



**OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE**

Con il  
patrocinio  
della



Con il  
patrocinio  
dell'



In collaborazione con

Area Materno-infantile  
S.C. Neonatologia  
Direttore  
Dott. Enrico Giunta



**Centro nascita e pediatria d'urgenza medica e chirurgica di primo livello Stato dell'arte nell'area del Ponente Genovese**

# Rete pediatrica extraospedaliera e gestione delle emergenze

dr. Giorgio Conforti

Pediatra di famiglia che lavora a Genova



# “Sceglie la busta 1, 2 o 3?”



# La busta “1” ....



- Potrebbe contenere una relazione sulla **PREVENZIONE primaria** DELLE URGENZE – EMERGENZE NELLE COMPETENZE DEL PDF



# La busta “2” ....

- Potrebbe contenere una relazione sulla prevenzione

**SECONDARIA DELLE EMERGENZE -**

**URGENTE**



# La busta “3” ....

- Potrebbe contenere una relazione sulle **URGENZE PERCEPITE** dalla popolazione e sul loro impatto sull'assistenza





fimp 

Federazione Italiana Medici *Pediatrui*

# il **m**edico **p**ediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

numero **UNO**  
**DUEMILAUNDICI**

**INFEZIONI RESPIRATORIE  
RICORRENTI. TERZA PARTE**

**ACCESSI PEDIATRICI "NON  
URGENTI" AI SERVIZI DI  
PRONTO SOCCORSO**

**IL PIEDE PIATTO**

**ATTUALITÀ E CULTURA**

<http://giorgio-conforti.docvadis.it>



**Cesare Boschini<sup>1</sup>, Oreste Capelli<sup>2</sup>, Silvia Riccomi<sup>2</sup>, M. Grazia Catellani<sup>1</sup>, Nadia Lugli<sup>1</sup>, Paolo Bertolani<sup>3</sup>, Elena Mazzali<sup>4</sup>**

*<sup>1</sup> Pediatra di Libera Scelta Modena; <sup>2</sup> CeVEAS – Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria, AUSL Modena; <sup>3</sup> Dirigente medico Pediatria Policlinico universitario di Modena; <sup>4</sup> Pediatra*

## clinica e management

# ACCESSI PEDIATRICI CODIFICATI COME “ACCESSI NON URGENTI”

ai Servizi di Pronto Soccorso e agli ambulatori  
dei Pediatri di Libera Scelta della provincia di Modena:

# VALUTAZIONE DELLE MOTIVAZIONI E DELLA PERCEZIONE DI URGENZA DI BAMBINI E CAREGIVERS

# INTRODUZIONE

In tutti i Servizi di Pronto Soccorso (PS) si pone da tempo il problema dell'incremento del numero degli accessi.

L'uso inappropriato dei PS da parte di pazienti con problemi di salute non urgenti è ormai diventato un problema di rilevanza mondiale.



Da un'analisi di diversi studi internazionali, i principali motivi che conducono ad un uso inappropriato dei PS sono:

- convinzione di ricevere cure migliori;
- considerare la propria condizione clinica come urgente;
- possibilità di ricevere cure mediche in breve tempo;
- i pazienti privi di assicurazione medica possono ricevere cure prontamente senza la necessità di pagare la visita immediatamente;
- incapacità a reperire il proprio PCP (Primary Care Provider);
- mancata conoscenza di sorgenti di cura differenti dal PS;
- etnia (black > white);
- basso livello socioeconomico <sup>1-11</sup>.

- Anche nel settore sanitario italiano, lo studio del problema del sovraffollamento dei PS per “accessi non urgenti” mette in luce i seguenti motivi di tale abuso:

# I motivi di un “perche””

- possibilità di scavalcare le liste di attesa per visite ed esami evitandone la spesa;
- scarsa fiducia nel proprio medico;
- convinzione personale di avere necessità di accertamenti;
- difficoltà a recarsi dal medico di famiglia negli orari di ambulatorio;
- gli irregolari possono ricevere cure senza mostrare i documenti;

Gli accessi ai PS ritenuti “inappropriati” (i cosiddetti Codici Bianchi – CB) sono in costante aumento

- sia presso i Presidi Ospedalieri **che presso gli studi territoriali** nonostante l’analisi sulla carta dei servizi degli orari di apertura degli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta (PdLS) della provincia di Modena (n° 94) evidenzia una disponibilità dichiarata superiore rispetto agli obblighi convenzionali dell’Accordo Collettivo Nazionale (ACN).
- Inoltre la quasi totalità dei PdLS modenesi aderisce ad una qualche forma di medicina di associazione che aumenta ulteriormente la reperibilità ambulatoriale dei sanitari.

# Obiettivi dello studio

- Descrivere le principali caratteristiche anagrafiche e cliniche di un gruppo rappresentativo di pazienti, ai quali il triage al PS o il PdLS assegnano una valutazione *codice bianco* di accesso (i PdLS hanno assegnato un punteggio da 1 a 10 all'accesso, tenendo conto di svariate dimensioni, come, ad esempio, rilevanza clinica, indifferibilità gestionale o problematiche sociali).



# Correlare il problema/sintomo

all'origine degli accessi “non urgenti”, alla **percezione di urgenza** del paziente e del caregiver rispetto al problema stesso.

- Valutare il **grado di soddisfazione** dei pazienti rispetto alla qualità e alla struttura organizzativa dell'assistenza sanitaria fornita dai rispettivi medici curanti

# Arruolati dal PdLS

- 14 pdf della provincia di Modena
- Per 20 accessi/die
- Su 28 gg differenti della settimana in 6 mesi
- 140 ore per la raccolta dei dati
- Al fine di raccogliere il punto di vista dei caregivers dei pazienti afferenti all'ambulatorio del PdLS, relativamente alla priorità/urgenza del problema portato e alla soddisfazione dell'attività/ organizzazione del proprio pediatra, in ogni giornata di osservazione è **stato intervistato un campione di genitori**, selezionato in modo casuale, sulla base dell'ordine di accesso in ambulatorio.

# Arruolati al ps

- sono stati raccolti i punti di vista dei caregivers dei pazienti afferenti a uno dei 3 PS della provincia di Modena (Modena Policlinico, Sassuolo, Carpi) che hanno ricevuto al triage una valutazione **codice bianco o codice verde** in entrata al PS.
- Le casistica è stata ottenuta raccogliendo informazioni in diversi giorni della settimana e in fasce orarie mattutine o pomeridiane, per lo più in **orari nei quali erano disponibili anche i Pediatri di Libera Scelta**. Lo studio è iniziato a febbraio 2010 ed è stato concluso ad aprile 2010. La raccolta dati è stata effettuata in 25 giorni di cui 24 infrasettimanali e solo 1 prefestivo richiedendo circa 80 ore di osservazione.

# Per la raccolta dei dati osservazionali e delle interviste

- sono state utilizzate delle **schede-questionario** che hanno analizzato: caratteristiche generali del paziente, **percezione delle condizioni di salute del figlio** in relazione al problema che lo ha portato dal medico, **grado di soddisfazione** del caregiver riguardo **all'operato e alla organizzazione del proprio Pediatra di Libera Scelta.**

Tra i pediatri campionati il 93% partecipa ad una delle forme di medicina di associazione

- sono stati raccolti 621 contatti medico-paziente, suddivisi in tre tipologie: *ambulatoriale, telefonico, domiciliare*
- la maggior parte dei problemi (28,3%) riguarda stati morbosi mal definiti (parte “Generale” seguiti da: disturbi dell’apparato respiratorio (26%), disturbi dell’apparato digerente (8,6%), patologie a carico dell’orecchio (3,8%) e sintomi/segni del tessuto cutaneo (3,7%).



# Riguardo alle prestazioni erogate dal PdLS

- in risposta ai problemi presentati, è stato osservato che sui 216 accessi in ambulatorio, i pediatri **hanno visitato nel 85,6% dei casi** (185 visite) e in altrettanta percentuale hanno effettuato una prescrizione farmacologica

# Rapportata al numero totale di 621 prestazioni erogate

- l'attività del PdLS non è però solo quella di visitare e prescrivere farmaci (60% circa delle prestazioni erogate) ma anche quella di **svolgere un ruolo di educatore sanitario** (20,1%), indirizzare il paziente a cure **specialistiche (6,4%)**, adempiere a procedure **amministrative (4,2%)**.

# La durata media dei contatti diretti

- (telefonici ed ambulatoriali) dei medici partecipanti è stata pari a **11,5 minuti** (minimo 4 e massimo 22 minuti)
- non si evidenzia un'importante differenza tra le due modalità di gestione dell'ambulatorio (una media di 43 contatti/giorno per gli accessi su appuntamento e 50 per gli accessi in modalità misto o libero).

# quasi la metà dei pazienti

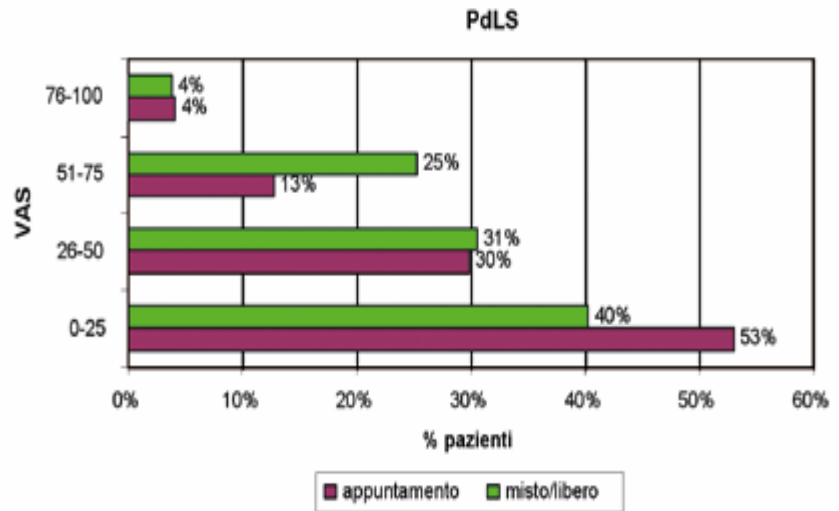
- comunitari e i 2/3 dei pazienti extracomunitari che occupa la sala d'attesa del PdLS ha un'età < 2 anni coerentemente con i frequenti controlli di accrescimento previsti per questa fascia di popolazione

- È stato chiesto ai pediatri e ai genitori di dare una valutazione (espressa con scala millimetrica VAS da 0 a 100) **sulla gravità clinica e complessità-urgenza** del problema presentato il giorno dell'intervista.
- VAS Valutazione Priorità degli Aspetti Selezionati (Registrati)



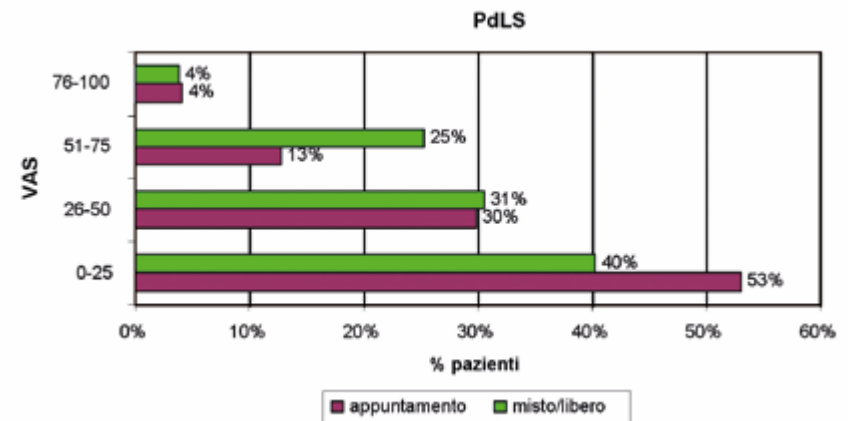
# Valutazione del problema di salute

- VAS molto bassa 0-25 mm; bassa 26-50; alta 51- 75; molto alta 76-100) e suddivisi per modalità di ricevimento dei pazienti
- (su appuntamento/libero-misto)

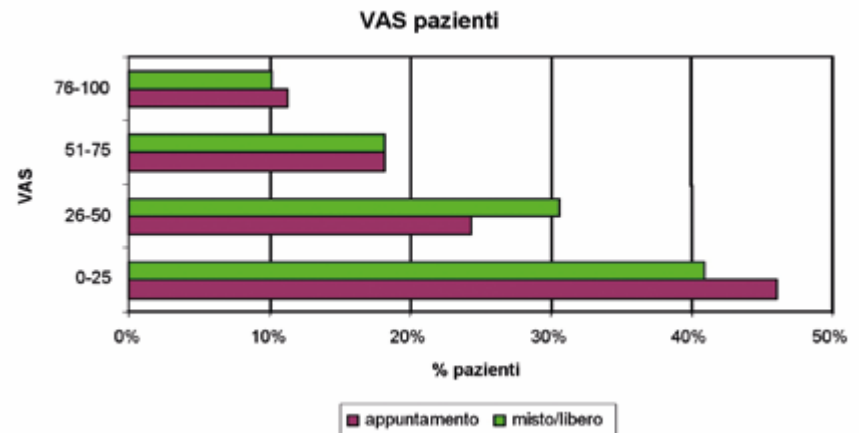


# La scelta di ricevere su appuntamento

- fa aumentare il numero di problemi valutati **DAL PEDIATRA** con bassissima urgenza (53% vs 40% nella valutazione degli accessi libero/misto) e diminuire il numero di problemi valutati con alta urgenza (13% vs 25%).

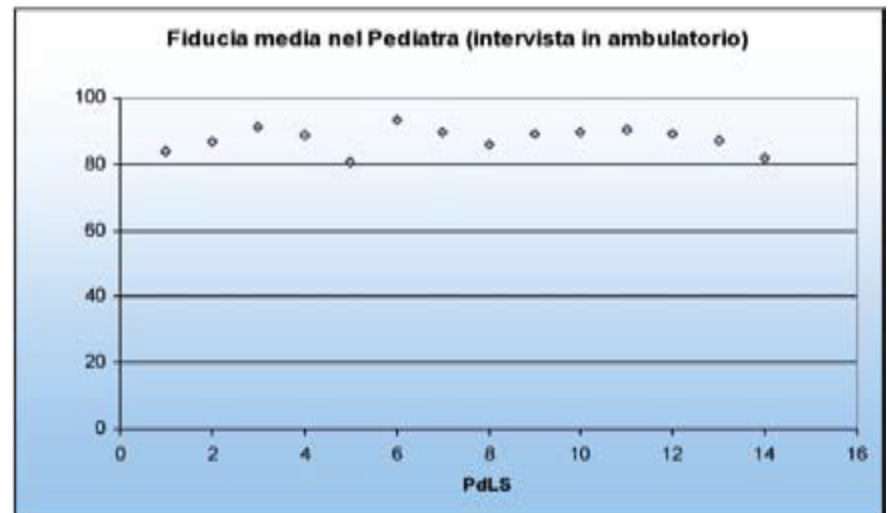


- Analoga distribuzione si osserva per le VAS **esprese dai pazienti**, con percezioni di urgenza ovviamente un po' più alte.



# FIDUCIA NEL PROPRIO PdLS

- Avvalendosi di una scala VAS quale strumento per esprimere quanta stima ripongono nel pediatra curante (0 = nessuna; 100 = massima), i caregivers hanno dichiarato **una fiducia media verso il proprio medico pari ad 89/100**, senza differenze rilevanti tra i diversi PdLS

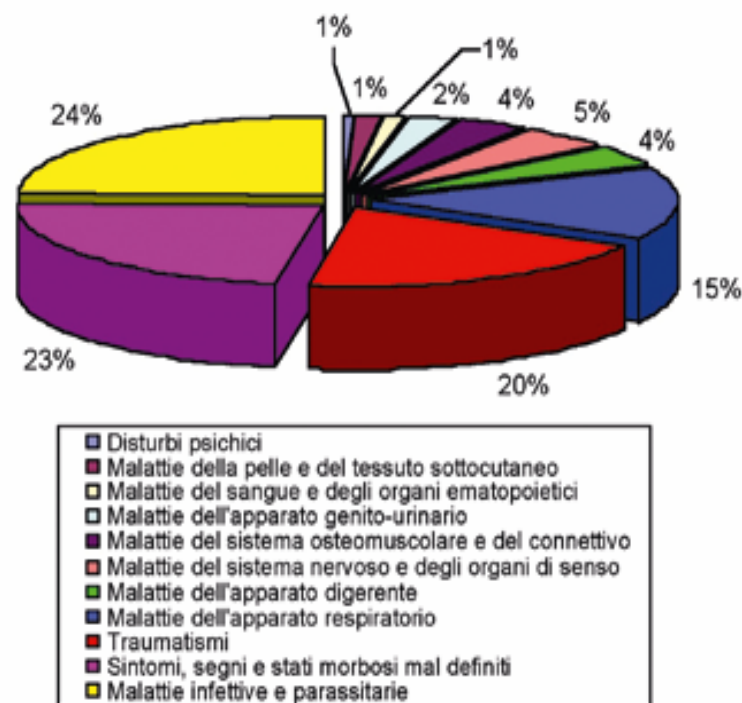


## Interviste eseguite presso i 3 PS di Modena e provincia

- Durante i 3 mesi di osservazione sono stati campionati complessivamente **151 accessi**, quasi tutti *codice verde*, dei quali 93 afferenti all'Accettazione Pediatrica del Policlinico, 28 al PS di Sassuolo e 30 al PS di Carpi
- Il tempo impiegato a raggiungere il PS è nella maggior parte dei casi inferiore ai 15 minuti.

# Distribuzione delle patologie diagnosticate in PS

- Circa i 4/5 del campione risultano costituiti da: “malattie infettive e parassitarie” (24%), “sintomi, segni e stati morbosi mal definiti” (23%), “traumatismi” (20%) e “malattie dell’apparato respiratorio” (15%).



# I disturbi a carico

- dell'apparato digerente inquadrati come **enteriti infettive o semplici addominalgie e quelli a carico dell'apparato respiratorio** (di fatto comunque interessanti solo le prime vie aeree) ricoprono il **39% delle diagnosi**

# Nel conteggio dei 146 accessi al PS

- Si contano **74 bambini che hanno ricevuto solo prestazioni che si sarebbero potute erogare anche in ambulatorio** (visita, terapia per os o i.m., stick urine, medicazione).



# I restanti 72 bambini (49,3%)

- hanno ricevuto invece prestazioni **non disponibili nello studio del PdLS** (esami bioumorali, esame urine, ECG, RX, ecografia, consulenza specialistica).
- Tra le visite specialistiche il maggior numero è costituito da **visite chirurgiche pediatriche**

- L'87% dei pazienti viene indirizzato al proprio curante e il 12% viene ricoverato dopo valutazione ed osservazione medica. L'1% si allontana spontaneamente

## Sia per quanto riguarda i CB che per i CV

il codice di entrata corrisponde nella maggior parte dei casi a quello di uscita.

- La frequenza dei CB in ambito pediatrico è bassa e la maggior parte dei ricoveri o delle osservazioni brevi intensive (OBI) è tra gli intervistati che entrano in ospedale con un **codice verde**. *Il tempo medio di permanenza in PS dall'ingresso alla dimissione è di **circa 5 ore e 40 minuti**.*

## **Invio in PS da parte di un medico o accesso scelto autonomamente dal caregiver**

- Il 39% dei pazienti accede al PS su invio di un medico il cui consiglio viene nella maggior parte dei casi espresso a voce
- Rimane una quota pari al **61% di pazienti che giunge in PS dopo un'autonoma decisione da parte del proprio caregiver.**

# La metà dei soggetti intervistati

- riferisce di **aver cercato** il proprio PdLS prima di giungere in PS e di questi, 57 (su 73, pari al 79%) asseriscono di avere avuto un contatto diretto. **Nel 55% dei casi le persone intervistate affermano comunque di preferire l'accesso diretto al PS piuttosto che recarsi dal curante.**

## Motivazioni dell'accesso scelto autonomamente dal caregiver

- Quasi la metà (46%) delle motivazioni che orientano verso il PS per affrontare il problema è dettata dalla **ricerca di strumentazione diagnostica non disponibile presso il PdLS**

# Nella restante parte dei casi

- la scelta di accedere al PS è dettata dalla **comodità di accesso (18% dei casi)**, mentre il **21% ritiene urgente la patologia del figlio** e l'**8% ritiene che il proprio PdLS non abbia le conoscenze adeguate per risolvere il problema.**



## Caratteristiche del problema e percezione di urgenza

- **Circa il 50% degli intervistati giunge al PS per una patologia insorta nelle ultime 48 ore. Il 51% dei caregivers ha deciso di rivolgersi direttamente al PS senza che il pediatra del bambino venisse a conoscenza del problema, mentre il 16% sceglie l'ospedale perché insoddisfatto del risultato ottenuto dalla consulenza del PdLS**



# Frequenza d'uso del PS

- Numerosi caregivers (44%) hanno dichiarato di aver portato il bambino in PS almeno una volta negli ultimi 12 mesi antecedenti l'intervista (escludendo la visita di quel momento). **Il 12% è tornato almeno 4-6 volte, l'1% ha frequentato settimanalmente il Pronto Soccorso e solo il 43%, prima dell'occasione dell'intervista, non aveva mai fatto uso della struttura**

**Correlando l'uso del PS ad altri indicatori valutati nel corso dell'intervista si evince che**

- ***coloro che non tornano in PS sono anche quelli che vanno maggiormente dal loro PdLS***
- ***e viceversa tra coloro che non sono mai andati dal loro PdLS è maggiore la quota di chi torna in PS.***

# Quasi metà degli accessi riguarda i secondogeniti

- e i 2/3 secondo-terzogeniti. Il 68% giunge in PS con un problema di nuova insorgenza e il 32% con un problema presentato in precedenti accessi.
- I FA (Frequent Attenders) sono principalmente rappresentati dai CB e questo indicherebbe che tra i frequentatori abituali dei PS sono presenti patologie di minore rilevanza clinica.

# POPOLAZIONI A CONFRONTO

- **Indagando da quanto è insorto il problema di salute si evidenzia che il 41% dei bambini portati in PS e il 22% di quelli portati in ambulatorio ha un problema insorto nelle ultime 24 ore.**
- **Tuttavia, se si estende di poco l'osservazione, il 50% dei pazienti in PS e il 45% di quelli intervistati dal PdLS ha un problema comparso nelle ultime 48 ORE**

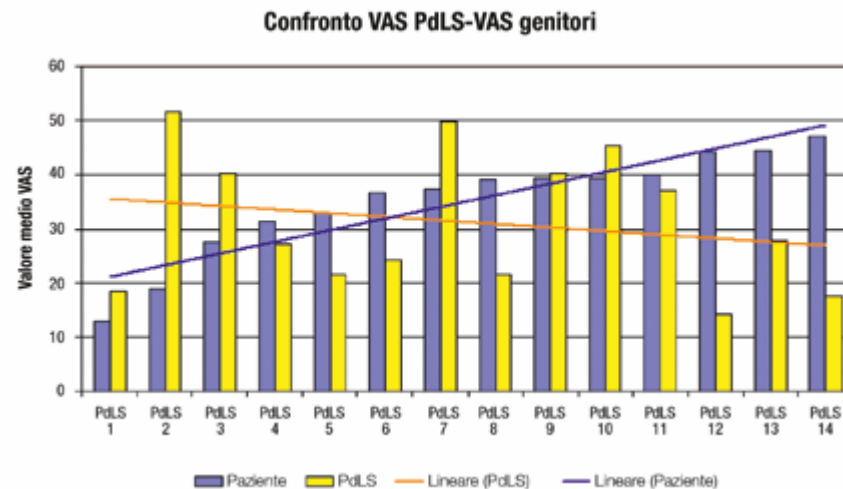
## **Percezione delle condizioni di salute del figlio da parte del caregiver e confronto con la valutazione medica**

- Al caregiver è stato chiesto di indicare su una scala VAS la percezione di rilevanza clinica e complessità-urgenza del problema portato al medico quel giorno (dove 0 = nessuna urgenza e 100 = massima urgenza). Per studiare il problema di salute dalle due prospettive (genitore e medico), anche il PdLS ha dato una valutazione del problema di salute usando la VAS. **Dal confronto emerge una generale concordanza tra le medie delle scale VAS espresse dai pazienti (34 mm) quelle espresse dai medici (32 mm)**

# Se però

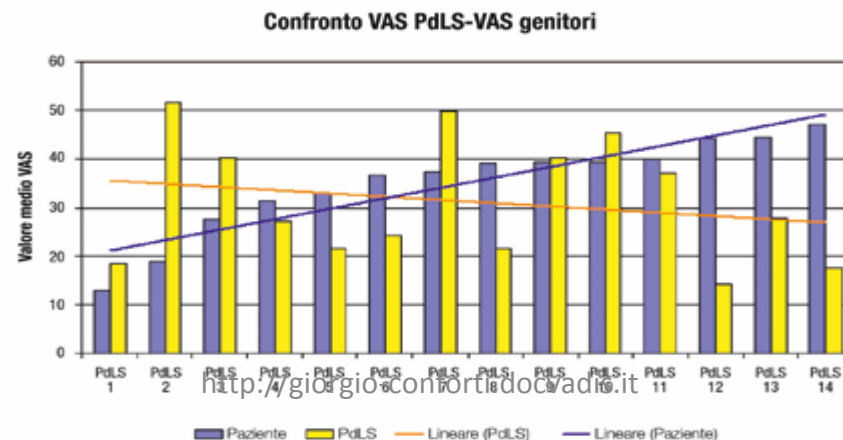
si confrontano la media delle VAS

- **del singolo medico** con le medie delle VAS dei relativi assistiti emerge un'estrema variabilità



# si osservano due tendenze

- un'elevata percezione di urgenza-complessità clinica del problema da parte del medico con una probabile sottovalutazione da parte dell'assistito o, al contrario, bassi valori di VAS da parte del medico con viceversa un'elevata percezione d'urgenza espressa dal paziente.



# La stessa scala VAS è stata proposta

## ai caregivers in PS

- tenendo conto che come metro di paragone per la valutazione obiettiva del problema era già disponibile il codice colore all'ingresso, per lo più verde.



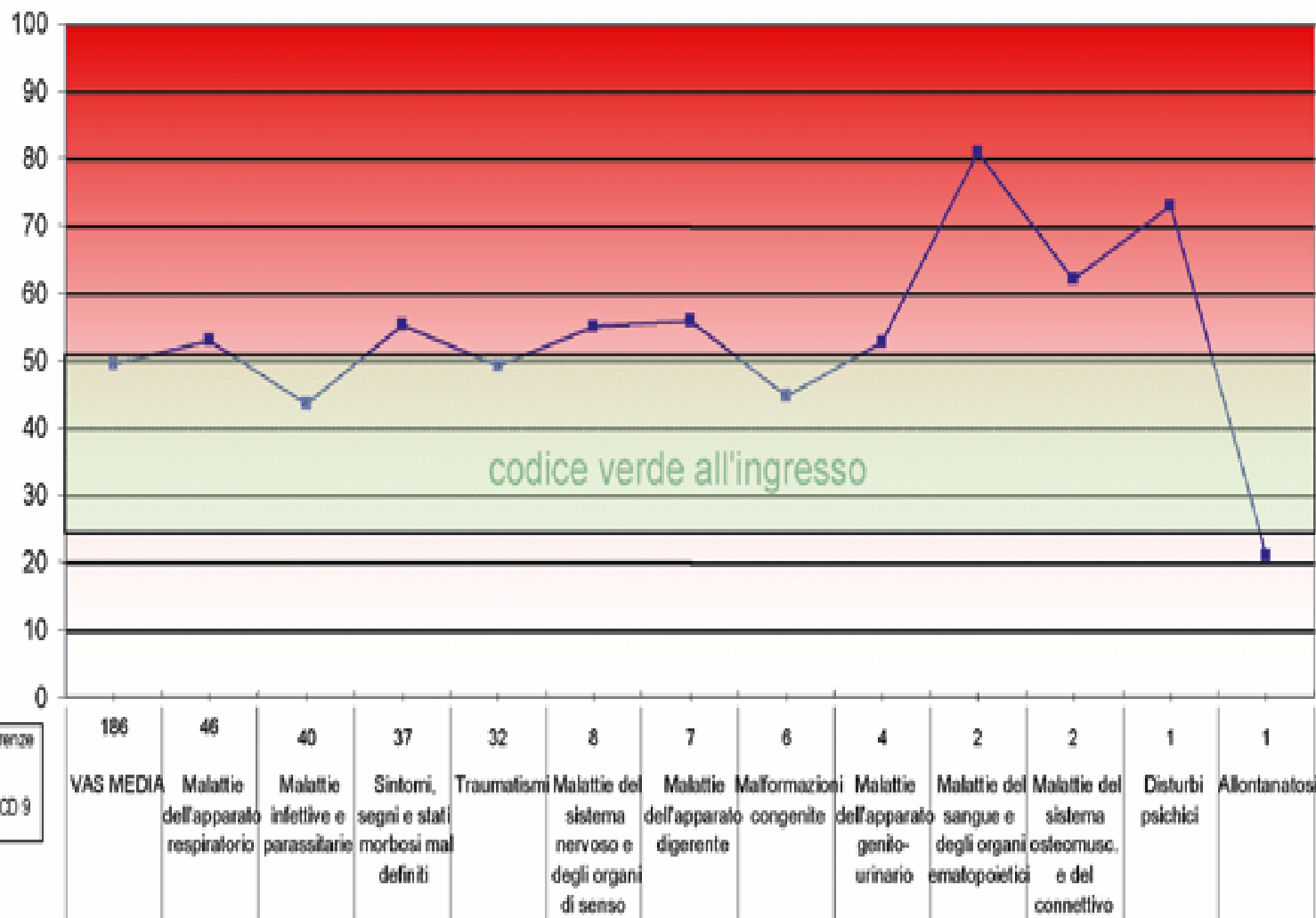
Il valore di urgenza percepita correlato al tipo di patologia presentata dal paziente mostra un dato interessante

- Coloro che conducono in PS il proprio figlio con un problema ascrivibile alla categoria “malattie infettive e parassitarie” (24%) riportano un valore medio di urgenza più basso delle altre categorie, a **possibile testimonianza di un accesso percepito come poco urgente ma dettato essenzialmente dalla opportunità di eseguire esami ematologici e ricevere terapie in e/o ev che consentano di risolvere rapidamente lo stato morboso.**

Viceversa, i caregivers dei pazienti che  
accedono al PS

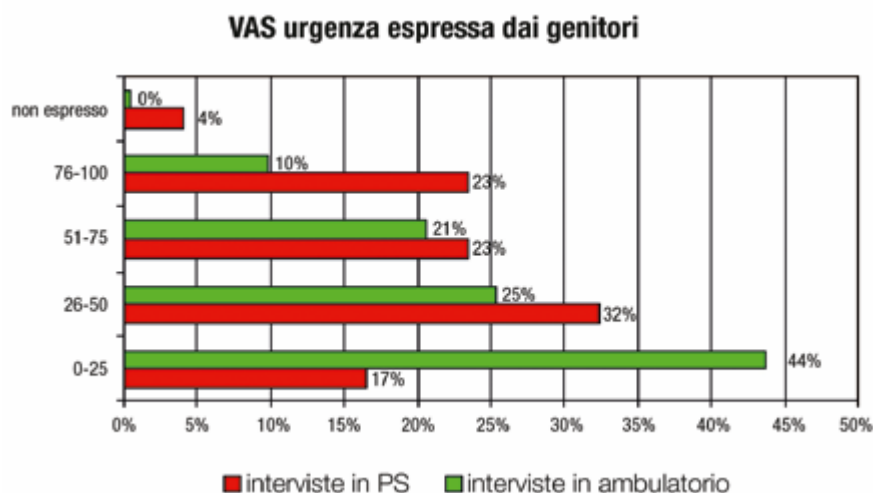
- con problemi correlati a “malattie del sangue e degli organi emopoietici” e “disturbi psichici”, che rappresentano la minoranza, riferiscono elevati punteggi di urgenza verosimilmente correlati **alla preoccupazione** per lo stato di salute del proprio figlio

## Valore medio VAS urgenza in relazione alla categoria ICD9



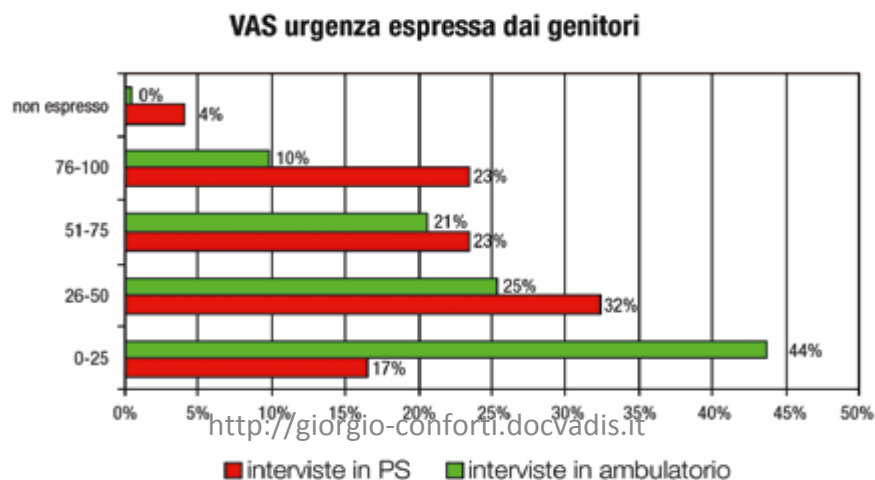
## Confronto tra le percezioni delle condizioni di salute del bambino espresse dalle due popolazioni di caregivers

- Tra gli accessi in PS l'urgenza viene percepita alta o molto alta nel 46% dei casi, in netta discordanza con la valutazione di triage, che invece aveva stimato con CB o CV il problema di salute.



# Mettendo a confronto i dati

- con quelli ricavati dalle interviste eseguite in ambulatorio, dove per lo più si tratta di visite di controllo, bilanci di salute, certificazioni sportive, rientri scolastici, è naturale che l'urgenza in questi casi risulti essere bassa (circa il 70% delle VAS è bassa o molto bassa)



# Utilizzo delle diverse risorse sanitarie

- il 29% degli intervistati riferisce di essersi recato dal PdLS almeno una volta al mese nell'anno precedente l'intervista (FA); il 3% che afferma di essersi recato dal proprio PdLS addirittura una volta a settimana o più è costituito dai lattanti nei primi mesi di vita. **Circa la metà degli intervistati (53%) si reca con periodicità bi-trimestrale dal pediatra.**
- La popolazione intervistata in PS riferisce una frequentazione del PdLS abbastanza simile a quella intervistata in ambulatorio.

## grado di soddisfazione verso l'attività del proprio medico

- Per quanto riguarda la popolazione ambulatoriale **la soddisfazione dei pazienti si mantiene alta**: gli accessi organizzati su appuntamento e ad accesso libero sembrano essere più graditi ai pazienti rispetto alla modalità ad accesso misto

# Tre aggettivi per il suo PdLS...

- Analizzando successivamente gli aggettivi che i genitori intervistati in PS danno dei loro pediatri, pur rimanendo il bilancio positivo, si nota che su 327 valutazioni espresse, 44 sono state **negative (13,4%)**.



# La relazione è

- il principale ambito di valutazione del PdLS (**53% tra le definizioni positive e 46% tra le definizioni negative**).
- **Minore rilevanza è data alle conoscenze cliniche e pochissimo in merito all'organizzazione.** Se ne deduce che tra i motivi di accesso in PS non può validamente inserirsi la modalità di ricevimento ambulatoriale dei PdLS.

# Pregresse difficoltà per problemi urgenti?

- Considerando che la metà dei problemi di salute per cui un bambino accede ai servizi sanitari è di tipo acuto (insorto nelle ultime 48 ore), è stato chiesto ai caregivers di commentare precedenti occasioni in cui c'è stata necessità di coinvolgere il PdLS per risolvere le urgenze sul piano sanitario.

- **La quasi totalità degli intervistati non ha mai avuto difficoltà** nella risoluzione di problemi urgenti di salute dei loro figli.
- Per quanto riguarda la fiducia nel PdLS riscontrata in PS si riscontra che il **76% degli intervistati ripone una fiducia *alta o molto alta*** rispetto al 99% di soggetti intervistati in ambulatorio.

- **Solo l'1% delle persone intervistate in ambulatorio ripone una fiducia nel proprio PdLS MOLTO BASSA**

# Infine incrociando la frequenza di accesso

- presso un PS con il giudizio dato dal genitore riguardo alla relazione personale instaurata col proprio PdLS si vede che **quanto maggiore è la frequenza di accesso al PS, tanto peggiore è la riferita relazione con il Pediatra**

# DISCUSSIONE

- I problemi presentati al PdLS e ai medici del PS sono insorti nella metà dei casi **nelle ultime 48 ore**. La natura è nella maggioranza dei casi **gastroenterologica (dolori addominali) o respiratoria** (flogosi delle prime vie aeree), accompagnata da febbre.

# Confrontando i risultati del presente

- studio con quelli della popolazione della Medicina Generale, la motivazione principale che porta al PS **si conferma la ricerca di strumentazione di 2° livello.**

# Tra gli intervistati in PS

- si delinea una popolazione che fa un uso davvero **improprio** delle strutture sanitarie: **va in PS senza consultarsi con il medico (61% dei casi) oppure accede con frequenza elevata all'ambulatorio (Frequent attenders 4%).**



- Pur essendo l'associazionismo dai PdLS ampiamente diffuso, questo non si è rilevato uno strumento utile a limitare gli accessi CB/CV in PS. Le motivazioni ancora una volta ricadono sulla ricerca di strumenti (46%).

# Riflessioni conclusive 1

- I caregivers afferenti al PS hanno dichiarato una fiducia nel PdLS minore di quella espressa dai genitori intervistati in ambulatorio.

# Riflessioni conclusive 2

- Poiché i bambini che afferiscono al PdLS piuttosto che al PS fanno un minor uso della struttura ospedaliera rispetto agli altri, l'unica soluzione percorribile per limitare l'uso del Pronto Soccorso pare essere quella di **migliorare il rapporto con il curante, che si gioca prevalentemente sul piano della relazione personale tra genitori e medici.**

# Riflessioni conclusive 3

- In quest'ottica, poiché i maggiori fruitori dei PS pediatrici sono bimbi di età compresa tra i 2 e i 5 anni, affetti da patologie “minori” (gastroenterite infettiva e rinofaringite), una buona relazione con i curanti potrebbe consentire ai caregivers di sentirsi più tranquilli, ricevere maggiori informazioni sul da farsi in alcune situazioni cliniche (compreso il ricorso ai colleghi delle Pediatrie di Associazione) e di conseguenza **aumentare l'autonomia di cura** (promozione dell'empowerment).

## Riflessioni conclusive 4

- L'offerta di prestazioni di secondo livello al 50% degli accessi con CV può generare nei caregivers la convinzione che tali accertamenti siano necessari e che sia opportuno recarsi in ospedale, anche scavalcando il medico curante, per risolvere **prontamente** problemi per lo più **senza carattere di urgenza/gravità**

# Riflessioni conclusive 5

- **In questa prospettiva** l'aumento dell'offerta oraria di apertura dell'ambulatorio del PdLS non basterebbe a trattenere quella parte di caregivers che cerca nel PS un "plus" non altrimenti disponibile