

Pronto soccorso: verso un uso responsabile

SEMPRE PIÙ PERSONE SI RIVOLGONO AI SERVIZI DI EMERGENZA PER PROBLEMI DI SALUTE NON URGENTI, GENERANDO COSÌ DISPERSIONE DI RISORSE A DISCAPITO DELLE EMERGENZE REALI. È NECESSARIA UNA REVISIONE DEL SISTEMA ORGANIZZATIVO DEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA E UN DIVERSO ASSETTO DEL SISTEMA DI CURA IN CONDIVISIONE CON IL TERRITORIO, NONCHÉ UNA MAGGIORE RESPONSABILIZZAZIONE DEI CITTADINI.

AA. VV.*

Troppo spesso si sente parlare di accessi inappropriati alle strutture sanitarie, anche se spesso non esiste né in letteratura, né tanto meno nella pratica quotidiana, una netta linea di confine fra un evento appropriato e uno inappropriato. Il concetto di appropriatezza implica il "praticare l'attività clinica integrando le competenze professionali e individuali con la migliore evidenza disponibile" per quella specifica situazione (D. Sackett). Viene quindi posta enfasi sul fornire le cure giuste alle persone che si trovano in una specifica condizione, nel luogo più opportuno per la problematica presentata e al momento adeguato (Domenighetti, 2006). Non tutte le cure o tutti i servizi sono idonei a risolvere la medesima problematica di salute e, spesso, l'utilizzo di un servizio inappropriato per la condizione manifesta (anche se può apparire vantaggioso se osservato dal punto di vista dell'efficienza della prestazione), non solo non porta benefici se non immediati, ma con il passare del tempo rischia di peggiorare le condizioni di salute iniziali del soggetto, procurando la falsa impressione di aver risolto il problema con la sola rimozione del sintomo. Questa situazione si riscontra sempre più frequentemente, soprattutto negli ultimi anni, in quei servizi a libero accesso, dove sono principalmente i cittadini a scegliere se usufruire o meno delle prestazioni e in particolare modo nei servizi altamente tecnologici come il Pronto soccorso. Tale struttura, inserita da un punto di vista organizzativo all'interno dei Dipartimenti di emergenza/urgenza, nasce allo scopo di assicurare una rapida valutazione dei bisogni immediati per la sopravviven-

za del cittadino e la pianificazione più prossima delle prime cure da erogare al fine di evitare una maggiore, se non definitiva, compromissione delle condizioni di salute. In queste circostanze il cittadino diventa, per la salvaguardia della propria vita, legata alla rapidità di intervento ricevuto, semplicemente un paziente, che riceve passivamente le cure appropriate per il caso, costruendo un patto di fiducia verso il medico di Pronto soccorso responsabile, in quanto detentore del sapere scientifico, della vita del paziente. Non è quindi possibile in tali contesti collaborare attivamente con il cittadino, tenendo conto della sua storia di vita globale e della sua salute generale (intesa nel senso più ampio di benessere psicofisico, oltre che sociale) per pianificare insieme l'assistenza e la valutazione diagnostica ottimale dei sintomi manifesti, allo scopo di identificare i fattori causali sottostanti. Questo comporta l'erogazione di un'assistenza inappropriata soprattutto per i soggetti con condizioni non urgenti che si presentano al Pronto soccorso, nei quali l'evento acuto sembra essere spesso solo l'iceberg di una condizione di malessere più diffusa, legata a fattori non biologici ma connessi alle condizioni di vita del cittadino. Tali fattori, se non vengono adeguatamente identificati con un processo pianificato di salute, rischiano di ripresentarsi nuovamente in forme acute e ogni volta diagnosticati di nuovo. È il caso, ad esempio, delle malattie cronico-degenerative, quali l'insufficienza cardiaca, l'ipertensione, il diabete, la degenerazione cognitiva, ecc., che si manifestano spesso con "crisi" acute legate alla rottura dell'equilibrio raggiunto.

Il Pronto soccorso è un'interfaccia cruciale fra l'ospedale e la medicina territoriale. ogni anno più di un milione e settecentomila cittadini in Emilia Romagna vi si rivolgono quando hanno un problema sanitario. È un numero che tende a crescere costantemente, determinando spesso situazioni di sovraffollamento delle strutture e disagi per gli utenti. In Emilia Romagna, solo il 19% degli accessi è seguito da un ricovero e tra il 30% e il 50% dei casi viene classificato come non urgente (codice bianco): molti di questi episodi potrebbero essere più vantaggiosamente assistiti dal medico di famiglia, dal pediatra di libera scelta, dal medico di continuità assistenziale o dalle altre figure presenti sul territorio, con trattamenti meno gravosi e più proficui per la salute dei pazienti stessi. Spesso ci si trova di fronte a disturbi risolvibili con farmaci da banco o episodi in cui il fattore predominante è l'ansia per la propria condizione di salute. Le conseguenze:

- il Pronto soccorso viene sottoposto a una pressione elevatissima, che va a discapito della necessità di concentrare tutte le risorse per il trattamento di casi urgenti;
- il sovraffollamento determina lunghe file di attesa per i cittadini che si presentano per condizioni non urgenti;
- la caratteristica del Pronto soccorso di fornire una risposta rapida viene spesso utilizzata per abbreviare i tempi di attesa alle prestazioni specialistiche, barattando un po' di efficienza a scapito dell'efficacia delle cure;
- viene alimentata sempre più la falsa certezza che una cura buona ed efficace coincida con una prestazione rapida ed efficiente.

Anche nell'azienda Usl di Ravenna, anno dopo anno, le unità di Pronto soccorso sono sempre più affollate. Nel 2002 gli accessi sono stati più di 167.000 e sono cresciuti negli ultimi 5 anni del 11%. Il monitoraggio continuo degli accessi a questa struttura ha portato in luce un uso consumistico sempre maggiore di questa risorsa, non come servizio dedito alle condizioni di emergenza/urgenza, ma per patologie minori, gestibili con maggiori benefici a livello territoriale. Gli accessi aumentano infatti durante il giorno e sempre meno pazienti necessitano di una presa in carico da parte della struttura. Questa situazione ha messo in luce la necessità di riflettere non solo sui criteri organizzativi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali di emergenza/urgenza (*ticket*, accessibilità alla sede dei Nuclei di cure primarie, valutazione dell'offerta dei servizi territoriali, ecc.), ma anche sulle caratteristiche stesse dei pazienti e sulla responsabilità di uti-

lizzo delle risorse disponibili. Nel 2006, l'Ausl di Ravenna ha quindi attivato un progetto di miglioramento sull'uso del Pronto soccorso con lo scopo di definire, ricercare e analizzare le molteplici cause degli accessi non urgenti al servizio. Tale ricerca prevede la consultazione e il coinvolgimento sia dei medici e infermieri di Pronto soccorso, sia dei medici di famiglia, per condividere un insieme di criteri e azioni tecnico-operative finalizzate alla responsabilizzazione e al governo di questa risorsa comune.

FOCUS GROUP: ANALISI QUALITATIVA DEL FENOMENO

Nel 2006 e 2007, presso l'Ausl di Ravenna, sono stati realizzati due percorsi paralleli di incontri con modalità a *focus group* con i medici di famiglia e gli operatori del Pronto soccorso per osservare insieme le informazioni emerse dal flusso informativo, elaborare una definizione univoca e condivisa di accesso non urgente al Pronto soccorso a partire dalla loro rappresentazione dell'evento clinico, delle cause che lo producono, delle caratteristiche, e delineare delle possibili aree di intervento. Le informazioni emerse da questo processo sono state restituite ai due gruppi di operatori coinvolti utilizzando un diagramma causale conosciuto come "spina di pesce di Ishikawa" (tavola 1). Tale strumento ha permesso di elencare le informazioni emerse dagli incontri, rielaborate e connesse fra loro in base a 5 grandi fattori causali. Infine, nelle spine di pesce di entrambi i gruppi sono state evidenziate le rappresentazioni comuni e le cause identiche.

Gli operatori di Pronto soccorso hanno proposto una definizione di accesso non urgente molto specifica, basata su un'esperienza diretta del fenomeno, come problematica risolvibile più appropriatamente in altri contesti. Tale accesso è identificato con le seguenti caratteristiche:

- qualsiasi accesso con codice bianco;
- alcuni accessi con codice colore verde, in particolare quelli che si presentano contemporaneamente; durante il giorno, per eventi non traumatici, durante i giorni feriali, e non presi in carico dall'ospedale (in presenza quindi di servizi alternativi).

I medici di famiglia hanno invece proposto una definizione di accesso inappropriato ancora più ampia, considerando come accessi non idonei al servizio di emergenza/urgenza la totalità degli accessi verdi e bianchi. Si è invece concordato nel definire come accessi appropriati al servizio oggetto di studio quelli che esitano in un ricovero o nell'osservazione breve intensiva.



Le cause riportate come spiegazione di tale fenomeno sono state riassunte in 5 fattori causali:

1. cause riconducibili al cittadino, quali ad esempio il dolore percepito, la mancanza di autonomia, la situazione di fragilità, atteggiamenti opportunistici o consumistici ("tutto e subito"), che conducono il paziente a rivolgersi al PS per condizioni di non urgenza;
2. cause riconducibili al medico di famiglia, quali ad esempio scarsa capacità di rassicurazione, mancanza di tempo da dedicare ai propri assistiti, poca autorevolezza, difficoltà a stimolare i comportamenti di autocura, opportunismo;
3. cause attribuibili agli operatori di Pronto soccorso, come disomogeneità di comportamenti, obbligo di assistenza, difficoltà a respingere i pazienti senza praticare accertamenti, opportunismo;
4. cause derivate dall'organizzazione dei servizi, come ad esempio l'apertura nelle 24h, basso *ticket*, lunghi tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, scarsa collaborazione ospedale e territorio, che incentivano il paziente a un uso inappropriato della risorsa;
5. cause legate alla cultura di appartenenza, all'ambiente sociale di vita, quali l'allarmismo incessante lanciato tramite i *mass media*, il consumismo moderno, la mancanza di informazione sulla salute, la concezione della stessa come diritto da esigere sempre o dovunque, ma non come dovere.

Entrambi i gruppi hanno poi evidenziato spontaneamente alcune categorie di utenti percepite come più a rischio di utilizzare inappropriatamente il servizio di emergenza/urgenza, fra i quali emergono soprattutto gli stranieri, i pazienti gestiti in case protette, i soggetti affetti da patologie croniche e gli anziani. Le motivazioni che riportano a spiegazione di questa scelta variano fra le diverse categorie, sottolineando con sempre maggiore forza come la realtà

che si va delineando sia complessa e sfaccettata, imprescindibile da un'analisi del contesto in cui tale fenomeno si verifica.

GLI ACCESSI NON URGENTI AL PRONTO SOCCORSO

Tenendo conto della definizione di accesso non urgente fornita dagli operatori di Pronto soccorso, sono stati stimati tali accessi e i fattori sanitari associati a partire dalle informazioni ricavabili dal flusso informativo. La percentuale di accessi non urgenti è stata nell'Ausl di Ravenna nel 2006 pari al 24,3% (45.194 accessi). Questi accessi si sono verificati più frequentemente nel mese di agosto (28% circa) e verso fine anno (25%) e aumentano nei soggetti che si rivolgono autonomamente al servizio (27%) o che sono inviati dai medici di famiglia (33%). In base ai criteri stabiliti, il 21% dei codici verdi risulta inappropriato. Per quanto riguarda le caratteristiche degli individui che effettuano accessi non urgenti, questi sono più frequentemente stranieri (43%), giovani adulti (27% fra i 15 e i 44 anni), ma anche in età pediatrica (25,5%), e soggetti di genere femminile (26%). È stato infine utilizzato un modello di regressione logistica per quantificare il peso che hanno i diversi fattori associati al rischio di eseguire un accesso improprio, in particolare: essere un cittadino straniero (36% più a rischio), avere un'età compresa tra i 15 e i 49 anni (5% più a rischio), recarsi autonomamente in PS (3 volte più a rischio), essere inviato dal medico di famiglia (quasi 5 volte più a rischio) o effettuare un nuovo accesso entro 7 giorni dal precedente (9% più a rischio). Alcuni fattori invece si sono rivelati protettivi rispetto al rischio di effettuare

Note

* F. Di Tommaso, P. Falasca, A. Rossi, V. Lolli, Azienda Usl di Ravenna; B. Calderone, A. Nicoli, Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna.

TAVOLA 2 Modello di regressione				
Variabile dipendente	Fattori coinvolti	O.R. ¹	I.C. al 95%	p. > 0,01
Accessi impropri (si/no)	Fattori demografici			
	Maschio (si/no)	0,79	0,78 – 0,81	*
	Extracomunitario (si/no)	1,36	1,32 – 1,40	*
	Quali sono i fattori che influenzano un accesso improprio al Pronto soccorso?			
	Età < 15 anni (si/no)	0,95	0,91 – 0,99	*
Accesso improprio: - tutti i codici bianchi a esclusione degli obi e dei ricoveri - i codici verdi che siano contemporaneamente non traumatici, dalle 8.00 alle 20.00, dal lunedì al venerdì e con i seguenti esiti: dimesso, Pic specialista, allontanatosi, chiusura automatica, non ritorna da consulenza, Pic per C.A.	Età > 65 anni (si/no)	0,87	0,84 – 0,91	*
	Età 15 – 49 (si/no)	1,05	1,01 – 1,08	*
	Fattori legati all'accesso			
	Se stesso (si/no)	3,37	3,24 – 3,51	*
	Invio da Mmg (si/no)	4,92	4,64 – 5,24	*
Tot. Accessi 185.608	Invio da Gm (si/no)	1,32	1,13 – 1,53	*
	Rientri entro 7 gg (si/no)	1,09	1,06 – 1,13	*
	> di 3 accessi nell'anno (si/no)	1,12	1,07 – 1,17	*
	Fattori legati al Mmg			
	Scelta del Mmg (si/no)	1,84	Non significativo	
Tot. Impropri 24,3 %	Minuti apertura ambulatorio pro capite	0,98	Non significativo	
	Gruppo VS Singolo	0,91	0,88 – 0,93	*

Note: 1 L'Odds Ratio (O.R.) indica il numero di volte di essere più o meno a rischio di accesso improprio (a seconda che sia superiore o inferiore al valore 1) per un determinato evento o caratteristica.

un accesso urgente, fra cui l'essere maschio, avere meno di 15 anni o più di 65 anni, avere un medico di famiglia in forme associative di gruppo.

CONCLUSIONI E ULTERIORI SVILUPPI

Il tema degli accessi non urgenti al Pronto soccorso mostra come i servizi di primo accesso al cittadino risentano maggiormente degli sviluppi strutturali e culturali della popolazione e vengano utilizzati in funzione della situazione di emergenza percepita, che risente ovviamente delle caratteristiche sociali e culturali dell'individuo. Porsi il problema di migliorare l'uso della risorsa Pronto soccorso implica dimensionare i fattori che da un lato influenzano il consumo sanitario e dall'altro risentono della struttura della popolazione (l'immigrazione e l'invecchiamento). Il tutto tenendo conto contemporaneamente della tipologia e organizzazione dell'offerta territoriale. In ultima analisi, l'azione dovrebbe essere volta a ridurre il rischio che un disturbo della salute venga percepito e affrontato come urgente e inderogabile senza riflettere sulle concrete conseguenze di queste scelte, rischiando di ottenere una risposta, per i problemi non urgenti, di bassa qualità e non corrispondente alle aspettative, con costi spesso sproporzionati, ma soprattutto di ottenere un'assistenza sporadica che affronti il problema acuto senza considerare i fattori scatenanti. Come evidenziato in letteratura, la decisione dei pazienti di andare al Pronto soccorso per problematiche non urgenti risulta complessa, coinvolgendo fattori medici (patologie), sociali (vicinanza, istruzione, supporto sociale), psicologici (percezione dello stato di salute, ansia), e demografici (età, sesso, etnia). La visita

al Pronto soccorso rappresenta solo il punto di arrivo di un processo che inizia con la percezione e valutazione del sintomo, malessere o infortunio e finisce con la decisione relativa al raggiungimento del servizio di emergenza-urgenza come luogo idoneo di cura per la propria condizione. Alcune ricerche basate sul modello delle credenze sulla salute hanno dimostrato che l'utilizzo di tali servizi non avviene casualmente, ma a seguito di un processo decisionale logico e razionale. Ciò porta alla luce la necessità di predisporre servizi appropriati per i pazienti con condizioni minori e di riorganizzare il sistema delle cure urgenti, facendo leva sulle forme di assistenza alternative al Pronto soccorso e sulla responsabilità del cittadino. Infine, il limite principale di questa prima analisi del fenomeno è sicuramente il mancato coinvolgimento diretto del cittadino. Ulteriori sviluppi potrebbero prevedere un'indagine campionaria degli utenti in attesa al Pronto soccorso per condizioni non urgenti, al fine di identificare i fat-

tori psicosociali che incidono nella scelta dei cittadini e ascoltare le loro motivazioni a tale comportamento.

Ringraziamenti

Si ringraziano i medici di famiglia e gli operatori di Pronto soccorso per la collaborazione attenta e puntuale al progetto.

Bibliografia

- AA. VV., Asl Lecco, "Migliorare le prestazioni di Pronto soccorso". *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 9, 2003.
- Field S., Lantz A., "Emergency department use by CTAS Level IV and V patients". *Canadian Journal of Emergency care*, 8, 2006.
- Mengoni A., Rappini V., "La domanda non urgente al Pronto soccorso: un'analisi". *Mecosan*, 62, 2007.
- Murphy A. W., "Inappropriate attenders at accident and emergency department: definition, incidence and reason for attenders". *Family Practice*, 15, 1998.
- Padgett DK., Brodsky B., "Psychosocial factors influencing non urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery". *Social Science and Medicine*, 35 (9), 1992.
- Walsh M., "The health belief model and use of accident and emergency services by the general public". *Journal of advanced nursing*, 22, 1995.

Non rinunciare al tuo appuntamento quindicinale,
rinnova l'abbonamento per il 2009.

Enti pubblici e privati € 79,00

Ass. di volontariato e Coop. sociali € 59,00

Privati € 53,00

ccp n. 36973204

via XX Settembre 24, 20123 Milano

tel. 0246764276 • pss.abbo@irsonline.it

PSS.irs-online.it