assistenza e il supporto organizzativo amministrativo ai pazienti, grazie al Punto Unico di Accesso (PUA), la prevenzione e promozione della salute insieme alla presa in carico della fragilità e della cronicità, la promozione e tutela dei minori e della donna, la valutazione delle esigenze della persona accompagnandola nel processo di cura per ottenere la risposta più appropriata. Inoltre, ha l'obiettivo di avviare percorsi di cura multidisciplinari, attraverso l'integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali, sanitari e sociali, attraverso la collaborazione dei cittadini e della comunità locale (Pesaresi, 2022b).

L'elemento comune e fondante delle Case della Comunità è rappresentato da quattro funzioni:

- Accesso e orientamento nel contesto dei servizi sanitari e delle reti di assistenza sociale;
- Integrazione delle cure primarie (ambulatorio infermieristico e Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta);
- La presa in carico di determinate categorie di popolazione;
- L'erogazione di servizi sanitari, assistenziali e sociali relativi a diverse aree funzionali e enti territoriali (Pesaresi, 2022b).

3.2.4 Ospedali di Comunità

Il primo riferimento agli Ospedali di Comunità è stato fatto nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 dove sono stati definiti come strutture specializzate nel miglioramento delle condizioni fisiche, nel proseguimento del processo di recupero in un contesto non ospedaliero e nell'implementazione dell'assistenza domiciliare in un ambiente protetto. Si tratta quindi di uno strumento di collegamento tra il sistema delle cure primarie e l'ospedale.

Il Patto per la Salute 2014-2016 parla di Ospedali di Comunità come strutture da avviare ed incentivare per ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati e facilitare l'ospedalizzazione, garantendo una risposta omogenea alle cure attraverso il supporto dei Medici di Medicina

Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e di altri medici impiegati o convenzionati col Sistema Sanitario Nazionale (Pesaresi, 2022a).

Anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016 gli Ospedali di Comunità sono definiti come strutture sanitarie locali, guidate da Medici di Medicina Generale, in grado di fornire assistenza personalizzata, nonché procedure di supporto clinico a breve termine, di media e bassa intensità, per la gestione di malattie transitorie esacerbate da molteplici rischi sociali. Successivamente, nell'aprile 2021 è stato approvato il Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR), che mira a rafforzare l'assistenza sanitaria erogata dai servizi territoriali attraverso lo sviluppo degli Ospedali di Comunità.

Gli Ospedali di Comunità sono strutture di ricovero che fanno parte di una rete di sostegno dell'assistenza territoriale e svolgono una funzione di transizione tra l'assistenza domiciliare e l'assistenza ospedaliera. L'obiettivo di questo servizio è prevenire i ricoveri inappropriati e garantire che i pazienti vengano dimessi in un ambiente più vicino a casa, più adatto alle loro esigenze sociali e sanitarie, alla stabilità clinica, alla riabilitazione funzionale e all'autonomia. L'Ospedale di Comunità è destinato ad avere almeno 20 posti letto, fino a un massimo di 40, e ad essere gestito principalmente da personale infermieristico; la struttura può essere propria, situata in complessi ospedalieri polivalenti o reparti riconvertiti, ma sempre facente parte dell'assistenza territoriale (Pesaresi, 2022a).

Gli Ospedali di Comunità sono destinati a pazienti che necessitano di interventi di assistenza a bassa intensità, che potrebbero essere forniti grazie all'attivazione dell'assistenza domiciliare, ma che ricorrono a questa struttura perché il loro domicilio non è idoneo e/o hanno bisogno di assistenza infermieristica e monitoraggio continui, anche notturni, i quali non possono essere forniti al domicilio. Inoltre, possono essere trattati quei pazienti con malattia acuta lieve che non richiedono il ricovero ospedaliero, oppure con esacerbazioni croniche che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione a breve termine della prognosi di massimo 30 giorni.

L'Ospedale di Comunità, inoltre, può fornire un ambiente protetto e sicuro per quei pazienti affetti da demenza e disturbi comportamentali, riducendo così l'istituzionalizzazione e i ricoveri ospedalieri inappropriati (Pesaresi, 2022a).

Le principali categorie di pazienti eleggibili sono:

- Pazienti con multimorbidità, clinicamente dimissibili, che richiedono un'assistenza infermieristica continua, provenienti da struttura ospedaliera;
- Pazienti che necessitano di un supporto riabilitativo e rieducativo;
- Pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi, oppure orientamento, istruzione e formazione per pazienti e caregiver prima della dimissione a domicilio.

L'accesso all'ospedale di Comunità avviene su proposta del medico di medicina generale, di continuità assistenziale, dello specialista ambulatoriale, del pronto soccorso o del pediatra di libera scelta. In aggiunta, la diagnosi e la prognosi dovranno essere già definite, dovrà essere valutato il carico assistenziale e la stabilità clinica del paziente e, infine, il trattamento dovrà essere già programmato, stilato e condiviso con il paziente e la sua famiglia. Queste modalità, che dovranno essere semplici e tempestive, prevedono l'utilizzo di scale di valutazione standardizzate. Inoltre, se il paziente dovrà essere dimesso da un Ospedale di Comunità, potrà realizzarsi una valutazione multidimensionale per identificare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali territoriali (Pesaresi, 2022a).

Gli Ospedali di Comunità operano in un contesto di forte integrazione con altri servizi sanitari e devono stabilire procedure operative specifiche per garantire la continuità delle cure e la tempestività degli interventi necessari. La collaborazione con l'ambito sociosanitario e la comunità è un elemento chiave per garantire una risposta ai diversi bisogni e una pianificazione tempestiva delle dimissioni. Gli infermieri sono i professionisti responsabili della transizione dell'assistenza ai pazienti, garantendo la continuità delle cure e del trattamento adeguati (Pesaresi, 2022a).

3.2.5 Telemedicina

La Telemedicina è un servizio di assistenza che utilizza la tecnologia per fornire servizi sanitari, in situazioni in cui gli operatori e i pazienti non si trovano nello stesso luogo, tramite la trasmissione sicura di informazioni e dati medici sotto forma di testo, voce e immagini per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio.

La Telemedicina non è una specialità medica a sé stante, ma uno strumento che può essere utilizzato per estendere la pratica tradizionale al di là del consueto spazio fisico e che può

indubbiamente apportare benefici all'assistenza tradizionale («*Linee di indirizzo Telemedicina*», 2019).

I servizi di Telemedicina sono un potente mezzo per contribuire a ridurre le disuguaglianze esistenti a livello geografico e territoriale, migliorare l'esperienza di cura per l'assistito e migliorare l'efficienza dei sistemi sanitari locali promuovendo l'assistenza domiciliare e il telemonitoraggio («*Linee di indirizzo Telemedicina*», 2019).

La Telemedicina ha i seguenti obiettivi sanitari:

- *Prevenzione secondaria*: servizi specifici per le categorie di persone già classificate a rischio o già malate che devono essere sottoposte a un monitoraggio costante di alcuni parametri vitali;
- *Cura*: un servizio che fornisce opzioni di trattamento e valutazione prognostica per i pazienti con una diagnosi già chiara;
- *Monitoraggio*: definisce lo scambio di dati con i pazienti collegati alla stazione di monitoraggio per la gestione e l'interpretazione dei dati;
- *Diagnosi*: la telemedicina può integrare, o consentire, utili approfondimenti sul processo diagnostico e terapeutico per i servizi che mirano a spostare le informazioni diagnostiche piuttosto che i pazienti;
- *Riabilitazione*: servizi forniti ai pazienti a cui sono stati prescritti interventi di riabilitazione a domicilio o in altri contesti di cura («*Linee di indirizzo Telemedicina*», 2019).

La Telemedicina Specialistica consiste in vari modi di fornire servizi medici a distanza in un'area specifica dell'assistenza sanitaria. I servizi possono essere forniti attraverso:

- *Televisita*: azione sanitaria dove i medici interagiscono con i pazienti da remoto. La connessione deve consentire di vedere e interagire con il paziente, sia in tempo reale che in differita;
- *Teleconsulto*: è un servizio che suggerisce diagnosi e/o opzioni di trattamento senza la presenza fisica del paziente, oppure un'attività di consulto tra medici che consente agli stessi di chiedere consiglio a uno o più figure professionali;
- *Telecooperazione*: è un atto che consiste nella prestazione di assistenza da parte di un medico, o altro professionista sanitario, a un medico o a un altro professionista sanitario.

La *Telesalute* riguarda principalmente il settore delle cure primarie. Si tratta di sistemi e servizi che collegano medici e pazienti supportando la diagnosi, il monitoraggio, la gestione e l'*empowerment*, di questi ultimi, e consentendo l'interpretazione dei dati necessari per il monitoraggio e per la loro cura a distanza. Inoltre, prevede un ruolo attivo per medici e pazienti e che lo scambio dei dati si verifichi per l'interpretazione e il supporto dei programmi di gestione delle cure, migliorando l'informazione e l'educazione dei pazienti («*Linee di indirizzo Telemedicina*», 2019).

La *Teleassistenza* è un sistema di supporto sociale per l'assistenza agli anziani e ai malati a domicilio attraverso l'utilizzo di allarmi, l'attivazione di servizi di emergenza e chiamate di "supporto" da parte dei centri di assistenza.

Affinché la Telemedicina si sviluppi su larga scala, è necessario creare fiducia nel servizio stesso e facilitarne l'accettazione da parte di operatori sanitari e pazienti. Infatti, trattandosi di un'innovazione tecnologica, è importante sia per la salute dei pazienti che ne beneficiano, sia per l'efficienza del sistema sanitario che gli operatori sanitari e i pazienti siano adeguatamente formati e preparati e comprendano l'importanza e l'efficacia di questi servizi («*Linee di indirizzo Telemedicina*», 2019).

3.3 Il Ruolo dell'infermiere dell'ambulatorio infermieristico

Negli ultimi decenni, in Italia si sono verificati importanti cambiamenti sociodemografici, determinati dall'aumento dell'età media della popolazione, dall'incremento delle malattie croniche e, più in generale, dal numero di cittadini affetti da patologie multiple e disabilità. Proprio per questo gli ospedali hanno sempre più difficoltà a svolgere questo compito. Risulta necessario, quindi, il trasferimento e l'integrazione delle cure a livello ambulatoriale per garantire un'adeguata continuità assistenziale e una dimissione protetta, per prevenire le ricadute e ridurre i ricoveri ospedalieri (Angelini & Agazzi, 2020).

La crescente complessità dell'assistenza richiede un profondo ripensamento e una conseguente riprogettazione degli ambienti di cura, dei modelli organizzativi e di supporto per promuovere l'integrazione ospedale-territorio, ridefinire i modelli di assistenza per coinvolgere attivamente gli individui e le famiglie fin dall'inizio e promuovere l'*empowerment* della persona assistita. L'Ambulatorio Infermieristico può fornire una risposta adeguata a questi bisogni (Braia et al).

3.3.1 L'Ambulatorio infermieristico

Il “Modello Organizzativo Ambulatorio Infermieristico”, che negli ultimi anni è stato adottato solo in alcune regioni italiane, è molto diffuso nel contesto territoriale e affonda le sue radici in alcune importanti innovazioni (Braia et al.).

L'Ambulatorio Infermieristico è un modello di organizzazione e gestione dell'assistenza infermieristica in grado di rispondere in modo autonomo e appropriato ai bisogni delle collettività garantendo una continuità assistenziale per le persone in tutte le fasi della vita, non solo basandosi sull'assistenza per acuti, ma anche mettendo in atto una relazione d'aiuto e un supporto tecnico, educativo e relazionale per agire da "collante" tra comunità, ospedali e professionisti (Angelini & Agazzi, 2020).

L'Ambulatorio Infermieristico è un elemento chiave del sistema di Cure Primarie, in cui gli infermieri possono collaborare con i Medici di Medicina Generale per il monitoraggio dei fattori di rischio dei pazienti, la gestione delle malattie cronico-degenerative e delle risposte assistenziali appropriate dei casi acuti. Inoltre, questo tipo di *setting* sanitario si sta rivelando uno dei luoghi privilegiati per sviluppare un approccio di iniziativa "proattivo", superando l'atteggiamento "attendista" (Braia et al.).

Il modello di gestione ambulatoriale proposto dall'infermiere è un modello dinamico di assistenza per la gestione delle malattie, che agisce prima che la persona si ammali o peggiori, anziché aspettare. Il ruolo dell'infermiere, quindi, viene enfatizzato sia negli aspetti puramente clinici che in quelli legati alla relazione con il paziente e all'*empowerment* (Braia et al.).

L'Ambulatorio Infermieristico, per definizione, è una struttura fisica, organizzata e gestita da infermieri, in cui vengono forniti servizi infermieristici in modo indipendente o su prescrizione. Inoltre, l'assistenza infermieristica diventa parte attiva e proattiva dei programmi di intervento finalizzati alla costruzione di sistemi di cura e all'implementazione dei sistemi di benessere, con la partecipazione attiva di tutti i soggetti della comunità. Pertanto, gli ambulatori infermieristici possono essere un punto chiave per la continuità assistenziale in quanto si concentrano sulla "presa in carico" dell'utente, si avvalgono di metodologie e strumenti di pianificazione per raggiungere obiettivi e strumenti informativi adeguati. Oltre a ciò, gli infermieri sono coinvolti e integrati nei processi e nei percorsi territoriali e collaborano per condurre valutazioni multidimensionali e sviluppare Piani

Assistenziali Individualizzati (PAI) («*Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute*», 2016).

L'Ambulatorio fornisce una serie di interventi infermieristici diversi, ma altamente competenti e dedicati, come prestazioni di carattere generale, avanzato e specializzato, relative non solo alla "wound care", alla gestione dell'enterostomia e all'alimentazione enterale, destinate alle fasce d'età della popolazione locale. Per accedere al servizio è necessaria la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG), dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), dal Medico di Pronto Soccorso o dal Medico Specialista, tranne nei casi di richieste di informazioni o educazione sull'autocura («*Ambulatorio Infermieristico - Portale AULSS 7 Pedemontana*»).

Le prestazioni erogate si articolano in:

- 1) *Procedure diagnostiche*: rilievo e monitoraggio parametri vitali, misurazione glicemia capillare, controllo urine mediante utilizzo di strisce reattive (glicosuria, ematuria, ...) ed elettrocardiogramma;
- 2) *Procedure terapeutiche*: medicazioni di CVP/Port-cath, lesioni trofiche sia di natura vascolare che diabetica, di ustioni di primo e secondo grado, di ascessi superficiali, di piaghe torbide, di lesioni traumatiche, rimozione di punti, medicazioni successive, terapia iniettiva intramuscolare, sottocute, endovenosa (ad esclusione di farmaci che prevedono la somministrazione in ambiente controllato come quello ospedaliero), gestione di catetere vescicale, PEG, tracheostomia, urostomia, colon/ileostomia.
- 3) *Educazione sanitaria e/o all'autocura*: nella gestione dei farmaci, informazione e di orientamento all'utilizzo dei servizi sanitari, collaborazione alla progettazione e attuazione di interventi di promozione/educazione alla salute («*Ambulatorio Infermieristico - Portale AULSS 7 Pedemontana*»).

3.3.2 L'assistenza Infermieristica

L'assistenza infermieristica comporta la cura di persone di tutte le età, famiglie, gruppi e comunità, malati e sani, in modo indipendente e in collaborazione, in tutti i contesti. L'assistenza infermieristica comprende la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e l'assistenza ai malati, ai disabili e al fine vita. Altri ruoli importanti dell'infermiere sono la difesa, la promozione di ambienti sicuri, la ricerca, la partecipazione alle scelte di

politica sanitaria, la gestione dei pazienti e dei servizi sanitari e l'educazione («*International Council of Nurses (ICN)*», 2022).

L'infermiere diventa parte attiva e dinamica dei programmi di intervento finalizzati alla costruzione di sistemi di cura e all'implementazione di sistemi di benessere, con la partecipazione attiva della comunità. La formazione accademica fornisce la più avanzata preparazione culturale, tecnica e organizzativa/amministrativa riconosciuta in tutti i settori in cui gli infermieri lavorano («*Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute*», 2016).

All'infermiere viene attribuito:

- La capacità di identificare, in modo proattivo, i bisogni di assistenza dei pazienti, di pianificare, organizzare e fornire assistenza infermieristica, nell'ambito dell'assistenza ai pazienti, sulla base delle conoscenze e delle competenze acquisite, con l'obiettivo di migliorare la pratica professionale.
- La capacità di lavorare efficacemente con altri professionisti della salute per guidare individui, famiglie e gruppi verso stili di vita sani e l'autocura;
- La competenza di fornire consulenza, orientamento e supporto a coloro che ne hanno bisogno e a chi li assiste;
- La capacità di assicurare e valutare in modo indipendente la qualità dell'assistenza infermieristica;
- la competenza di comunicare e collaborare in modo integrato e professionale con gli altri professionisti della salute;
- la capacità di analizzare la qualità dell'assistenza erogata al fine di migliorare la propria competenza come professionista della salute.

La formazione e il suo utilizzo all'interno dei servizi territoriali rafforza il legame diretto tra le competenze, le attività correlate e le responsabilità professionali nei settori della prevenzione, della cura, dell'assistenza e dell'educazione sanitaria e consente un approccio globale ai bisogni della comunità ancora prima che si manifestino («*Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute*», 2016).

3.3.3 L'infermiere di Famiglia/Comunità

L'Infermieristica di famiglia/comunità è un approccio olistico che mira a prendersi cura delle persone nel loro ambiente di vita, includendo forme di assistenza e supporto della comunità e mira a fornire servizi di assistenza a individui, famiglie e collettività attraverso un continuum di cure. Si tratta di un modello teorico e pratico che ripensa i servizi a livello delle comunità locali e propone nuove modalità di progettazione e attivazione, li intende come reti di intervento integrate, basate su incontri creativi e cooperativi tra attori e servizi chiave, organizzati in interrelazioni sinergiche. Inoltre, può contribuire al rafforzamento e allo sviluppo di tutti gli interventi di *Primary Care* che vengono attuati nei distretti, nei servizi territoriali, nelle case e nelle scuole e che sono necessari per implementare la prevenzione, garantire l'accesso alle cure, creare cure di comunità, fornire assistenza infermieristica generale e specialistica, promuovere il benessere e diffondere le pratiche di autocura.

L'assistenza infermieristica di comunità può essere integrata e declinata in modo continuo in tre aree: domicilio, ambulatori e degenze di comunità («*Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute*», 2016).

Grazie alla loro formazione specifica, gli infermieri di famiglia/comunità sono professionisti responsabili della gestione del processo infermieristico in ambito familiare/comunitario. Gli infermieri collaborano con team multidisciplinari per aiutare le persone e le loro famiglie a risolvere bisogni di salute e a gestire malattie e disabilità croniche.

Le caratteristiche distintive dell'Infermiere di famiglia/comunità possono essere classificate in cinque macro aree:

- *area assistenziale*: gestione del percorso di cura individuale e familiare, gestione del rischio clinico e assistenziale, attivazione della rete dei servizi sociali;
- *area della ricerca applicata*: ricerca congiunta e realizzazione di progetti di ricerca selezionati in ambito sanitario e sociale;
- *area della consulenza*: erogazione di consulenze in qualità di esperto;
- *area della prevenzione*: attuare interventi educativi per utenti, gruppi e comunità, individuando situazioni di rischio e proponendo interventi per il mantenimento della salute;

- *area manageriale*: facilitare la cooperazione integrata dei servizi territoriali attraverso l'implementazione di modelli organizzativi.

Gli Infermieri di famiglia/comunità sono responsabili della valutazione dei bisogni dei pazienti, della definizione dei metodi di cura, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e gli specialisti, dell'integrazione delle attività di altri professionisti della sanità e dell'educazione dei pazienti e delle loro famiglie alla salute. Un elemento fondamentale è che non agiscono da soli, ma collaborano in stretto contatto con il Medico di Medicina Generale e gli altri membri dell'équipe/rete di servizi secondo una strategia integrata.

Le funzioni svolte dagli Infermieri di famiglia/comunità sono una naturale evoluzione delle funzioni professionali già svolte dall'infermiere: l'innovazione è evidente nei metodi proattivi e nell'estensione dell'assistenza dall'individuo alla famiglia e alla comunità («*Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute*», 2016).

La gestione della cronicità è un obiettivo di politica sanitaria e condizioni di morbidità richiedono un livello di integrazione delle cure da trovare sul territorio, rappresentato dagli Infermieri di famiglia/comunità e dai Medici di Medicina Generale, come soluzione per una continuità assistenziale a lungo termine, tra le cure fornite nel contesto acuto e le cure dopo la dimissione dall'ospedale.

L'Infermiere di famiglia/comunità è il gestore del piano assistenziale e svolge un ruolo centrale nel sostenere l'autocura, in cui la partecipazione attiva dei soggetti è coerente con la logica del *Chronic Care Model*, oltre a essere uno degli elementi chiave nello sviluppo delle cure primarie («*Infermiere di famiglia e gestione integrata della cronicità*», 2020).

3.3.4 L'Infermiere *Case/Care Manager*

La gestione, la prevenzione e la diagnosi precoce dei pazienti affetti da malattie croniche è il ruolo attuale e futuro dei medici. Il contributo di altri professionisti, in particolare degli infermieri con conoscenze specialistiche, è fondamentale per questo ruolo e ha implicazioni per l'organizzazione del lavoro (Tabaglio & Medea, 2013).

Il *Chronic Care Model* introduce il concetto di gestione integrata del paziente, che viene attuato attraverso percorsi diagnostici e terapeutici condivisi (PDTA) tra Medici di Medicina

Generale e specialisti. L'implementazione del PDTA nell'assistenza sanitaria generale ha permesso:

- L'assunzione di responsabilità da parte dei Medici di Medicina Generale;
- La gestione integrata di pazienti con patologie croniche complesse da parte di medici specialisti;
- L'obbligo di garantire e certificare la qualità dell'assistenza fornita.

Pertanto, vi è la necessità e l'opportunità di una nuova presenza nella medicina generale: specialisti con competenze specifiche nella gestione dei pazienti cronici e del singolo paziente (Tabaglio & Medea, 2013).

Il *Case Management* è un processo collaborativo che pianifica, implementa, coordina, monitora e valuta i servizi e le opzioni necessarie per soddisfare le esigenze sanitarie di un individuo, oltre a identificare le risorse disponibili per migliorare i risultati di qualità. Esso segue il *Chronic Care Model*, che tiene conto dei seguenti elementi nei requisiti di gestione delle malattie croniche: il sistema sanitario, il sistema informativo clinico, il supporto decisionale del paziente, l'autogestione del paziente, la progettazione del sistema di servizi e l'interazione della comunità con la pratica clinica.

L'obiettivo principale di questo modello è garantire che i pazienti siano attivamente informati in ogni momento della relazione di cura, che siano loro stessi i curatori della propria malattia e che siano accompagnati da professionisti proattivi e competenti per fornire cure di alta qualità e raggiungere risultati eccellenti. Il *Case Management* è un modo per migliorare l'assistenza integrata, coordinata e continua e per consentire il collegamento tra servizi ospedalieri e l'assistenza primaria (Doménech-Briz et al., 2020b).

Il *Case Management* sta emergendo come un modello di pratica infermieristica sofisticato, olistico e incentrato sul paziente che incoraggia l'autonomia individuale, la partecipazione sociale e facilita l'accesso alle risorse. Il fatto che siano proprio gli infermieri a ricoprire il ruolo di *Case Manager* è perché, questa figura, considera l'individuo nella sua complessità, utilizzando il processo infermieristico come metodo dinamico con una base teorica per ottenere un'assistenza integrata focalizzata sull'individuazione dei bisogni, la promozione della cura di sé, la pianificazione delle cure e la valutazione del percorso di cura. Questa figura professionale ha una conoscenza approfondita del background biologico, psicologico

e sociale dell'utente e facilita il processo decisionale congiunto, con altre professioni, nel contesto della pianificazione dell'assistenza (Doménech-Briz et al., 2020b).

L'Infermiere *Case Manager* è il professionista sanitario responsabile della pianificazione e del coordinamento delle cure per una popolazione di malati cronici, intervenendo poi anche sul singolo paziente (Tabaglio & Medea, 2013).

Gli interventi messi in atto dall'Infermiere *Case Manager* sono integrati, tengono conto degli obiettivi e delle esigenze di ciascun individuo e forniscono un'assistenza coordinata e continua. Queste attività migliorano lo stato di salute delle persone con condizioni croniche e comorbidità e portano a risultati migliori in termini di raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il lavoro dell'Infermiere *Case Manager* è efficace, efficiente, riduce i costi sanitari e migliorare la qualità dell'assistenza (Doménech-Briz et al., 2020b).

3.3.5 L'interdipendenza tra Infermiere e Medico di Medicina Generale

L'interdipendenza tra infermieri e medici è essenziale nelle Cure Primarie a causa del rapido cambiamento dell'ambiente. In Italia sono state condotte diverse indagini sulla collaborazione tra medici e infermieri e sul loro atteggiamento nei confronti del lavoro multidisciplinare.

È stato provato che la collaborazione tra infermieri e medici migliora i risultati sanitari e la qualità dell'assistenza ai pazienti, oltre a ridurre i tassi di mortalità ospedaliera. Tuttavia, è stato dimostrato che le due persone più importanti, responsabili della cura di un paziente, spesso non si parlano e, quando lo fanno, l'interazione è spesso disfunzionale.

Recenti studi hanno documentato che, sebbene i medici siano più consapevoli degli infermieri delle collaborazioni esistenti, gli infermieri hanno un atteggiamento più positivo nei confronti della collaborazione rispetto ai medici in ambito ospedaliero. Ciò suggerisce che i medici sono storicamente in una posizione di autorità e tendono a essere meno orientati alla piena collaborazione e allo scambio con gli infermieri (Vegesna et al., 2016).

Secondo lo studio di *Longhini et al.*, i Medici di Medicina Generale hanno un forte orientamento all'interdipendenza operativa all'interno di team sanitari integrati, moderato dall'instabilità dell'utente e dalla complessità clinica. Le aree di attività, che il medico ritiene che gli infermieri possano gestire in autonomia, includono la valutazione, il monitoraggio e l'educazione sullo stile di vita e sui fattori di rischio, nonché sulla prevenzione e sull'aderenza

ai farmaci. Inoltre, riconoscono anche l'autonomia degli infermieri nelle attività tecniche e organizzative e affermano che, nonostante ciò, è necessario discutere con i medici quando si pianificano e si interpretano i risultati per guidare il successivo processo decisionale.

Le aree di attività in cui i medici trovano necessario supervisionare gli infermieri o dare loro istruzioni specifiche sono più ampie. In particolare, la gestione dei malati cronici è stata considerata ad alta integrazione, comprendendo l'individuazione di segni e sintomi di riacutizzazione, il monitoraggio, il *follow-up* e, in parte, il contenuto dei programmi educativi. Tuttavia, quando i medici giustificano la necessità di supervisionare le attività degli infermieri, si pongono in una posizione di collaborazione (Longhini et al., 2019).

Sono state sollevate preoccupazioni sul fatto che confini troppo netti di lavoro e responsabilità tra i diversi professionisti rischiano di frammentare l'assistenza e di minare l'obiettivo della continuità, che è una premessa dell'assistenza primaria. Un altro fattore che indebolisce la continuità della triade medico-infermiere-paziente è il fenomeno del turnover degli infermieri, molto diffuso nei team di medicina generale.

Esiste un ampio consenso tra i Medici di Medicina Generale sull'utilità e sulla collaborazione degli infermieri nella medicina generale. Le discussioni in letteratura sull'indipendenza e l'interdisciplinarietà di medici e infermieri sono utili per identificare possibili strategie: la *leadership* clinica dei medici deve integrare e coinvolgere i vari professionisti con cui collaborano per dedicare tempo ai casi più complessi. Utilizzando al meglio gli infermieri e consentendo loro di lavorare al massimo livello di competenza, i medici potrebbero concentrarsi sui pazienti instabili e complessi (Longhini et al., 2019).

In conclusione, il ruolo infermieristico nelle Cure Primarie è un'evoluzione del ruolo degli infermieri altamente qualificati, ma attualmente non c'è una chiara consapevolezza o conoscenza del loro potenziale. Pertanto, gli operatori sanitari devono essere informati e sensibilizzati sulle loro caratteristiche e ruoli (Obbia et al., 2015).

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei risultati ottenuto nello studio, si evince che il campione sia rappresentato quasi equamente da maschi e femmine, di età compresa tra i 18 – 29 anni e tra i 60 – 70 anni, che la percezione del proprio stato di salute e di emergenza è il principale motivo di spinta e che i pazienti non cronici, o con una sola patologia cronica, sono più a rischio di effettuare accessi non urgenti all'Unità operativa di Pronto Soccorso. Inoltre, dai dati si evince che prevale un'istruzione medio – alta, ovvero un buon grado di capacità, da parte della popolazione di studio, di ottenere e analizzare informazioni o utilizzare dispositivi per trovare soluzioni e servizi alternativi: ma allora perché si registrano numerosi casi di accessi non urgenti ai Servizi di Emergenza e Urgenza?

Le motivazioni principali che hanno spinto l'utente a recarsi al Pronto Soccorso sono:

- il pensiero che l'unità operativa avesse più strumenti/ avrebbe impiegato un tempo minore per risolvere il problema;
- la cura inefficace del Medico di Medicina Generale;
- la chiusura dell'ambulatorio del proprio Medico di Medicina Generale;
- preferire il servizio di Pronto Soccorso perché hanno “fiducia” nell'ospedale.

Le conoscenze generali in possesso del campione di studio si confermano carenti per quanto riguarda la consapevolezza della presenza di una continuità assistenziale sul territorio e sui possibili servizi territoriali: ben il 61,64% dell'utenza non conosce i contatti e gli orari del Medico di Continuità Assistenziale, il 65,75% non sa se è presente un Ambulatorio Infermieristico presso lo studio del proprio medico, l'83,10% non sa qual è l'iter per accedervi e, infine, l'89,50% del campione ha affermato di non conoscere la figura dell'infermiere che collabora con il Medico di Medicina Generale.

In aggiunta, però, il 79,91% esprime la volontà di aumentare le proprie conoscenze a conferma che la popolazione è interessata ai servizi territoriali: si evince, quindi, che è proprio per la mancanza di informazioni se l'unità operativa di Pronto Soccorso è soggetta all'*overcrowding*.

Non c'è dubbio che il sistema sanitario debba essere riorganizzato, sia a livello ospedaliero che territoriale, sia in termini di cure acute che croniche. Un accesso non urgente ai dipartimenti di emergenza spesso è legato a una cattiva gestione delle malattie croniche a livello territoriale e, nonostante ciò, va notato che, per l'utenza, i Pronto Soccorso sono

spesso visti come la via di accesso più breve, sicura ed economica, anche nello scenario peggiore (*«Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso: evidenze e indirizzi» - AGENAS, 2013*).

L'elevato ricorso ai dipartimenti di emergenza è una ragione che dovrebbe essere presa in considerazione quando si vuole valutare la risposta dei servizi territoriali, a livello di sistema sanitario, nei confronti dei suoi pazienti. Pertanto, a livello di *governance*, uno degli obiettivi è ovviamente quello di ridurre questi accessi non urgenti attraverso misure e interventi volti a migliorare l'assistenza ai pazienti a livello territoriale e a prevenire il ricorso ai Pronto Soccorso per casi non urgenti (Bonetti & Melani, 2019).

I temi emergenti includono il dibattito sulla necessità di una continuità delle cure primarie 24 ore su 24, la complessa questione del rapporto tra pazienti e Medici di Medicina Generale (MMG), aspetti importanti del rapporto tra MMG e medici ospedalieri e, in un contesto più ampio, l'integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri e il ruolo della medicina territoriali e dei distretti. Naturalmente, tutto questo va inserito nel contesto di una strategia politica nazionale generale, in cui le circostanze socioeconomiche hanno portato a una razionalizzazione delle risorse, che si ripercuote inevitabilmente sui costi e sulla qualità dei servizi offerti. Pertanto, il fenomeno degli accessi non urgenti ai dipartimenti di emergenza è la "punta dell'iceberg", un aspetto evidente di un quadro più ampio e complesso, che richiede una rivalutazione dell'intero sistema in vista di un nuovo equilibrio (Bagaglia & Polcri, 2017).

L'assistenza migliore per sostenere i pazienti affetti da patologie croniche, disabilità e anziani sono le Cure Primarie e l'Assistenza Territoriale, in grado di soddisfare i loro bisogni di salute al proprio domicilio, o nella comunità, attraverso l'educazione, la prevenzione e la promozione alla salute (*«Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione Salute - Monitor, Agenas»*, 2021). In particolare, l'Assistenza Territoriale è il vero sistema organizzativo alla base del sistema sanitario, in quanto non solo fornisce servizi di primo contatto, ma assicura anche l'assistenza e la continuità delle cure per le persone con malattie croniche e condizioni non autosufficienti (*«Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso: evidenze e indirizzi» - AGENAS, 2013*).

L'obiettivo principale delle Cure Primarie, invece, è quello di promuovere il territorio come luogo privilegiato per la cura e il governo dei percorsi socio-sanitari, con lo scopo di

sviluppare forme di assistenza che possano ridurre ulteriormente gli accessi non urgenti ai Pronto Soccorso. La riorganizzazione delle Cure Primarie non solo può contribuire a ridurre gli accessi impropri ai dipartimenti di emergenza, ma può anche trarre beneficio sviluppando programmi sanitari di iniziativa per affrontare le condizioni croniche e non autosufficienti e migliorando la fiducia tra i pazienti e le reti di servizi locali (*«Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso: evidenze e indirizzi» - AGENAS, 2013*).

Inoltre, il rafforzamento dell'offerta di servizi di assistenza intermedia a livello territoriale attraverso l'attivazione di Ospedali di Comunità, la cui missione principale è quella di prendersi cura delle persone dal momento dell'accesso, attraverso l'accoglienza, la collaborazione professionale, i percorsi di cura condivisi, l'autonomia, la responsabilità professionale e lo sviluppo delle competenze, e delle Case della Comunità migliorerà l'adeguatezza dei servizi e ridurrà gli accessi non urgenti agli ospedali e alle unità di Pronto Soccorso (*«Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'Ospedale di Comunità»*, 2022).

La pandemia Covid-19 ha evidenziato l'importanza della tecnologia e delle soluzioni digitali a supporto della salute pubblica e dell'assistenza sanitaria in tutti i contesti di cura. Questo è importante sia come strumento per la cura del paziente a domicilio, sia come strumento per l'integrazione e la comunicazione tra professionisti in diversi contesti di cura. Lo sviluppo della Telemedicina avrà un impatto importante su tutte le organizzazioni di servizi territoriali e, in ultima analisi, sulle Cure Primarie, facilitando la condivisione delle informazioni e migliorando le competenze specifiche degli operatori sanitari. Questi potenziamenti miglioreranno lo stato di salute della popolazione target, aumenteranno l'equità di accesso e ridurranno i costi, conseguenti all'impatto a livello di sistema, attraverso la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e dell'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri (*«Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione Salute - Monitor, Agenas»*, 2021).

Le nuove caratteristiche della popolazione odierna, unite alla presenza di malattie croniche negli anziani, richiedono nuovi approcci all'assistenza che facilitino il coordinamento tra i diversi livelli di cura. A questo proposito, gli Infermieri *Case Manager*, nell'assistenza sanitaria di base, hanno un ruolo importante nel garantire la continuità delle cure per i pazienti complessi con patologie croniche. Secondo lo studio di Doménech-Briz et al., l'*Infermiere Case Manager* ha ridotto l'uso del pronto soccorso, l'ospedalizzazione, la

riospedalizzazione e la durata di tutti questi interventi. Risulta, quindi, che la figura del *Case Manager* infermieristico è efficace ed efficiente per i pazienti e i servizi sanitari territoriali.

Infine, la figura del medico è un fattore che deve essere preso in considerazione per affrontare il problema del sovraffollamento. Oltre ai Medici di Medicina Generale, anche gli infermieri di famiglia e di comunità sono molto importanti, ma meno riconosciuti; grazie al lavoro d'*équipe* di questi professionisti, possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione delle malattie e nel trattamento delle patologie croniche. È inoltre necessario introdurre meglio le risorse umane e materiali e le informazioni negli ambienti sanitari territoriali. Se la rete di assistenza territoriale esistente verrà mantenuta e migliorata, le persone vulnerabili con condizioni croniche non dovranno più recarsi al pronto soccorso ogni volta che la loro condizione di salute cambia (Lupo et al., 2018).

Per questo, rafforzare la gestione locale dei pazienti attraverso lo sviluppo e il potenziamento dei sistemi di Assistenza Territoriale, riducendo le liste d'attesa e lavorando a stretto contatto con i Medici di Medicina Generale e gli specialisti, promuovendo campagne di informazione rivolte all'utenza per migliorare i servizi territoriale offerti e incoraggiare al "buon uso" dei servizi di emergenza e urgenza, ridurrà il sovraffollamento delle Unità Operative di Pronto Soccorso, consentendo loro di operare in modo più efficiente come strutture che forniscono solo cure di emergenza (Bonetti & Melani, 2019) (Bagaglia & Polcri, 2017).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Accettazione e Pronto Soccorso—Portale AULSS 7 Pedemontana.

Ambulatorio Infermieristico—Portale AULSS 7 Pedemontana.

Angelini, C., & Agazzi, B. (2020). Gli ambulatori infermieristici in Regione Lombardia: Una indagine conoscitiva. *Italian Journal Nursing*, 34, 21–26.

Art. 1—Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso: evidenze e indirizzi—AGENAS. (2013).

Bagaglia, C., & Polcri, C. (2017). Il problema degli accessi «impropri» in Pronto soccorso: Un'indagine antropologica...The problem of the “inappropriate” accesses to the Accident and Emergency department: an anthropological research. *SCENARIO: Official Italian Journal of ANIARTI*, 34(3), 25–31.

Bonetti, M., & Melani, C. (2019). Il ruolo degli accessi impropri in pronto soccorso nella provincia autonoma di Bolzano. *Bollettino epidemiologico nazionale*.

Braia, A., Cito, C., & Caputo, B. *Modello organizzativo ambulatorio infermieristico.*

Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Academic Emergency Medicine*, 24(9), 1137–1149.

Damiani, G., Silvestrini, G., Modesta, V., & Bellentani, M. (2016, novembre 9). *Cap. 1 – Che cos'è l'Assistenza Primaria | APRIREnetwork.*

DGR n. 296 del 22 marzo 2022.

Di Tommaso, F., Falasca, P., Calderone, B., Nicoli, A. M., Berardo, A., & Rossi, A. (2008). *Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non*

appropriato del pronto soccorso nella Ausl di Ravenna nel 2008. Bollettino Epidemiologico Nazionale.

Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'Ospedale di Comunità. (2022). Agenas, Monitor.

Doménech-Briz, V., Gómez Romero, R., de Miguel-Montoya, I., Juárez-Vela, R., Martínez-Riera, J. R., Mármol-López, M. I., Verdeguer-Gómez, M. V., Sánchez-Rodríguez, Á., & Gea-Caballero, V. (2020). Results of Nurse Case Management in Primary Health Care: Bibliographic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9541.

Ghazali, D. A., Richard, A., Chaudet, A., Choquet, C., Guericolas, M., & Casalino, E. (2019). Profile and Motivation of Patients Consulting in Emergency Departments While not Requiring Such a Level of Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4431.

Infermiere di famiglia e gestione integrata della cronicità, 2020.

International Council of Nurses (ICN).

Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso, 2019.

Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, 2019.

Linee di indirizzo Telemedicina, 2019.

Longhini, J., Ambrosi, E., Degan, S. D., Bedin,
Marilena, & Saiani, L. (2019). L'integrazione degli infermieri nei team di Medicina Generale: Il punto di vista dei Medici di Medicina Generale. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 38(2), 66–76.

Lupo, R., De Mitri, O., Merola, D., Calabro, A., Landolfo, M., Rango, A., & Maggio, E. (2018, ottobre). *L'accesso improprio in Pronto Soccorso e analisi delle possibili cause: Studio osservazionale.* Italian Journal of Emergency Medicine.

Ministero della Salute. *Piano nazionale di ripresa e resilienza. Cos'è la Missione Salute.*

Ministero della Salute. *Pronto Soccorso e DEA.*

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

Obbia, P., Tamburini, L., Giovannetti, G., Ongaro, M., & Calamassi, D. (2015, marzo 31). Infermieristica di famiglia e di comunità: Una survey tra infermieri e medici di medicina generale. *L'infermiere. Fnopi L'infermiere.*

Paradigma—Medicina di comunità e delle Cure Primarie. Recuperato da <http://www.medicina-comunita.unimore.it/site/home/aspetti-culturali/paradigma.html>

Pesaresi, F. (2022a). *GLI OSPEDALI DI COMUNITA'.*

Pesaresi, F. (2022b). *LE CASE DELLA COMUNITA'.*

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione Salute—Monitor, Agenas. (2021). *Monitor, 45.*

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021.

Piano Socio-sanitario Regionale della Regione del Veneto 2012-2016. Recuperato da

Piano Socio-sanitario Regionale della Regione del Veneto 2019-2023.

Società Italiana Sistema 118. (2019, maggio 8). *S.I.S. 118.*

Tabaglio, E., & Medea, G. (2013). *Il care/case manager nell'ambulatorio del medico di medicina generale, 12-16.*

Tapia, A. D., Howard, J. T., Bebo, N. L., Pfaff, J. A., Chin, E. J., Trueblood, W. A., April, M. D., Long, B. J., Long, A. N., Fernandez, W. G., & Schauer, S. G. (2022). A Retrospective

Review of Emergency Department Visits That May Be Appropriate for Management in Non-Emergency Settings. *Military Medicine*, 187(9–10), e1153–e1159.

Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute, 2016.

Vegesna, A., Coschignano, C., Hegarty, S. E., Karagiannis, T., Polenzani, L., Messina, E., Zoli, R., & Maio, V. (2016). Attitudes towards physician-nurse collaboration in a primary care team-based setting: Survey-based research conducted in the chronic care units of the Tuscany region of Italy. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 65–70.

SITOGRAFIA

<https://www.aulss7.veneto.it/azienda/ospedali/ospedale-santorso/pronto-soccorso>

<https://www.aulss7.veneto.it/ambulatorio-infermieristico-d2>

https://italianjournalofnursing.it/wp-content/uploads/2021/02/IJN_34_2020_AmbulatoriInfermieristiciLombardia.pdf

<https://www.medicoeleggi.com/argomenti/11517.htm>

<https://www.agenas.gov.it/i-quaderni-di-monitor-%E2%80%93-supplementi-alla-rivista/380-assistenza-h24-riduzione-accessi-impropri-pronto-soccorso-quaderno-monitor>

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=126065712&site=ehost-live>

<https://www.epicentro.iss.it/ben/2019/aprile/accessi-impropri-ps-bolzano>

https://www.asmbasilicata.it/upload/asm_matera/gestionedocumentale/208Lambulatorioag-estioneinfermieristicadefinitivoconvertito_784_12794.pdf

<https://doi.org/10.1111/acem.13220>

<https://www.aprirenetwork.it/2016/11/10/che-cosa-e-la-assistenza-primaria/>

<https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleGroupId=2591459&articleId=13555342>

<https://www.epicentro.iss.it/ben/2010/febbraio/2>

<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2160-documento-di-indirizzo-per-il-metaprogetto-dell-ospedale-di-comunita>

<https://doi.org/10.3390/ijerph17249541>

<https://doi.org/10.3390/ijerph16224431>

https://centrodiexcellenza.eu/site/assets/files/1687/annual_rep_2020_-_web.pdf#page=132

<https://www.icn.ch/>

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3143_allegato.pdf

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf

<https://www.air-online.it/>

<https://www.itjem.org/2018/10/26/laccesso-improprio-in-pronto-soccorso-e-analisi-delle-possibili-cause-studio-osservazionale/>

<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute&tab=1>

<https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto>

<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2022/04/DM-71-approvato-in-CDM.pdf>

<https://www.infermiereonline.org/2015/03/31/infermieristica-di-famiglia-e-di-comunita-una-survey-tra-infermieri-e-medici-di-medicina-generale/>

https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/04/Pesaresi_OdC.pdf

<https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/03/LE-CASE-DELLA-COMUNITA-2022.pdf>

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Agenas_Monitor_45_DOPPIE_Web.pdf

<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

https://www.anaaoveneto.it/images/stories/pdf/Legge_regionale_29_giugno_2012_PSSR_212_2016.pdf

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9527321.pdf>

<https://www.sis118.org/leggi-nazionali/>

<http://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/2013/04/autovalutazione-MEDIA-1-2013.pdf>

<https://doi.org/10.1093/milmed/usab553>

https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/1932/Documento%20finale%20sulla%20professione%20infermieristica%20.pdf

<https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1081878>

ALLEGATI

Allegato 1. Tabella sinottica Ricerca Bibliografica

N°	Autori	Anno pubblicazione	Titolo dell'articolo	Tipologia	Conclusioni
1	Mirko Bonetti, Carla Melani	Aprile 2019	Il ruolo degli accessi impropri in Pronto Soccorso nella Provincia autonoma di Bolzano	Studio osservazionale	<p>Estrazione dei dati da banche dati ministeriali per quanto riguarda gli accessi alle unità d'emergenza della provincia di Bolzano.</p> <p>I risultati evidenziano che viene preferito il Pronto Soccorso piuttosto che al proprio MMG o a servizi territoriali. Ciò comporta l'incremento dei tempi di attesa, la dispersione di risorse e la riduzione dei termini di esito.</p> <p>Studio volto ad analizzare le motivazioni degli utenti che giungono al pronto soccorso.</p> <p>Le principali motivazioni evidenziate dall'indagine sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la personale percezione del problema; - la convinzione di svolgere esami diagnostici al pronto soccorso in tempi brevi per non aspettare le lunghe liste d'attesa; - la rappresentazione del pronto soccorso come servizio di altissimo livello, igienico e sicuro; - mancanza di fiducia nei confronti di MMG, talvolta considerati incapaci, e della guardia medica; - considerazione del Pronto Soccorso come "uno dei tanti servizi" a disposizione.
2	Carlotta Bagaglia, Chiara Polcri	2017	Il problema degli accessi "impropri" in Pronto Soccorso: un'indagine antropologica	Studio osservazionale	
3	Francesca Di Tommaso, Pasquale Falasca, Barbara Calderone, Maria Augusta Nicoli, Arianna Berardo, Andrea Rossi	2008	Analisi dei fattori psicosociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non appropriato del pronto soccorso nella Ausl di Ravenna nel 2008	Studio osservazionale	<p>Somministrazione di un questionario di 34 item per capire il motivo che spinge il cittadino ad usufruire del pronto soccorso.</p> <p>Gli accessi identificabili come "inappropriati" sono il 93% dei codici bianchi e il 35% dei codici verdi; inoltre, i risultati dimostrano che i fattori di rischio che possono condurre ad un accesso non adeguato siano l'etnia, la condizione occupazionale, il tempo intercorso tra l'insorgenza e la scelta di recarsi al PS, la modalità d'accesso e la fiducia nel PS.</p>

4	Roberto Lupo; Ornella De Mitri; Daniele Merola; Antonino Calabro; Marco Landolfo; Anna Paola Rango; Emanuele Maggio	Ottobre 2018	L'accesso improprio in Pronto Soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale	Studio osservazionale	Questionario somministrato ai cittadini di età compresa tra 18 e 70 anni che hanno effettuato un accesso ai Pronto Soccorso della provincia di Lecce. L'obiettivo è di individuare le cause di "overcrowding" e le motivazioni di accesso improprio all'unità d'emergenza. I risultati hanno constatato che il cittadino preferisce recarsi al Pronto Soccorso per ricevere soluzioni immediate ai suoi problemi, senza prendere in considerazione il proprio MMG o i servizi territoriali
5	Daniel Aiham Ghazali, Arnaud Richard, Arnaud Chaudet, Christophe Choquet, Maximilien Guericolas, Enrique Casalino	2019	Profile and Motivation of Patients Consulting in Emergency Departments While not Requiring Such a Level of Care	Studio prospettico multicentrico	L'obiettivo principale dello studio è di analizzare le motivazioni che portano l'utente a rivolgersi a pronto soccorso piuttosto che al medico di medicina generale e di valutare se alcuni di questi pazienti può essere riorientato verso il servizio di cure primarie. Lo studio è stato condotto in due ospedali della Francia e sono stati selezionati 598 pazienti a cui è stato somministrato un questionario. I risultati hanno dimostrato che i fattori motivazionali che portano l'utenza a rivolgersi al servizio d'emergenza piuttosto che il medico di base sembrano la comodità personale, l'accessibilità e la vicinanza geografica delle strutture d'emergenza. Inoltre, sembra confermare la necessità di indirizzare i pazienti che effettuano un accesso non appropriato al pronto soccorso verso i propri MMG, così facendo si potrebbe risolvere l'overcrowding.
6	Joanne E. Coster, Janette K. Turner, Daniel Bradbury, Anna Cantrell	2017	Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis	Revisione sistematica	Sono stati selezionati 38 studi che hanno evidenziato 6 tematiche che riassumono i motivi per cui l'utenza effettua accessi impropri al pronto soccorso. Le 6 tematiche principali sono: l'accesso/fiducia limitato alle cure primarie, l'urgenza percepita dal paziente, l'opinione di familiari/amici, la convenienza, fattori individuali e la convinzione che la loro condizione richiedesse particolari risorse e/o strutture.

7	Ashley D. Tapia, Jeffrey T. Howard, Natasha L. Bebo, James A. Pfaff, Eric J. Chin, Wesley A. Trueblood, Michael D. April, Brit J. Long, Adrianna N. Long, William G. Fernandez, Steven G. Schauer	2022	A Retrospective Review of Emergency Department Visits That May Be Appropriate for Management in Non- Emergency Settings	Revisione retrospettiva	Sono state analizzate 72.205 visite al pronto soccorso in un ospedale americano e, secondo i risultati dello studio, circa 3 utenti su 5 sono stati ritenuti "ammissibili alle cure primarie" senza ricorrere ad una visita al pronto soccorso. L'indirizzamento di questi pazienti ad un servizio di cure primarie comporterebbe un migliore accesso alle cure, la diminuzione del tempo di lavoro e un minore utilizzo del pronto soccorso. Di conseguenza, la riduzione del sovraccollamento del pronto soccorso comporterebbe personale sanitario meno oberato di lavoro, con l'utilizzo di trattamenti adeguati che seguono linee guida e esiti di salute migliori per i pazienti.
8	Jessica Longhini, Elisa Ambrosi, Sonia Dal Degan, Marilena Bedin, Luisa Saiani	2019	L'integrazione degli infermieri nei team di Medicina Generale: il punto di vista dei Medici di Medicina Generale	Studio osservazionale	Studio esplorativo sulle aspettative dei MMG per quanto riguarda l'autonomia e l'interdipendenza dell'infermiere nell'equipe di Medicina generale. I risultati hanno dimostrato una forte propensione all'interdipendenza, affidando autonomia in alcune mansioni agli infermieri e mantenendo la supervisione in rapporto alla complessità/instabilità dell'utente.
9	Cristina Angelini, Beatrice Agazzi	2020	Gli ambulatori infermieristici in Regione Lombardia: una indagine conoscitiva	Studio osservazionale	L'ambulatorio infermieristico è una realtà ancora oggi poco accessibile per alcuni cittadini, anche se sempre più emergente e fondamentale. L'ambulatorio infermieristico può fungere da "ponte" tra il cittadino, l'ospedale e il MMG, favorendo la continuità assistenziale necessaria per una risposta ottimale alla domanda di salute della popolazione odierna.
10	Vicente Doménech-Briz, Rosario Gómez Romero, Isabel de Miguel- Montoya, Raúl Juárez-Vela,	2020	Results of Nurse Case Management in Primary Health Care: Bibliographic Review	Revisione bibliografica	Nel marzo-aprile 2020 è stata condotta una ricerca bibliografica nei principali database per determinare il ruolo degli infermieri case manager nella gestione dell'assistenza, determinando la sua efficacia ed efficienza nell'affrontare le patologie croniche, in termine di qualità di vita ed esiti sanitari, e nell'integrazione dei servizi socio-sanitari. Sono stati selezionati 16 articoli da cui è

	José Ramón Martínez-Riera, María Isabel Mármol-López, María Virtudes Verdeguez-Gómez, Álvaro Sánchez-Rodríguez and Vicente Gea-Caballero			<p>emerso che l'infermiere case manager ha ridotto l'uso del pronto soccorso, l'ospedalizzazione, la riospedalizzazione e la durata di tutti questi interventi per i pazienti dello studio.</p> <p>I case manager infermieristici sono efficaci ed efficienti per i pazienti e le organizzazioni sanitarie, però, sono necessari modelli pratici comuni che includano protocolli standardizzati e pratiche basate sull'evidenza.</p>
11	Paola Obbia, Ludovica Tamburini, Gessica Giovannetti, Mirco Ongaro, Diletta Calamassi	2015	Infermieristica di famiglia e di comunità: una survey tra infermieri e medici di medicina generale	<p>Gli infermieri dei servizi territoriali e i medici di base sono i professionisti "sul campo" che dovrebbero incoraggiare e promuovere attività specifiche per attuare "l'infermieristica di famiglia e di comunità". Lo scopo di questo studio è stato quello di esplorare la loro conoscenza e le loro aspettative, su questa figura professionale, attraverso la somministrazione di un questionario convalidato.</p> <p>Sono state intervistate 113 persone, di cui 90 infermieri e 23 medici. Quasi l'80% degli intervistati conosceva poco o nulla della realtà italiana in cui opera questa figura, mentre oltre il 40% ha dichiarato che l'infermiere di famiglia e di comunità è una professione che attualmente non esiste in Italia.</p> <p>In conclusione, gli infermieri di famiglia e di comunità sono una forma di professione infermieristica altamente qualificata in crescita, ma c'è ancora una chiara mancanza di consapevolezza e conoscenza del loro potenziale.</p>
12	Erminio Tabaglio, Gerardo Medea	2013	Il care/case manager nell'ambulatorio del medico di medicina generale	<p>È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo con l'obiettivo principale di esaminare l'impatto della collaborazione con un gruppo di infermieri con competenze specialistiche di care/case manager.</p>

13	Ashok Vegesna, Christina Coschignano, Sarah E. Hegarty, Tom Karagiannis, Loretta Polenzani, Emanuele Messina, Romeo Zoli, Vittorio Maio	2016	Attitudes towards physician–nurse collaboration in a primary care team- based setting: Survey- based research conducted in the chronic care units of the Tuscany region of Italy	Ricerca qualitativa	<p>I dati hanno confermato le ipotesi teoriche sull'utilità delle immagini del care manager/case manager nella medicina generale.</p> <p>Allo stesso tempo, va sottolineato che i requisiti chiave per un intervento efficace ed efficiente da parte dei care manager e dei case manager nell'assistenza ambulatoriale sono l'organizzazione del lavoro amministrativo, sofisticati ausili informatici e un uso appropriato delle risorse.</p> <p>Lo studio ha cercato di esplorare gli atteggiamenti verso la collaborazione di Medici di Medicina Generale e infermieri all'interno delle unità di Cure Primarie utilizzando la Jefferson Scale of Attitudes towards Physician–Nurse Collaboration.</p> <p>Complessivamente hanno risposto 133 operatori sanitari. Gli infermieri hanno riportato atteggiamenti significativamente più positivi nei confronti della collaborazione rispetto ai medici generici. Questa tendenza è stata riscontrata anche in ciascuno dei tre fattori.</p> <p>Queste informazioni, che si aggiungono alla scarsa letteratura sulla collaborazione infermiere-medico nell'ambito dell'assistenza primaria, sottolineano la necessità di un notevole miglioramento data l'ascesa di modelli ambulatoriali basati sul lavoro d'equipe tra queste due figure.</p>
----	---	------	---	------------------------	---

Allegato 2: Questionario



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Corso di laurea in Infermieristica
Sede di Schio

Gentile Utente,

sono una laureanda del Corso di Laurea in Infermieristica presso l'Università degli Studi di Padova, sede di Schio.

Ai fini dell'elaborazione della tesi di laurea ho strutturato questo questionario con l'obiettivo di comprendere le motivazioni per cui la maggior parte della popolazione preferisce rivolgersi al Pronto Soccorso piuttosto che affidarsi al proprio Medico di Medicina Generale.

Nelle pagine seguenti le verranno poste alcune domande a cui Le chiedo di rispondere nel modo più sincero possibile, ricordandole che non esistono risposte giuste o sbagliate.

Il questionario è completamente **anonimo** e la compilazione richiede qualche minuto.

Al termine della compilazione, Le chiedo di inserire il questionario all'interno della scatola presente in sala d'attesa.

La ringrazio anticipatamente per la collaborazione.



UNIVERSA
UNIVERSIS
PATAVINA
LIBERTAS

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Corso di laurea in Infermieristica

Sede di Schio

QUESTIONARIO

Data: ___/___/2023

1) Et : _____

2) Sesso:

Maschio

Femmina

3) Qual   il suo titolo di studio?

Nessun titolo

Diploma di scuola superiore

Licenza elementare

Laurea (triennale/magistrale)

Licenza media

4) Al momento lavora?

S **

No

** 5) Se s , qual   la sua occupazione attuale? _____

6) Su una scala da 1 a 10, in cui 10 corrisponde ad uno stato di salute ottimale, come percepisce la propria salute nell'ultimo periodo?



7) Ha avuto una diagnosi di una o pi  patologie tra quelle elencate di seguito?

Cardiopatia

Diabete mellito

Insufficienza renale cronica

Malattie respiratorie

Ipercolesterolemia

Ictus cerebrale

Artrosi, Artrite

Altro.....

Osteoporosi



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Corso di laurea in Infermieristica

Sede di Schio

8) Qual è il sintomo che l'ha portata a recarsi al Pronto Soccorso oggi?

- Dolore addominale (coliche addominali, vomito, diarrea, dispepsia,...)
- Dolore toracico (palpitazioni soggettive,...)
- Dolore specifico in determinata sede
- Difficoltà respiratoria (tachipnea, dispnea, tosse secca/produktiva, respiro affannoso,...)
- Febbre (temperatura corporea superiore o uguale a 37,5°)
- Ferite (da punta, da taglio, abrasioni cutanee, lacerazioni, ustioni...)
- Trauma minore (caduta, ematoma, dolore ad un arto,...)
- Sintomi/disturbi dermatologici (eruzioni cutanee, arrossamento, prurito, pomfi, bruciore,...)
- Sintomi/disturbi oculistici (rossore, prurito, gonfiore, bruciore, dolore, calo della vista,..)
- Sintomi/disturbi ostetrico-ginecologici (dolore/bruciore, perdite, sanguinamento,...)
- Sintomi/disturbi ORL (otite, epistassi, otalgia, faringite, difficoltà a deglutire, sinusite, rinite,...)
- Sintomi/disturbi urologici (bruciore alla minzione, ematuria, bisogno frequente di urinare,...)
- Sintomi/disturbi neurologici (cefalea, vertigini, tremore, scarsa coordinazione, rigidità, formicolio)
- Sintomi/disturbi odontostomatologici (odontalgia, dolore alla masticazione, sensibilità, gonfiore,...)

9) Quale codice colore le è stato assegnato al momento dell'ingresso al Triage?

- Bianco
- Arancione
- Verde
- Rosso
- Giallo

10) Quanto tempo è intercorso fra l'insorgenza del problema e l'accesso al Pronto Soccorso?

- meno di 12 ore
- più di 24 ore
- fra 12 e 24 ore
- più di 2 giorni



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Corso di laurea in Infermieristica

Sede di Schio

11) Per quale motivo ha preferito recarsi al Pronto Soccorso?

- La cura del mio medico è risultata inefficace
- Ho avuto difficoltà a fissare un appuntamento con il mio Medico di Medicina Generale
- L'ambulatorio del mio Medico di Medicina Generale è chiuso
- Ho fiducia dell'ospedale perché gli operatori hanno più conoscenze del mio Medico di Medicina Generale
- Non ho un Medico di Medicina Generale
- I tempi di prenotazione degli esami necessari sono troppo lunghi
- Ho pensato che il Pronto Soccorso avesse più strumenti per risolvere il mio problema/avrebbe impiegato un tempo minore a risolvere il mio problema
- È il posto più vicino e sempre aperto
- Altro

12) La decisione di recarsi al Pronto Soccorso è stata presa:

- in autonomia
- su indicazione di familiari/conoscenti
- su indicazione della Guardia Medica
- su indicazione del proprio Medico di Medicina Generale

13) Conosce i contatti e gli orari d'accesso della Guardia medica?

- Sì
- No

14) Conosce i contatti e gli orari d'accesso del proprio Medico di Medicina Generale?

- Sì
- No

15) Si sente seguito dal proprio Medico di Medicina Generale?

- Sì
- No



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Corso di laurea in Infermieristica

Sede di Schio

16) Si sottopone regolarmente a controlli clinici dal proprio Medico di Medicina Generale?

Sì

No

17) Il suo Medico di Medicina Generale lavora:

Da solo

In Associazione

18) Sa se è presente un ambulatorio infermieristico presso lo studio del suo Medico di Medicina Generale?

Sì **

No

**** Se sì, sa quali sono le modalità per accedervi?**

Conosco le modalità di accesso all'ambulatorio infermieristico.

Non conosco le modalità di accesso all'ambulatorio infermieristico.

19) Conosce la figura dell'infermiere che collabora con il Medico di Medicina Generale?

Sì

No

20) Sarebbe interessato a conoscere le prestazioni di cui potrebbe usufruire presso un Ambulatorio Infermieristico?

Sì

No

Allegato 4: Griglia codici bianchi e verdi

Data	Giorno	Fascia oraria	Numero totale di ingressi	
/ /	Lunedì	<input type="checkbox"/> 7.00 – 12.00 <input type="checkbox"/> 10.00 – 14.00 <input type="checkbox"/> 12.00 – 18.00 <input type="checkbox"/> 15.00 – 20.00 <input type="checkbox"/> 18.00 – 24.00	N° codici bianchi _____	N° codici verdi _____
/ /	Martedì	<input type="checkbox"/> 7.00 – 12.00 <input type="checkbox"/> 10.00 – 14.00 <input type="checkbox"/> 12.00 – 18.00 <input type="checkbox"/> 15.00 – 20.00 <input type="checkbox"/> 18.00 – 24.00	N° codici bianchi _____	N° codici verdi _____
/ /	Mercoledì	<input type="checkbox"/> 7.00 – 12.00 <input type="checkbox"/> 10.00 – 14.00 <input type="checkbox"/> 12.00 – 18.00 <input type="checkbox"/> 15.00 – 20.00 <input type="checkbox"/> 18.00 – 24.00	N° codici bianchi _____	N° codici verdi _____
/ /	Giovedì	<input type="checkbox"/> 7.00 – 12.00 <input type="checkbox"/> 10.00 – 14.00 <input type="checkbox"/> 12.00 – 18.00 <input type="checkbox"/> 15.00 – 20.00 <input type="checkbox"/> 18.00 – 24.00	N° codici bianchi _____	N° codici verdi _____
/ /	Venerdì	<input type="checkbox"/> 7.00 – 12.00 <input type="checkbox"/> 10.00 – 14.00 <input type="checkbox"/> 12.00 – 18.00 <input type="checkbox"/> 15.00 – 20.00 <input type="checkbox"/> 18.00 – 24.00	N° codici bianchi _____	N° codici verdi _____
/ /	Sabato	<input type="checkbox"/> 7.00 – 12.00 <input type="checkbox"/> 10.00 – 14.00 <input type="checkbox"/> 12.00 – 18.00 <input type="checkbox"/> 15.00 – 20.00 <input type="checkbox"/> 18.00 – 24.00	N° codici bianchi _____	N° codici verdi _____
/ /	Domenica	<input type="checkbox"/> 7.00 – 12.00 <input type="checkbox"/> 10.00 – 14.00 <input type="checkbox"/> 12.00 – 18.00 <input type="checkbox"/> 15.00 – 20.00 <input type="checkbox"/> 18.00 – 24.00	N° codici bianchi _____	N° codici verdi _____