

# Quando il territorio entra in Pronto Soccorso: come rispondere alle istanze della non-urgenza e dell'assistenzialità?

Emmanuele Tafuri  
U.O.C. Medicina di Emergenza Urgenza  
Ospedale Clinicizzato- Chieti



# DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

---



# Quali sono le non urgenze?

Tutte quelle condizioni cliniche in cui i parametri vitali e la sopravvivenza del paziente non sono compromessi e non sussiste rischio di evoluzione infausta; condizioni gestibili dal sistema delle cure primarie presenti sul territorio

1) Accesso immediato

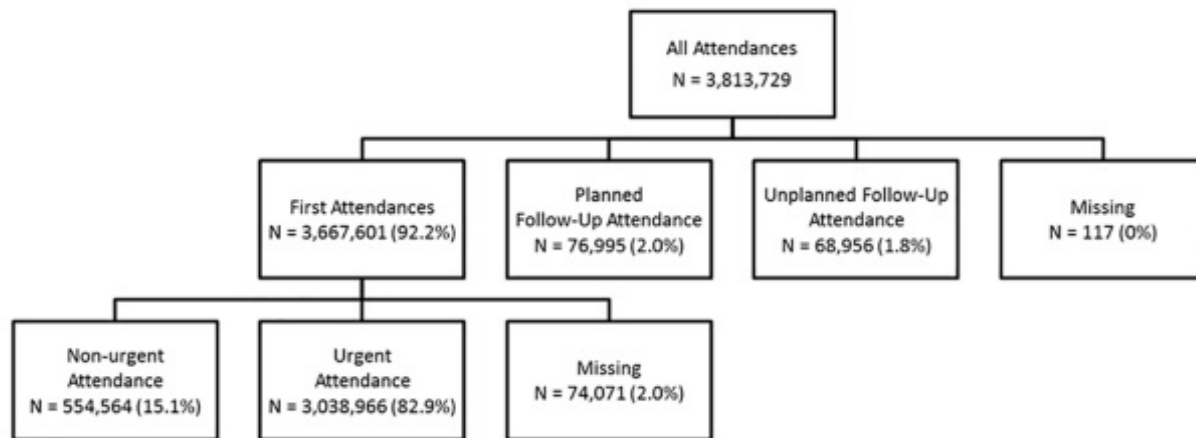
2) Accesso entro 15 minuti

3) Accesso entro 60 minuti

4) Accesso entro 120 minuti

5) Accesso entro 240 minuti





- La percentuale degli accessi non urgenti oscilla tra il 15-20% nei diversi ospedali
- Gran parte degli accessi non urgenti (65.9%) sono effettuati da persone giovani (fascia 16-44 anni)
- Picco di accessi non urgenti tarda notte/prima mattina, maggiori accessi nel weekend
- Il 20% degli accessi non urgenti arriva in ambulanza con il sistema del 118
- Il tempo di trattamento ed il tempo totale trascorso in PS è inferiore per gli accessi non urgenti rispetto agli accessi urgenti

Table 2. Total attendances, non-urgent and urgent attendances by age.

Age group	Non-urgent attendances N (%)	Urgent attendances N (%)	Missing N (%)	Total N (%)
16–24	144,724 (20.9)	530,472 (76.5)	18,551 (2.7)	693,747 (100.0)
25–34	124,374 (19.8)	483,968 (77.2)	18,245 (2.9)	626,587 (100.0)
35–44	96,618 (18.4)	415,197 (79.1)	13,377 (2.5)	525,192 (100.0)
45–54	81,092 (16.5)	401,511 (81.5)	10,234 (2.1)	492,837 (100.0)
55–64	47,941 (12.9)	316,608 (85.4)	6,077 (1.6)	370,626 (100.0)
65–74	29,836 (8.8)	306,931 (90.2)	3,690 (1.1)	340,457 (100.0)
75–84	20,366 (5.6)	341,502 (93.7)	2,585 (0.7)	364,453 (100.0)
85+	9,613 (3.8)	242,777 (95.7)	1,312 (0.5)	253,702 (100.0)
Total	554,564 (15.1)	3,038,966 (82.9)	74,071 (2.0)	3,667,601 (100.0)

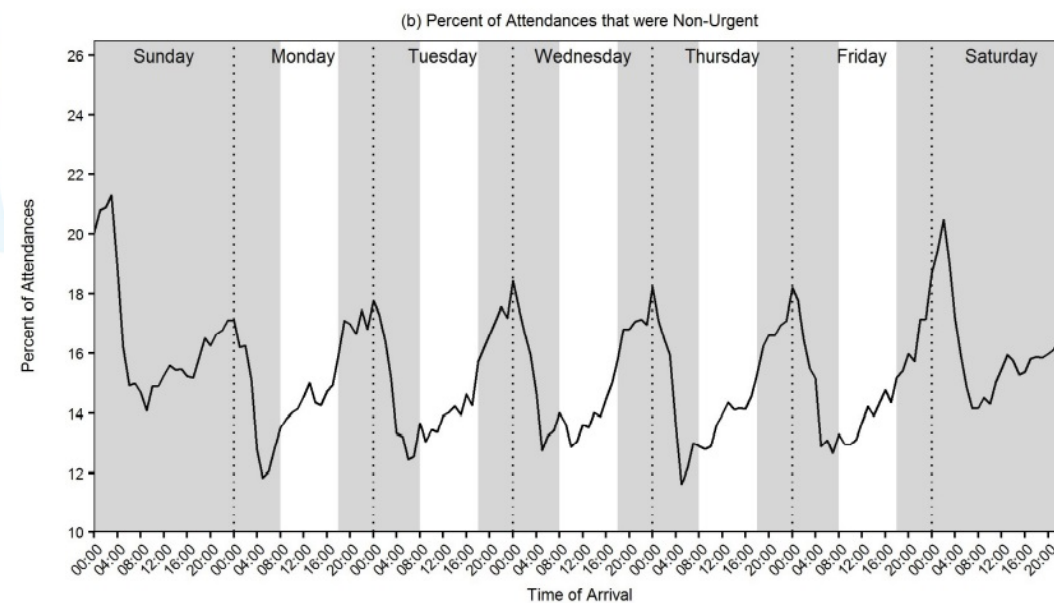


Fig 3. Proportion of first time attendances and non-urgent by day of week and time of day.



**Table 2** Distribution of urgent and non-urgent visits according to explanatory variables.

Characteristic	Urgent		Non-urgent	
	n	%	n	%
Sex				
Male	217	83.1	44	16.9
Female	218	77.9	62	22.1
$\chi^2 = 2.4$ , 1 df, $P = 0.12$				
Age (years)				
15-25	55	74.3	19	25.7
26-35	66	71	27	29
36-45	59	79.7	15	20.3
46-55	53	75.7	17	24.3
56-65	60	92.3	5	7.7
66-75	72	83.7	14	16.3
> 75	70	88.6	9	11.4
$\chi^2$ test for trend = 11.98, 1 df, $P = 0.0005$				
Marital status				
Married	329	81.8	73	18.2
Others	106	76.3	33	23.7
$\chi^2 = 2.04$ , 1 df, $P = 0.15$				
Education (years)				
None	89	81.7	20	18.3
5	79	81.4	18	18.6
8	130	78.3	36	21.7
13	108	80	27	20
> 13	29	85.3	5	14.7
$\chi^2 = 1.17$ , 4 df, $P = 0.89$				
Number of persons in the household				
0	24	77.4	7	22.6
1-2	212	82.5	45	17.5
> 2	199	78.7	54	21.3
$\chi^2 = 1.38$ , 2 df, $P = 0.5$				
Distance from patients' home to hospital (km)				
≤ 5	207	76.9	62	23.1
6-35	136	86.6	21	13.4
> 35	92	80	23	20
$\chi^2 = 5.9$ , 2 df, $P = 0.052$				
Stated chronic disease				
No	323	78.8	87	21.2
Yes	112	85.5	19	14.5
$\chi^2 = 2.84$ , 1 df, $P = 0.09$				
Day of the week of attending the emergency department				
Monday-Thursday	335	79.2	88	20.8
Friday-Saturday	100	84.7	18	15.3
$\chi^2 = 1.8$ , 1 df, $P = 0.18$				
Arrival time at the emergency department				
8.30 AM-2.00 PM	248	80.5	60	19.5
3.00-7.00 PM	187	80.3	46	19.7
$\chi^2 = 0.01$ , 1 df, $P = 0.94$				
Referral to the emergency department				
Self referral/relative	358	78.7	97	21.3
Medical referral	77	89.5	9	10.5
$\chi^2 = 5.41$ , 1 df, $P = 0.02$				
Duration of presenting problem (hours)				
< 1	74	86.1	12	13.9
1-24	271	81.6	61	18.4
> 24	90	73.2	33	26.8
$\chi^2 = 6.14$ , 2 df, $P = 0.046$				

**Summary** The purpose of this study was to determine the extent of non-urgent visits and the effect of different characteristics on such visits to one public hospital emergency department located in Catanzaro, Italy. Of 581 patients aged 15 years and older who were registered for care in the emergency department, 40 were excluded from the study as they were too ill or distressed. The survey questionnaire included questions about the patients' demographic and socio-economic characteristics, distance from home to hospital, usual health status and health status at the time of presentation to the emergency department. Of the 541 patients who agreed to participate, 19.6% of patients, according to the judgement of two observers, had nonurgent conditions. The results of the multiple logistic regression analysis showed that among all variables tested, age and sex were significant predisposing factors for utilization of the emergency department for non-urgent visits. Indeed, the odds of presenting for non-urgent care were significantly higher if patients were younger and female. Moreover, the odds of requiring non-urgent care were significantly higher in patients who present to the emergency department without medical referral and in patients who present with problems of longer duration. The most frequent reason given by patients for their visit to the emergency department was that they felt their problem was an emergency. Further investigations are necessary to evaluate the use of primary care since closer co-operation within the healthcare organization system may provide a more responsive service.

# CON QUALI SINTOMI SI PRESENTANO?

The complaints of non-urgent patients at presentation to the emergency department.

	n	%
Musculoskeletal system pain	157	25.2
URTI symptoms	123	19.7
Headache	48	7.7
Acute gastroenteritis	46	7.4
Eye complaints	45	7.2
Fatigue	44	7.1
Skin lesions, itching	34	5.4
Dizziness	31	5.0
Flank pain	31	5.0
Dyspeptic complaints	17	2.7
Dysuria	29	4.6
Ear complaints	19	3.0

URTI: Upper respiratory tract infections.

- Dolore muscolo-scheletrico prima causa di accesso
- Infezioni vie aeree superiori al secondo posto
- Entrambe le problematiche sono differibili al sistema delle cure primarie
- Individui di età giovane (mediana 30 anni) privi di patologie croniche





LE CAUSE DEL  
PROBLEMA

---



Per identificare le cause del problema i vari studi hanno adottato forme di sondaggi, differenti tra loro, a cui sottoporre i pazienti identificati come accessi non urgenti:

The major queries of the survey.

- What is your primary complaint for admitting to the ED?
- Did you visit ED before due to similar complaints within the last two weeks?
- Do you use the Central Hospital Appointment System (CHAS) to book an appointment at polyclinics or FPs?
- Do you prefer visiting you FP for your health problems?
- Why did you choose the ED instead of polyclinics or your family physician?
- ED: Emergency department

TAB. 1

Motivazioni per cui il paziente si è rivolto al Pronto Soccorso anziché al curante.

N. pazienti (1242)	%	Motivo
797	64,2	Non cercato il medico curante
163	13,2	Non ha il medico curante
85	6,8	Non soddisfatto della diagnosi del curante
70	5,6	Incongruenza fra orario ambulatorio curante e insorgenza del problema
56	4,5	Inviato dal medico curante
71	5,7	Altro

TAB. 3

Motivi per cui i pazienti non avevano a disposizione il medico curante per il problema attuale.

N. pazienti (75 su 420)	%	Non ha il medico curante
32	42,6	Perché si trova temporaneamente in zona diversa dalla propria residenza (viaggio, lavoro ecc.)
43	57,4	Perché non assistito SSN

TAB. 2

Motivi per cui i pazienti non cercavano il proprio medico curante.

N. pazienti (280 su 420)	%	Non cercato il medico curante
209	74,6	Perché l'attuale problema richiede valutazione in PS
47	16,7	Perché fuori orario di reperibilità e ambulatorio
24	8,7	Perché già inviato dal medico curante per analogo problema

In questo studio italiano vengono messi in risalto i motivi principali che i pazienti adducevano per giustificare il loro accesso al dipartimento di medicina di emergenza-urgenza. Questi dati mettono in risalto quelli che sono le cause più frequenti alla base di un accesso non urgente.

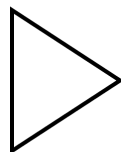
Stefano Rocco\*, Massimo Fusello\*\*, Il paziente non urgente (codice bianco) e il Pronto Soccorso ,Emergency Care Journal (Dicembre 2008) 19-25



# Analizziamo il problema più nel dettaglio andando ad esaminare le singole motivazioni



Il paziente ritiene la sua condizione una urgenza



Causa più frequente di accesso non urgente, il paziente valuta erroneamente la gravità del suo malessere accedendo direttamente al PS senza prima rivolgersi al proprio MMG. Ansia, preoccupazioni e soprattutto ritrovarsi in una condizione senza precedenti sono i principali motivi dietro questa errata valutazione; non a caso sono principalmente giovani in stato di ottima salute, privi di patologie croniche, i primi a rivolgersi al PS.



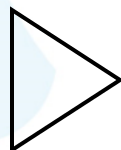
Non si conosce il sistema delle cure primarie e come avervi accesso



Molte persone non conoscono il sistema delle cure primarie e come esso funzioni o lo conoscono solo parzialmente; il ruolo e la funzione del MMG o del sistema di continuità assistenziale vengono così saltati dal paziente che si rivolge direttamente al sistema più noto, il pronto soccorso.



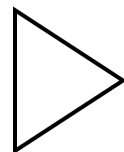
Irreperibilità del proprio MMG o scarsa fiducia in esso



Il Covid19 ha accelerato un processo che era già in essere, il pensionamento dei MMG e l'aumento della carenza di medici sul territorio; ciò ha portato molte persone a rimanere sguarnite del proprio medico curante. La pandemia ha anche determinato una riduzione dei contatti medico-paziente motivo per cui si è creata una rottura in taluni casi nel rapporto di fiducia tra MMG ed assistito.



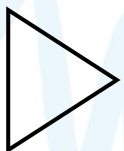
Limiti di orari del sistema delle cure primarie



Il pronto soccorso non va a dormire, l'accesso e il trattamento sono disponibili durante tutta la giornata; il sistema delle cure primarie presenta invece dei limiti temporali per cui, soprattutto soggetti giovani e lavoratori, hanno difficoltà a recarsi dal proprio MMG. Molto più semplice invece, per comodità di orari, andare in PS.



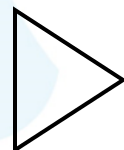
Lunghi tempi di attesa per visite specialistiche



Sono molte le persone che utilizzano impropriamente il pronto soccorso come mezzo per accedere rapidamente a una visita specialistica, saltando così le lunghe attese, talvolta anche mesi, per una visita tramite le cure primarie. Il ticket non rappresenta un deterrente efficace in quanto il costo per una visita medica privata, unica alternativa per una riduzione dell'attesa, sarebbe ben più alto.

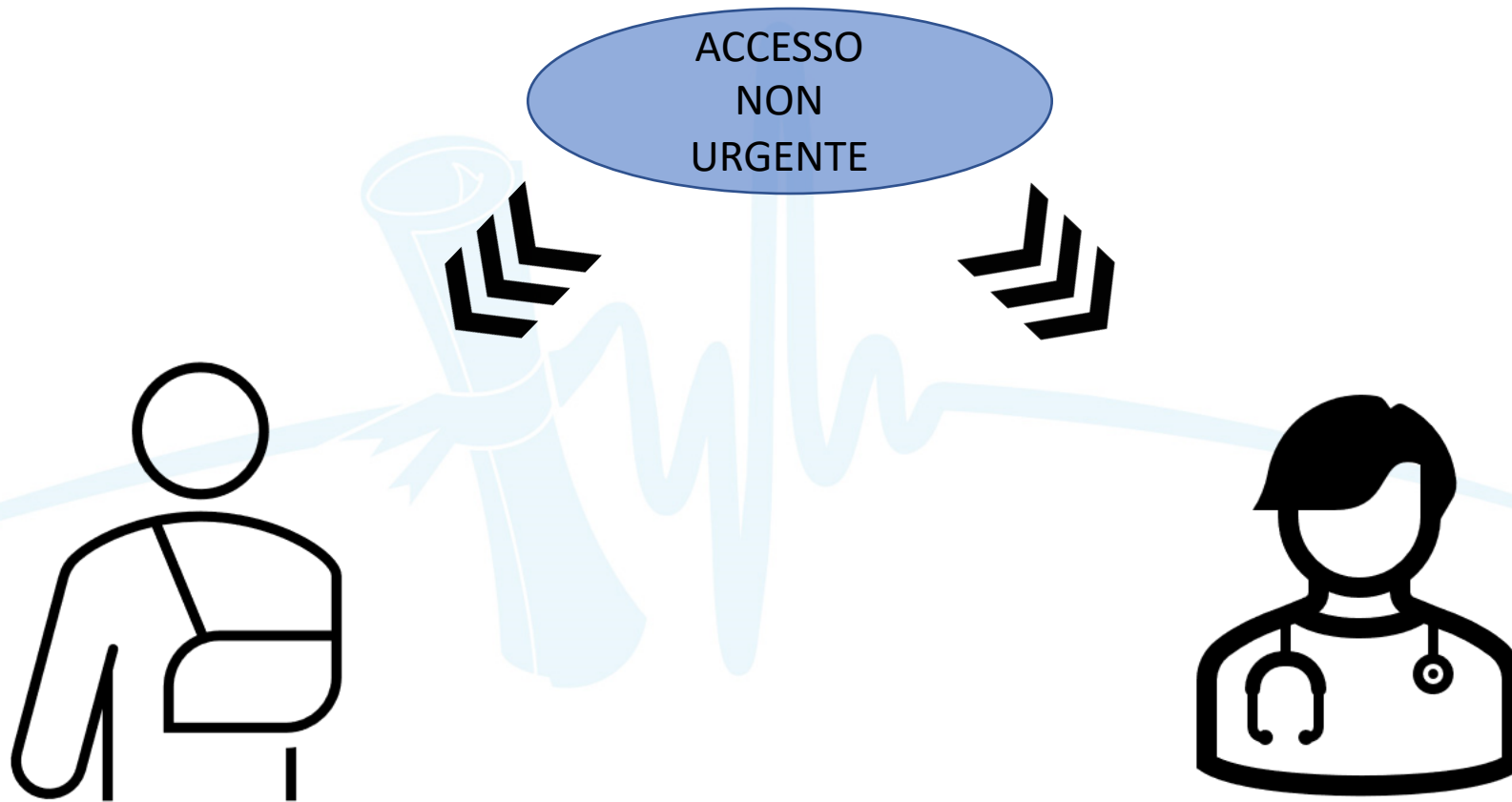


Inaccessibilità alle cure primarie



In questa categoria ricadono principalmente tutti gli extracomunitari che hanno difficoltà ad accedere o talvolta a rapportarsi col sistema delle cure primarie; l'utilizzo del pronto soccorso come mezzo rapido per la risoluzione di qualsiasi tipo di problema rappresenta quindi per loro una soluzione ideale in termini di rapidità e accessibilità.

# SINTENTIZZANDO





POSSIBILI SOLUZIONI





# EDUCAZIONE ALL'UTILIZZO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE



Adottare programmi di educazione su come sia strutturato il nostro sistema sanitario (cure primarie territoriali, sistema di emergenza territoriale, pronto soccorso ecc.) mirati a far conoscere le varie strutture alla popolazione e ad indicare quando sia possibile fare ricorso ad essi.

Diffondere una tutela di protezione e salvaguardia del nostro SSN, in particolar modo del sistema di emergenza-urgenza, come un bene comune da utilizzare con parsimonia e tutelare; il fine quello di eliminare quella mentalità di ricorso al Pronto Soccorso come strumento per «fare subito».

Programmi di educazione sanitaria di questo tipo devono essere indirizzati a individui di tutte le fasce di età, con particolare attenzione ai giovani, di modo tale che sappiano a quali strutture far ricorso in modo che siano consone alle loro necessità.

# AMBULATORI DI MEDICINA GENERALE ASSOCIATI AL PRONTO SOCCORSO

L'inserimento di ambulatorio di MMG all'interno della struttura operativa del PS, a cui vengono affidati i codici bianchi di triage in modo tale da affidare direttamente la gestione ad un medico territoriale che poi indirizzerà il proseguimento dell'iter al territorio se possibile.

Il concetto di base dietro questo progetto sta nello scarso ricorso al proprio medico curante da parte dei pazienti classificati come non urgenti; si va quindi ad inserire nuovamente il filtro all'accesso in ospedale rappresentato dal MMG.

Sono diversi gli studi che hanno valutato i possibili benefici/malus di questa opzione, vediamo alcuni:

**Results** A total of 5426 patients seen by GPs in A&E were matched with 10 852 patients seen by emergency physicians (ratio 1:2). Compared with standard care in A&E, GPs in A&E significantly: admitted fewer patients (risk ratio (RR) 0.28, 95% CI 0.25 to 0.31), referred fewer patients to other specialists (RR 0.31, 95%CI 0.24 to 0.40), ordered fewer radiological investigations (RR 0.38, 95%CI 0.34 to 0.42), ordered fewer blood tests (0.57, 95%CI 0.52 to 0.61) and ordered fewer investigations (0.93, 95%CI 0.90 to 0.96). However, they intervened more, offered more primary care follow-up (RR 1.78, 95%CI 1.67 to 1.89) and referred more patients to outpatient and other A&E clinics (RR 2.29, 95%CI 2.10 to 2.49). Patients seen by GPs in A&E were on average less likely to spend 4 hours plus in A&E (RR 0.37, 95%CI 0.30 to 0.45) compared with standard care in A&E. There was no difference in reattendance after 7 days (RR 0.96, 95%CI 0.84 to 1.09).

**Conclusion** GPs in A&E tended to manage self-reporting minor cases with fewer resources than standard care in A&E, without increasing reattendance rates.

Uthman OA, Walker C, Lahiri S, et al. General practitioners providing nonurgent care in emergency department: a natural experiment. *BMJ Open* 2018;8:e019736

Un numero sempre maggiore di utenti ricorre al Pronto Soccorso per problemi più o meno gravi, con ricadute pesanti a livello di qualità dei servizi. I pazienti non urgenti classificati come codice bianco (CB) sono una causa potenzialmente evitabile di sovraffollamento se si procede a un razionale decentramento dell'utenza e a un maggiore coinvolgimento della Medicina nel territorio. Con il presente studio abbiamo analizzato le motivazioni che inducono i pazienti (CB) di un'area urbana a rivolgersi al PS. Successivamente abbiamo analizzato la gestione di un gruppo di medici di famiglia (MMG) che ha assistito in un ambulatorio separato del PS, collegato al triage del PS, i pazienti CB. La gestione dei MMG è risultata soddisfacente per quanto riguarda tempi di attesa, percentuale di abbandono dei pazienti senza essere visitati, dimissioni improprie. Più carente è apparsa l'autonomia gestionale, con frequente ricorso alla visita specialistica urgente. In conclusione, il coinvolgimento dei MMG potrà essere un correttivo di sicura efficacia se si procederà parallelamente anche a un processo formativo e alla stesura di protocolli condivisi fra professionisti che operano nel territorio e in ambito ospedaliero.

Stefano Rocco\*, Massimo Fusello\*\*, Il paziente non urgente (codice bianco) e il Pronto Soccorso, *Emergency Care Journal* (Dicembre 2008) 19-25

# RIFORMA DELLA SANITA TERRITORIALE

La sanità territoriale è attualmente sotto la lente d'ingrandimento, la riforma di questo ambito nel D.M. 71 è molto dibattuta ed ancora in corso.

Questa è però una occasione d'oro per migliorare l'organizzazione in modo tale da ridurre il carico di lavoro degli ospedali, aumentando le disponibilità per visite specialistiche non urgenti e per visite di persone con problematiche non urgenti che ricercano però una soluzione al di fuori del proprio MMG, per tutte queste problematiche l'Ospedale di Comunità si inserisce come plausibile risposta; ovviamente questa non rappresenta la soluzione ai problemi di tutti ma permetterebbe di indirizzare una buona fetta di pazienti al di fuori del Pronto Soccorso.

La revisione del ruolo del medico di continuità assistenziale con possibile integrazione al sistema di 118/PS potrebbe essere una soluzione per riuscire ad intercettare quella quota di individui che accede al Pronto Soccorso per semplice incompatibilità di orari con il MMG.

Nella riforma della sanità territoriale deve rientrare anche la formazione degli MMG, attualmente carente sotto molteplici punti di vista ed insufficiente per formare medici adeguati alle esigenze assistenziali globali; è ormai assodato che una quota di pazienti si rivolga direttamente al Pronto Soccorso per sfiducia verso il proprio MMG, che non viene nemmeno consultato, oppure sia lo stesso MMG, per negligenza o imperizia, a indirizzare verso il Dipartimento di Emergenza-Urgenza il proprio assistito.

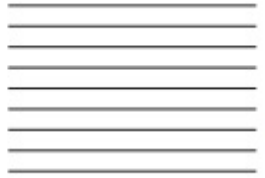
# AMBULATORI SPECIALISTICI DEDICATI AL PS CON SISTEMA FAST-TRACK

Sistemi di fast-track con invio diretto del paziente da triage allo specialista di riferimento sono già attivi in molteplici strutture ospedaliere da tanti anni, ciò è anche il motivo per cui diversi studi evidenzino come nel complessivo i tempi di permanenza nel Pronto Soccorso dei codici non urgenti siano più brevi rispetto a condizioni cliniche più gravi.

In molti casi manca però un vero e proprio ambulatorio specialistico dedicato ai codici non urgenti, che sia un vero e proprio proseguo del triage, capace anche di dimettere direttamente il paziente a domicilio senza la necessità di rimandarlo in Pronto Soccorso per la visita e la dimissione da parte del medico d'urgenza.

Il sistema è già attivo, sicuramente un suo miglioramento è possibile ed auspicabile, permettendo una gestione intraospedaliera e più semplice del problema degli accessi non urgenti, anche se da un punto di vista dei costi questo risulta più elevato rispetto ad altre soluzioni.





## **Editorial**

### **□ REQUIEM FOR “NON-URGENT” PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT**

*“They go into our emergency rooms because they don’t have health insurance; so they don’t have primary care physicians. Now you can’t get into an emergency room . . . .”*

Balanced Budget Act of 1997

*“emergency services must be covered if the patient shows symptoms that a prudent layperson, possessing an average knowledge of health and medicine, could reasonably expect to result in serious impairment to his or her health”*



**GRAZIE**