



FONDAZIONE
**ANGELO
CELLI** per una cultura della salute

ACCESSI “IMPROPRI” AL PRONTO SOCCORSO: UN’INDAGINE ANTROPOLOGICA SUI PERCORSI DELL’UTENZA E LE ESPERIENZE DEGLI OPERATORI

Quadro del problema

L'introduzione del Triage all'interno dei Pronto soccorsi (Ps) ha senza dubbio permesso un'ottimizzazione del sistema di accettazione dei pazienti, consentendo di stabilire e “formalizzare” l'ordine di ingresso in base alla gravità delle condizioni cliniche e dunque all'effettiva priorità del bisogno di cure. Permane tuttavia il problema del sovraffollamento dovuto ai numerosi cosiddetti accessi “impropri” non urgenti che, oltre a condizionare pesantemente l'attività clinica, aumenta i tempi di attesa medi, non garantisce una corretta distribuzione delle risorse umane e incide fortemente sui costi e sull'efficienza del sistema. E se da una parte, un elevato numero di casi presenta problemi non gravi o urgenti, trattabili in modo efficace in altre strutture o con modalità alternative, dall'altra solo ad una ridotta porzione di accessi in Ps segue il ricovero¹.

La crescita esponenziale della domanda verso le strutture di Pronto soccorso, che rischiano di divenire punti prevalenti di riferimento anche per le risposte che dovrebbero essere erogate da altri servizi socio-sanitari, certamente chiama in causa molteplici fattori che possono spaziare dalla questione dei differenti livelli di percezione soggettiva dell'urgenza, a motivi di ordine pratico quali la disponibilità del servizio per 24 ore al giorno e la possibilità di ottenere nell'immediato prestazioni (radiografie, ecografie, etc.) che sarebbero altrimenti rimandate nel tempo, fino a problematiche connesse alla non conoscenza delle alternative sul territorio e all'incremento della popolazione migrante che in molti casi tende a “riconoscersi” più facilmente nei Ps piuttosto che nei servizi di territorio, di cui magari non ha fatto esperienza nei Paesi di origine.

D'altronde, gli stessi modelli organizzativi della medicina territoriale non sempre assicurano adeguate risposte alle esigenze del cittadino e, come confermano le più recenti ricerche, il fenomeno degli accessi “impropri” al Pronto soccorso rappresenta in qualche maniera solo una “punta dell'iceberg” rispetto alla necessità di un riequilibrio del sistema e della riorganizzazione dell'Assistenza primaria². In tal senso, numerose sono le sperimentazioni avviate in diverse regioni italiane per ridurre gli accessi “impropri”; sperimentazioni che, attraverso modelli territoriali di differente tipologia e denominazione (Presidi Territoriali di Assistenza, Assistenza Territoriale Integrata, ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie, Casa della Salute), ma anche modelli ospedalieri (quali, ad esempio, Ambulatori codici bianchi e Ambulatori codici di minor gravità gestiti dai

¹ Anna Maria Ferrari - Cinzia Barletta (curatori), *Medicina di emergenza-urgenza. Il sapere e il saper fare del medico di emergenza tra linee guida, percorsi clinico assistenziali e rete dell'emergenza*, Società italiana di medicina di emergenza-Urgenza (Simeu), Elsevier, 2011

² Agenas, *Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri in Pronto soccorso: evidenze e indirizzi*, “I Quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute”, Il supplemento al n.32, anno XII, 2013.

MMG presso i Ps), hanno avuto l'obiettivo di individuare risposte per promuovere la riduzione degli accessi "impropri" al Ps e migliorare l'assistenza fornita sul territorio³.

Un problema multiforme e articolato, dunque, che se da una parte invita a riflettere su comportamenti, percezioni, rappresentazioni e orizzonti culturali che orientano la scelta degli utenti a rivolgersi al Ps, dall'altra spinge a ripensare, anche in termini di costi e di efficacia, i sistemi organizzativi sanitari, individuando strategie operative capaci di riassumere e rispondere a tale complessità⁴.

Obiettivo

Sondare ed analizzare le principali criticità connesse agli accessi "impropri" nelle esperienze di utenti e operatori, rilevando da una parte i percorsi, le scelte e le motivazioni che orientano gli utenti verso il Pronto soccorso e dall'altra vissuti e problematicità evidenziate dagli operatori.

Sede dell'indagine

Pronto soccorso, Ospedale Santa Maria della Misericordia - Azienda ospedaliera di Perugia.

Metodologia e attività

Sarà innanzitutto effettuata una **raccolta dei dati quantitativi** in possesso dell'Azienda ospedaliera di Perugia e di altre agenzie e istituzioni, per ottenere una serie di informazioni quali ad esempio:

- l'entità e la tipologia degli accessi al Ps dell'ospedale di Perugia, sulla base dei codici convenzionalmente utilizzati per definire l'effettiva priorità del bisogno di cura;
- le caratteristiche socio-anagrafiche dell'utenza che vi accede (genere, età, livello di scolarizzazione, paese di provenienza);
- le caratteristiche socio-anagrafiche, nello specifico, dei pazienti che giungono al Ps, effettuando un accesso considerato "improprio".

Impiegando le tecniche di rilevazione proprie dell'indagine qualitativa (focus group, osservazione partecipante, colloqui "in profondità"), sarà poi condotta una **ricerca sul campo** che verrà declinata sulla base di alcune specifiche attività.

Innanzitutto, saranno condotti **focus group** con medici e infermieri di Pronto soccorso (massimo 3 focus) con l'obiettivo di far emergere esperienze e criticità rilevate dal personale in relazione alle tematiche inerenti l'indagine.

Sarà inoltre svolta **osservazione partecipante** all'interno del Pronto soccorso – metodica che consiste nel raccogliere informazioni grazie alla presenza del ricercatore nel campo di indagine – che permetterà di osservare e seguire le dinamiche all'interno del loro svolgersi, integrando quanto osservato con possibili colloqui informali con utenti e operatori.

³ *Ibidem*

⁴ Così come suggerisce, d'altronde, il documento stilato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni le Province autonome di Trento e Bolzano (Presidenza del Consiglio dei Ministri) "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" del 7 febbraio 2013, disponibile al sito: http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_039732_36%20%20csr%20%20punto%2033.pdf.

Attraverso l'utilizzo di temari semistrutturati, verranno altresì condotti **colloqui “in profondità”** con utenti (massimo 20), il cui obiettivo sarà quello di mettere in luce le motivazioni soggettive e i quadri oggettivi di riferimento che hanno motivato e orientato l'accesso al Ps. Questa procedura sarà rivolta a coloro cui è stato assegnato in fase di Triage un “codice bianco” e sono stati dunque considerati dal servizio come casi non urgenti o “impropri”.

Al termine della ricerca sul campo saranno analizzati i dati raccolti e i principali risultati emersi saranno portati all'attenzione di operatori e decisori politici e amministrativi. A conclusione dell'intero percorso, sarà infatti organizzato un **workshop**, composto da operatori, dirigenti della Regione Umbria e dell'Azienda ospedaliera e altri soggetti chiave, per condividere le principali questioni messe in luce dall'indagine e avviare in tal senso una riflessione su possibili percorsi operativi di intervento.

Verrà infine prodotto un **documento conclusivo** che restituirà gli esiti dell'intero percorso.

Tempi e fasi

Fase I: Raccolta dei dati quantitativi (mese 1)

Fase II: Ricerca sul campo (mese 2 - mese 7)

Fase III: Analisi dei risultati (mese 8 - mese 9)

Fase IV: Workshop (mese 10)

Fase V: Redazione documento conclusivo (mese 11 - mese 12)

Durata complessiva: 12 mesi

CONTRIBUTO RICHIESTO	
Raccolta e analisi dati quantitativi	8.000
Indagine qualitativa	30.000
Workshop	1.000
Analisi dei materiali raccolti e stesura del documento conclusivo	14.000
Totale	53.000