

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

**ANALISI DELLE MOTIVAZIONI E DELLA PERCEZIONE DI
URGENZA DEI CITTADINI CHE ACCEDONO AI SERVIZI DI
PRONTO SOCCORSO DELLA PROVINCIA DI MODENA E
VENGONO CODIFICATI COME “ACCESSI NON URGENTI”**

RELATORE:

CHIAR. MA PROF. SSA MARIA STELLA PADULA

CORRELATORE:

DOTT. ORESTE CAPELLI

TESI DI LAUREA DI:

GIULIA UGOLINI

Anno Accademico 2008/2009

Un grazie speciale è rivolto ai componenti del gruppo tecnico multidisciplinare che ha contribuito con passione alla progettazione dello studio: i dott. Guido Federzoni, Cataldo Piancone, Lidia Tondi, Mimmo Andreoli, Nadia Lugli, Cesare Boschini, Margherita Di Pietro, Maria Grazia Bonesi, Susanna Casari.

Infine si ringraziano i Direttori Sanitari dott.ssa Kyriakoula Petropulacos e dott.re Maurizio Miselli, i Direttori dei reparti di Pronto Soccorso dott.re Carlo Tassi, dott.re Stefano Toscani, dott.ssa Roberta Grimaldi, dott.re Enzo Gottardi, dott.ssa Carla Bernardi, dott.re Giovanni Pinelli e il dott.re Daniele Giovanardi, nonché la dott.ssa Maura Bucciarelli.

Si ringraziano inoltre tutte le persone che a vario titolo hanno reso possibile tutto questo, dai quasi 500 pazienti che hanno dato la loro disponibilità a farsi intervistare, agli Infermieri e ai Medici che ci hanno accolto nei loro Pronto Soccorso.

INDICE

INDICE	2
RIASSUNTO	4
INTRODUZIONE	6
L'offerta sanitaria nelle Cure Primarie.	6
L'offerta sanitaria dei Pronto Soccorso (PS).....	7
L'utilizzo dei Pronto Soccorso da parte dei cittadini.....	10
Le Cooperative della MG e gli ambulatori "Codici Bianchi".....	14
La percezione della malattia e dell'urgenza da parte del cittadino.	15
OBIETTIVI DELLA RICERCA	16
MATERIALI E METODI	17
Campionamento dei pazienti	17
Strumenti utilizzati	17
SCHEDA 1: Caratteristiche personali. (Allegato 1).....	17
SCHEDA 2: Descrizione e motivazione dell'accesso (Allegato 2).....	18
SCHEDA 3: Descrizione e motivazioni dell'accesso senza invio da parte di un medico. (Allegato 3)	18
SCHEDA 4: La percezione delle proprie condizioni di salute. (Allegato 4).....	19
SCHEDA 5: Grado di soddisfazione del paziente riguardo il proprio MMG. (Allegato 5)	20
SCHEDA 6: Dati raccolti dal Pronto soccorso (Allegato 6).....	21
Analisi statistiche	21
Trattamento e proprietà dei dati.....	22
Privacy e Consenso Informato.....	22
RISULTATI	23
ANALISI dei QUESTIONARI	26
SCHEDA 1: Caratteristiche socio-demografiche	26
SCHEDA 2: Uso del PS, accessi indotti da un altro medico	27
SCHEDA 3: Motivazioni dell'accesso scelto autonomamente dal paziente	29
SCHEDA 4: Caratteristiche del problema e percezione di urgenza	31
SCHEDA 5: Uso del MMG, soddisfazione ed aspetti relazionali	35
SCHEDA 6: Prestazione di PS (Scheda di Dimissione).....	40
DISCUSSIONE	42
1. Che tipo di paziente accede ai PS con richieste "inappropriate"?	43
2. Cosa spinge il paziente a rivolgersi al Pronto Soccorso?	44
3. Il tipo di organizzazione ambulatoriale e gli orari offerti dai MMG rappresentano un ostacolo al cittadino?	45
4. Come influisce la percezione della professionalità del MMG nella scelta di rivolgersi al Pronto Soccorso?	46
STUDI A CONFRONTO	48
CONCLUSIONI.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	51
RINGRAZIAMENTI	53
Allegato 1: Scheda 1	54
Allegato 2: Scheda 2	55
Allegato 3: Scheda 3	56
Allegato 4: Scheda 4	57
Allegato 5: Scheda 5	58
Allegato 6: Scheda 6	59
Allegato 7: Informativa e Consenso.....	60
Allegato 8: Diagnosi di dimissione secondo Codice di Triage.....	62

RIASSUNTO

INTRODUZIONE: In un momento in cui si stanno decidendo gli strumenti più efficaci ed appropriati volti a controllare l'utilizzo del Pronto Soccorso, un'indagine sulle cause che spingono gli utenti all'utilizzo di questo servizio può fornire essenziali chiavi di lettura. Il nostro lavoro ha dunque puntato l'attenzione sulle *motivazioni ed il punto di vista del cittadino* che accede al Pronto Soccorso per un problema codificato non urgente, elemento fondamentale e spesso trascurato, che solo la letteratura straniera ha tentato d'inquadrare con rigore, e che invece nel territorio nazionale è stato più volte occasione di superficiali "punti di vista".

OBIETTIVI: Descrivere caratteristiche anagrafiche e cliniche di un gruppo rappresentativo di pazienti con "codice bianco" (CB) e "codice verde" (CV) di accesso al PS; correlare il problema/sintomo alla percezione di urgenza del paziente e indagare le principali motivazioni dell'accesso; valutare il grado di soddisfazione dei pazienti rispetto all'assistenza sanitaria fornita dai rispettivi medici curanti; raccogliere gli aspetti oggettivi della prestazione del PS.

MATERIALI E METODI: Sono stati arruolati tutti i pazienti adulti (> 14 anni) che in giornate campione si sono presentati presso uno dei 9 PS della provincia di Modena ricevendo al triage il "codice bianco" o il "codice verde". Ad ogni paziente è stata somministrata un'intervista, previo consenso, costituita da 5 schede-questionario compilate dal ricercatore, completata successivamente dalla scheda di dimissione del PS. La percezione di urgenza relativa al problema portato in PS è stata valutata mediante una scala unidimensionale VAS di 100 mm. Con lo stesso strumento è stato valutato anche la fiducia nei confronti del proprio medico di famiglia.

RISULTATI: Nel periodo settembre 2008 - aprile 2009 sono stati intervistati 498 pazienti (279 CB e 219 CV), per un totale di 427 ore di osservazione in PS. La giornata di maggiore affluenza dei pazienti CB è il lunedì; l'età dei pazienti è bassa (età media 46 anni tra i CB, 47 anni tra i CV), il livello d'istruzione generalmente è basso, sono per lo più persone senza patologie croniche, di nazionalità italiana (71% CB vs 84% CV) e con una occupazione. I problemi presentati sono d'insorgenza variabile (1 giorno - 1 mese) se CB o più recente (insorti entro 7 giorni) se CV, le diagnosi più frequenti: "malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo" (21,2%), "traumatismi e avvelenamenti" (28%), "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" (17,9%) e "malattie della cute e sottocute" (5,8%). L'80%

degli intervistati ha scelto autonomamente di giungere in PS spinto dalla percezione di urgenza/complessità del problema (13% CB vs 23% CV), dalla ricerca di strumenti e conoscenze che il MMG non possiede (37% CB e 38% CV), dal bisogno di una soluzione rapida (16% CB vs 9% CV). Il MMG è ritenuto non idoneo alla soluzione del problema presentato, per il quale l'82% degli intervistati afferma di preferire rivolgersi al PS e non viene infatti consultato prima dell'accesso se non in sporadici casi (14 CB vs 6% CV). Ciononostante la maggior parte dei pazienti esprime un giudizio positivo nei riguardi del proprio MMG, sia in termini organizzativi (modalità ambulatoriali, orari) che relazionali (fiducia espressa con scala VAS - valori medi di 78 per i CB e 81 per i CV). Il 60% dei pazienti riferisce di non conoscere la Medicina di Associazione né tantomeno se il proprio medico ne faccia parte. Infine la quasi totalità degli intervistati ritiene che il suo MMG sia assolutamente in grado di aiutarlo a risolvere i propri problemi di salute, anche in situazioni urgenti.

CONCLUSIONI: i risultati emersi da questo studio sembrano sostenere che:

- La tipologia prevalente di pazienti che si rivolgono al PS è giovane, attiva sul piano lavorativo, in cerca di soluzioni rapide, possibilmente specialistiche, a problemi per lo più osteo-muscolari e traumatici di recente insorgenza;
- La maggior parte dei pazienti intervistati esprime un giudizio positivo nei confronti del proprio medico di famiglia, ma sceglie di ricorrere al PS in cerca di prestazioni che il medico abitualmente non fornisce.
- Queste osservazioni sostengono la necessità di cercare soluzioni che tengano conto anche degli aspetti socio-demografici e motivazionali dei pazienti e non solo di azioni di riorganizzazione delle attività della medicina generale, anche se è necessario valorizzare forme associative della Medicina Generale più efficaci, con il supporto di diverse figure professionali (infermiere, assistente sociale, specialista...), per migliorare l'efficienza del servizio offerto e aumentare i livelli di professionalità percepita.
- Infine saranno certamente utili interventi di educazione del cittadino nella scelta dei percorsi di cura e di maggiore utilizzo delle risorse disponibili presso gli ambulatori dei medici curanti.

Parole chiave

URGENZA PERCEPITA, MOTIVAZIONI, PRONTO SOCCORSO, NON URGENTE

INTRODUZIONE

L'offerta sanitaria nelle Cure Primarie.

In Italia l'assistenza sanitaria è garantita da un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che si fa carico di erogare prestazioni sanitarie al cittadino attraverso un assetto "piramidale" dell'organizzazione, ovvero una medicina territoriale (detta anche di primo livello o Cure Primarie) e una medicina specialistica e/o ospedaliera (definite di secondo o terzo livello, in rapporto alla complessità degli interventi). Ad ogni soggetto^a è garantita l'assistenza da parte di un MMG o un PLS se ha meno di 14 anni. L' accordo convenzionale nazionale (ACN) stabilisce che i medici convenzionati con il SSN svolgano attività ambulatoriale nelle giornate feriali con un orario proporzionale al numero di assistiti in carico^b. L'articolo 36 recita testualmente: “ Lo studio professionale del medico..., deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e comunque non inferiore a:

5 ore settimanali fino a 500 assistiti.

10 ore settimanali da 500 a 1000 assistiti.

15 ore settimanali da 1000 e 1500 assistiti.”

L'istituzione delle Medicine di Associazione ha ampliato di fatto l'offerta oraria come riportato nell'articolo 54 dell'ACN al capoverso J: “fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 36, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 36, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dall'art. 47, comma 6 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal Capo III del presente

^a Alla persona non legalmente presente sul territorio italiano sono garantiti i medesimi diritti di accesso alle cure eventualmente anche in forma anonima e senza necessità di obbligo di denuncia all'autorità competente. (D.L.286/1998).

^b ACN articolo 36

Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico.”

L'articolo 62 dell'ACN (apertura del Capo III) afferma che “Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, le aziende (Sanitarie Locali, ndr.)... organizzano le attività sanitarie per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.”

L'offerta sanitaria dei Pronto Soccorso (PS)

In qualunque momento del giorno o della notte il cittadino ha altresì la possibilità di accedere anche all'ospedale tramite il Pronto Soccorso (definito anche DEA: Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione), sia attraverso una fonte di invio sanitaria che in modo autonomo; il PS garantisce al cittadino un servizio per la risoluzione di situazioni di emergenza-urgenza^c sanitaria; la modalità di erogazione delle cure, in termini di tempi d'attesa e di intensità assistenziale, è fondata sull'identificazione all'ingresso, da parte di un infermiere specializzato, di un codice di gravità del paziente (Triage: vedi tabella sotto), secondo quanto stabilito dal DPR 226/92^d.

^c La criticità del paziente che giunge al Pronto Soccorso è definita dalle condizioni di emergenza e di urgenza. Questi termini, entrati nell'uso comune, vengono usati spesso indifferentemente, mentre in realtà non sono sinonimi. **l'emergenza** infatti si può definire come immediato pericolo di vita, con compromissione di almeno una delle funzioni vitali (cardiaca, respiratoria e nervosa) e conseguente alterazione di almeno un parametro vitale (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, temperatura cutanea, saturimetria, scala del coma di Glasgow). **l'urgenza** invece si può definire come condizione statisticamente ordinaria che riguarda un processo patologico per il quale non esiste un pericolo immediato ma è necessario un intervento terapeutico entro breve termine.

^d ...”all'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage^d, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio” -

Definizione del codice colore usato dal triage di Pronto Soccorso.

Codice rosso	paziente con immediato pericolo di vita. Viene assegnato ai pazienti più gravi con compromissione di almeno una funzione vitale e/o alterazione di uno dei parametri vitali. L'accesso agli ambulatori è immediato
Codice giallo	paziente in potenziale pericolo di vita. Assegnato ai pazienti con sintomi e/o lesioni gravi, per i quali può essere presente un'alterazione, ma non ancora una compromissione, di una delle funzioni vitali; non c'è alterazione dei parametri vitali. L'accesso agli ambulatori è immediato compatibilmente con altre emergenze in atto. La rivalutazione va effettuata ogni 5 minuti
Codice verde	paziente che necessita di prestazione medica differibile senza rischi per il paziente stesso. L'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi e gialli
Codice bianco	paziente con patologie che non sottendono alcuna urgenza e per le quali sono normalmente previsti percorsi alternativi extraospedalieri. (vedi tabella 1)

Tabella 1 - I codici bianchi riconosciuti dalla Regione Emilia-Romagna

01)Patologie traumatiche

- a) Ferite superficiali che non necessitano di sutura abrasioni/escoriazioni
- b) Contusioni/distorsioni (senza fratture o lussazioni)
- c) Distrazioni muscolari senza marcata impotenza funzionale
- c) Ustioni di 1° grado di estensione limitata
- d) Vaccinazione/ Sieroprofilassi antitetanica (per ferite da non trattare)
- e) Colpi di frusta cervicali e distorsioni lombari di modesta entità senza impotenza funzionale, fratture o alterazioni neurologiche, o dopo 12 ore

02)Patologie dermatologiche

- a) Punture di insetto con reazione solo locale
- b) Eritemi solari o da lampada
- c) Infezioni cutanee localizzate (dermatiti superficiali, micosi, foruncoli,, herpes simplex, cisti sebacee -anche flogosate-, patercelli, unghie incarnite, idrosadenite,)
- d) Verruche, nevi, cisti pilonidali
- e) Prurito diffuso senza manifestazioni cutanee generalizzate, alopecia
- f) Rash cutanei iatrogeni e orticaria di modesta entità
- g) Parassitosi cutanee

03)Patologie O.R.L./Odontostomatologiche

- a) Otaglie, otiti, acufeni, ipoacusie, tappi di cerume
- b) Flogosi delle prime vie aeree Faringotonsilliti, faringodinia, riniti, tracheiti, bronchiti
- c) Pregressa epistassi, non in terapia anticoagulante
- d) Odontalgie, carie, ascessi odontogeni, gengiviti, stomatiti, afte

05)Patologie oculari

- a) Congiuntiviti
- b) Emorragie sottocongiuntivali
- c) Patologie palpebrali e degli annessi oculari (orzaioi / calazi) esclusi i corpi estranei infissi

06)Patologie osteoarticolari

- a) Artralgie non traumatiche: artrosi, artriti, periartriti (non iperalgiche o con impotenza funzionale)
- b) Sintomatologie algiche (non iperalgiche) osteo-muscolari

07)Malattie infettive

- a) Sindrome influenzale
- b) Febbre inferiore a 38°C senza complicanze
- c) Malattie esantematiche e tumefazioni linfoghiandolari non complicate
- d) Malattie a trasmissione sessuale

08)Patologie dell'apparato uro-genitale

- a) Infezioni delle vie urinarie (Uretriti, cistiti, epididimiti)
- b) Sostituzione catetere vescicale
- c) Vaginiti e patologie ginecologiche minori, test gravidici di esclusione

09)Patologie gastrointestinali

- a) Gastroenteriti acute non complicate
- b) Sindrome dispeptica / singhiozzo
- c) Stipsi cronica (fecaloma), sindrome emorroidaria

10)Patologia ipertensiva

- a) Ipertensione non complicata
- b) Rialzo pressorio asintomatico
- c) Misurazione della P.A.

11)Patologia psichiatrica minore

- a) Ansia non complicata

12)Richieste di visite o esami senza legame con l'urgenza clinica

(ripreso dal sito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara "Arcispedale S. Anna")

L'utilizzo dei Pronto Soccorso da parte dei cittadini

I PS non possono negare prestazioni anche a pazienti non critici o gravi, che anzi costituiscono la maggior parte degli accessi. Nella provincia di Modena, dove si contano 9 PS, gli accessi verificatisi nel corso del 2006 sono stati 286.155, di cui solo il 13 % rientranti nella definizione di emergenza-urgenza (tabella 2).

Priorità al Triage	Rosso	Giallo	Verde	Bianco	Totale Accessi
Modena Policlinico	1,5%	12,2%	77,1%	9,1%	81.796
Modena Baggiovara	1,6%	20,1%	68,7%	9,6%	33.981
Carpi	0,2%	10,7%	69,8%	19,2%	39.485
Sassuolo	0,5%	14,2%	64,9%	20,4%	37.051
Mirandola	0,4%	9,1%	69,9%	20,5%	26.339
Vignola	0,7%	6,8%	71,8%	20,7%	31.956
Pavullo	0,3%	12,3%	77,3%	10,1%	18.297
Castelfranco	0,4%	3,5%	48,8%	47,4%	12.330
Finale Emilia	0,2%	2,1%	74,5%	23,3%	4.920
Totale Provincia Modena 2006	0,8%	12,0%	70,3%	16,9%	286.155

Da notare che i codici bianchi, cosiddetti “inappropriati” (e definiti da un elenco di “problemi minori gestibili negli ambulatori dei MMG” - Tabella 1), sono il 17% del totale, con notevoli differenze tra un PS e l’altro, legate alla tipologia di assistenza fornita dai diversi presidi ospedalieri (Finale Emilia e Castelfranco svolgono principalmente attività di day-care e hanno un Pronto Soccorso attivo solo nelle ore diurne).

Analizzando la distribuzione annuale e settimanale si è notato che:

- i codici bianchi non sono un “fenomeno stagionale” (Figura 1)
- i codici bianchi si distribuiscono invece con una maggiore prevalenza in alcuni giorni della settimana ed in generale vede i picchi più significativi nelle giornate di lunedì e sabato (Figura 2).

**Accessi ai PS dell'AUSL di Modena nel 2008
(una settimana campione ogni mese)**

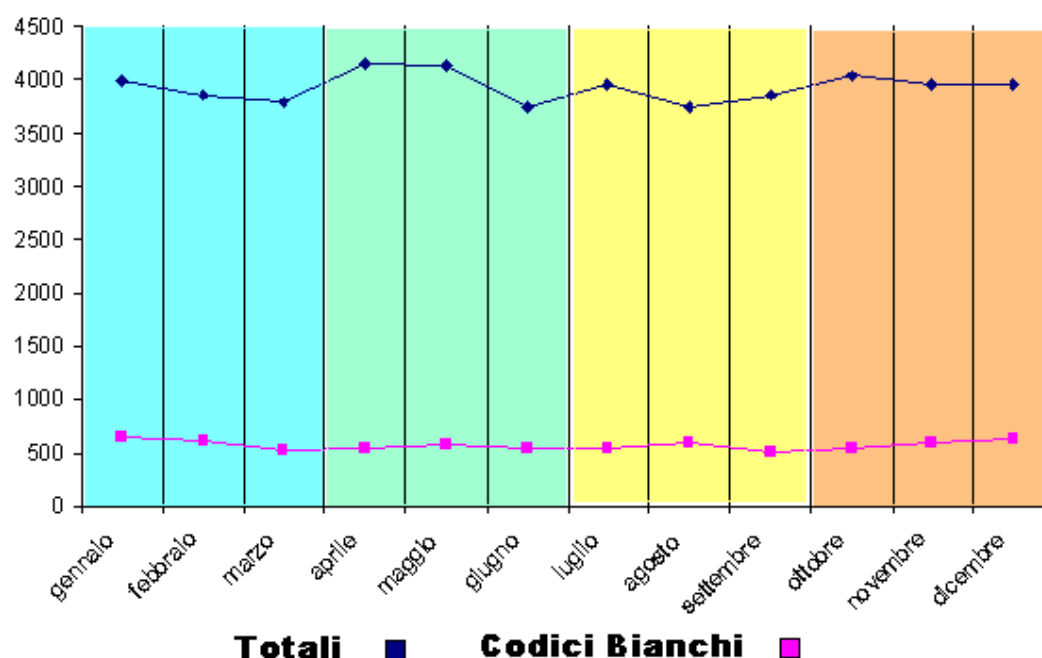


Figura 1

**Distribuzione settimanale degli accessi CB
nei PS dell'AUSL di Modena nell'anno 2008
(valutazione su una settimana campione per ogni mese)**

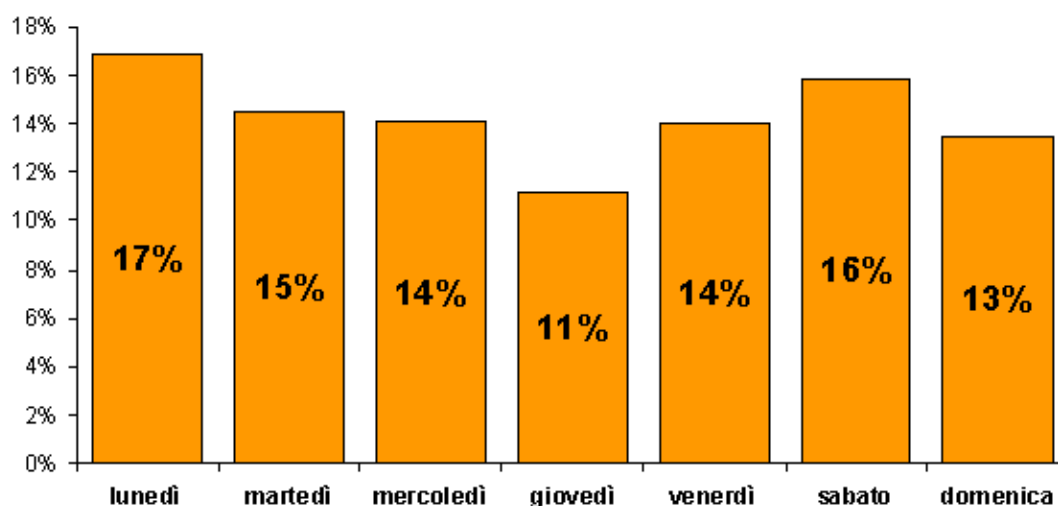


Figura 2

La tendenza generale da parte dei professionisti sanitari è quella di parlare di “inappropriatezza” dell’accesso (soprattutto se codificato in bianco), ma spesso identificando le cause del fenomeno solamente in alcuni aspetti che vi concorrono,

semplificando ciò che invece una ricca letteratura straniera ha cercato di cogliere nella sua complessità.

Senza nessuna dimostrazione, né studio, le seguenti cause sono quelle maggiormente citate per spiegare questo specifico fenomeno:

- “per scavalcare le liste di attesa per visite ed esami evitandone la spesa,
- per scarsa fiducia nel proprio medico di medicina generale,
- per convinzione personale di avere necessità di accertamenti,
- per difficoltà a recarsi dal medico di famiglia negli orari di ambulatorio,
- perché gli irregolari possono ricevere cure senza mostrare i documenti,
- perché precedentemente inviati da parte del curante...”.⁽¹⁾

A proposito di un maggiore accesso “improprio” da parte di cittadini stranieri alcuni dati locali sembrano confermare la lieve prevalenza dei codici bianchi nei pazienti senza cittadinanza italiana rispetto agli italiani (18% vs 10%) verosimilmente ricollegabile a situazioni di illegalità o disinformazione (fig.3).

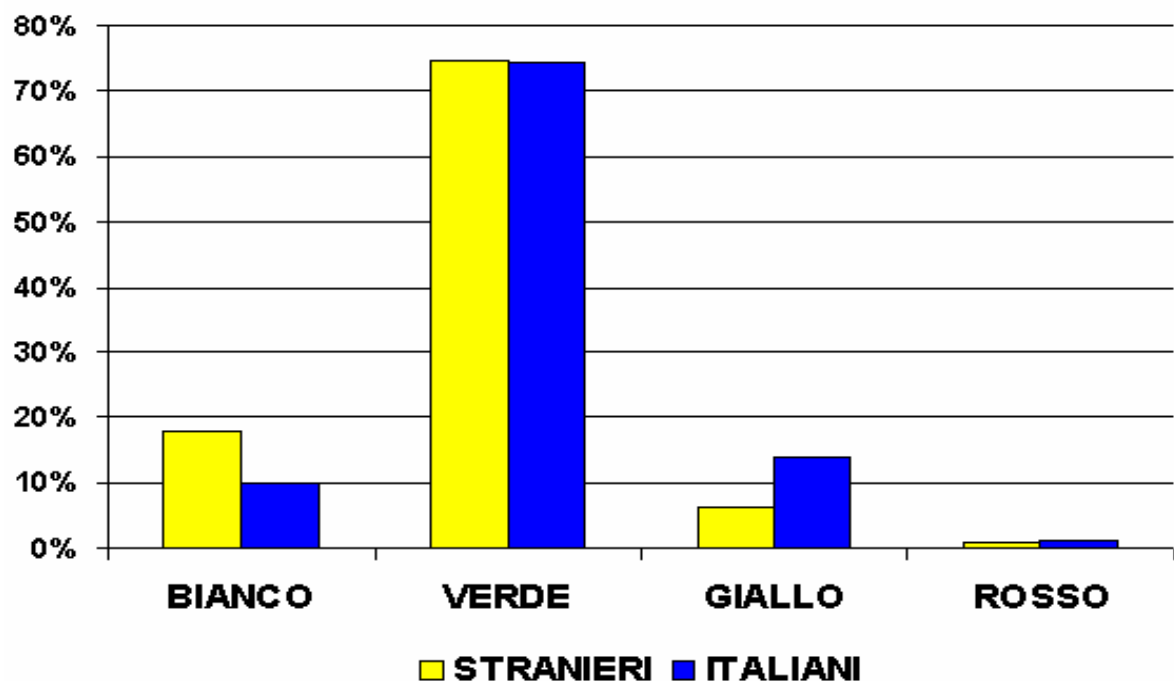


Figura 3: Codifica degli accessi ai PS dell'area urbana di Modena nell'anno 2006: percentuale dei codici stratificati per cittadinanza dei pazienti.

Fino all'Aprile del 2003 la normativa in materia di utilizzo dei PS prevedeva l'esenzione dal pagamento del ticket in Pronto Soccorso dei soggetti esenti per

patologia, età e reddito, oltre a coloro che avessero subito un trauma entro le 12 ore e da oltre 12 ore ma che a seguito dello stesso avessero necessità di interventi terapeutici o ricovero.^{e,f} Al fine di razionalizzare gli accessi al PS, questi criteri sono stati rivisti da una nuova normativa entrata in vigore dal primo maggio 2003^g. Tale normativa sancisce il principio “del corretto utilizzo del PS”. Infatti, i pazienti che accedono a tale servizio devono presentare una reale urgenza e, in questo caso, è prevista l’esenzione dal pagamento. L’uso improprio da parte del cittadino comporta la compartecipazione alla spesa con le stesse tariffe delle prestazioni specialistiche.

In definitiva sono esenti dal pagamento del ticket i pazienti che:

- ✓ Ricevono in uscita l’attribuzione di un codice rosso, giallo o verde;
- ✓ Vengono ricoverati o tenuti in osservazione breve intensiva;
- ✓ Sono stati visitati in Pronto Soccorso su richiesta formale di valutazione (non di visita specialistica) del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, del medico di guardia medica o del medico di un’ altra struttura di primo intervento;
- ✓ Godono dell’esenzione per patologia, invalidità o età (inferiore ai 6 anni) e reddito;

La normativa precisa che “le prestazioni erogate in strutture alternative al pronto soccorso che utilizzano le risorse professionali della medicina generale (es. ambulatori della continuità assistenziale collocati a supporto delle strutture di P.S., ambulatori ad accesso diretto, nei quali operano medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale) non sono assoggettate al pagamento di alcuna quota di compartecipazione alla spesa”.

I pazienti dimessi da P.S. con codice bianco che non rientrano nella casistica degli esenti sopra citata sono tenuti al pagamento del ticket secondo le tariffe della specialistica ambulatoriale: ovvero 23 € per la visita, a cui si aggiungono le quote per eventuali ulteriori prestazioni tariffate secondo il nomenclatore del D.M. 96.

^e Circolare Regione Emilia-Romagna n. 33 del 30 Giugno 1993 (compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria)

^f Decreto Legislativo n. 124/98 che stabilisce che le Regioni possono includere tra le prestazioni soggette alla partecipazione al costo quelle erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero, non seguite da ricovero, effettuabili in regime ambulatoriale senza pregiudizio per il paziente e per le quali non si riscontra carattere di emergenza o urgenza

^g Delibera di Giunta Regionale n. 264 del 24 febbraio 2003, nella quale sono definite linee di indirizzo per il miglioramento delle cure urgenti e della accessibilità ed appropriatezza delle attività di pronto soccorso, nonché ridefinito il sistema di compartecipazione alla spesa per le prestazioni erogate nel corso delle medesime attività

Le Cooperative della MG e gli ambulatori “Codici Bianchi”

Un recente articolo scritto dal professor Luigi Frati, presidente della Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina, sul numero (1-2/2007) del trimestrale della FNOMCEO La professione, afferma: “Se un cittadino si reca al pronto soccorso con codice bianco, è perché ha un’esigenza e non trova il medico sul territorio.” ⁽²⁾ L’Autore prosegue suggerendo di addebitare i costi dei ticket “codice bianco” non direttamente ai pazienti, ma ai loro rispettivi MMG.

Una possibile risposta in tal senso è stata proposta dall’AUSL di Modena, sul cui territorio sono presenti da anni alcune cooperative di MMG, già aggregati in forme associative, che hanno progettato e realizzato, in accordo con il Distretto di appartenenza, un Servizio di Continuità Assistenziale Ambulatoriale, tassello importante di un più ampio progetto di Continuità Assistenziale; gli obiettivi principali di tali progetti sono:

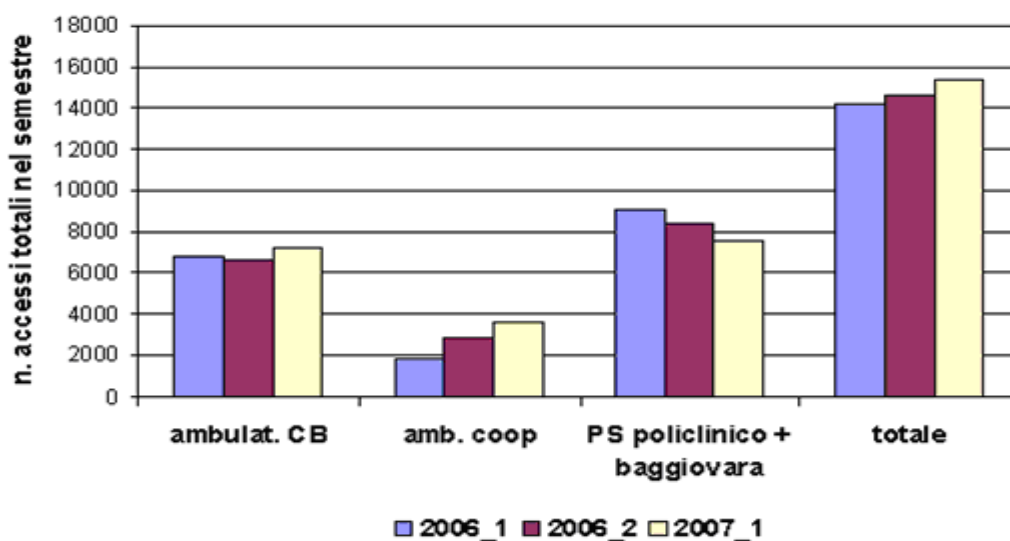
- incentivare l’integrazione con l’attuale “Guardia Medica” e con la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri di emergenza/urgenza,
- favorire un corretto accesso ai servizi dei cittadini in grado di deambulare affetti da patologie riferibili ai codici bianchi, limitando il ricorso inappropriato alle strutture di secondo livello come il Pronto Soccorso ed i reparti ospedalieri,
- supportare l’evoluzione culturale nella popolazione affinché riconosca, nella rete integrata della medicina generale territoriale, i nodi idonei per una adeguata risposta ai bisogni dei pazienti.

Gli studi aprono per alcune ore (da 6 a 12 a seconda delle cooperative) tutti i giorni prefestivi e festivi; nello studio opera un Medico di Medicina Generale (due nella giornata prefestiva) che grazie ad un server comune ha la possibilità di avere informazioni relative al paziente. E’ presente anche un servizio di segreteria adeguatamente formato alla gestione della sala di attesa dello studio di medicina generale. Può accedere al servizio tutta la popolazione del Distretto sia direttamente che tramite invio da parte del medico delle guardia medica. Ai fini della registrazione e dell’erogazione dei servizi presso l’ambulatorio è necessario fornire il Tesserino Sanitario e il Codice Fiscale oltre a un Documento di riconoscimento. Tutte le prestazioni fornite presso l’ambulatorio sono gratuite. I

medici sono disponibili soltanto per problemi sanitari URGENTI definiti come “CODICI BIANCHI” e le richieste devono essere occasionali. Vengono perciò rifiutate le prescrizioni ritenute non urgenti o di esami di routine o di controllo.

Questo servizio sembra aver ridotto leggermente gli accessi codificati “Bianchi” ai PS (fig. 2), anche se in realtà il totale delle prestazioni nell’area urbana di Modena è costantemente in aumento dal gennaio 2006 al luglio 2007.

Figura 4: Totale degli accessi “codice bianco” nell’area urbana di Modena (tre semestri 2006-2007).



La percezione della malattia e dell’urgenza da parte del cittadino.

“ Quando un paziente descrive i suoi malesseri parla di sé, non delle patologie, racconta della sua vita e di quanto in quel momento le percezioni anomale lo facciano dubitare di riuscire ad affrontare la realtà”.⁽³⁾ La nostra stessa esperienza di malattia ci ricorda quanto la carica emotiva della mancanza di salute (parziale o totale) influisca sulla percezione di riuscire ad affrontare la realtà quotidiana e sulla modalità di esternare i propri sintomi ad altri. Gli incontri che quotidianamente avvengono negli studi medici o al domicilio dei pazienti sviluppano racconti che parlano di aspettative, ansie, speranze e delusioni.^h Per lo più dei pazienti. A meno che il medico non diventi egli stesso paziente, vivendo direttamente l’esperienza di malattia.ⁱ In genere è più considerata l’emotività del vissuto di malattia e delle relative implicazioni, specie in termini di durata e

^h G. Bert, Medicina Narrativa. Il pensiero Scientifico Ed. 2007

ⁱ G. Bonadonna et al. Dall'altra parte - BUR Biblioteca Univ. Rizzoli - 2006

gravità, piuttosto che la percezione di urgenza che accompagna la richiesta di aiuto.

Inoltre medici e pazienti non condividono la stessa percezione di urgenza, come questa affermazione raccolta da un paziente arruolato in uno studio ci mostra: "Urgenza è quando sei malato da così tanto tempo da non poter sopportare oltre". Paradossalmente risulta che maggiore è la durata di persistenza del problema e maggiore è la necessità di cure immediate, definizione condivisa da numerosi altri pazienti arruolati nello studio^j.

OBIETTIVI DELLA RICERCA

"Se un cittadino si reca al pronto soccorso con codice bianco, è perché ha un'esigenza e non trova il medico sul territorio." ⁽²⁾ Questa affermazione nasconde preconcetti e luoghi comuni spesso strumentali a finalità che nulla hanno a che vedere con l'appropriatezza. Se le strutture dedite alla gestione dell'urgenza, ma direttamente fruibili dal cittadino, sono spesso utilizzate in modo ritenuto improprio è necessario fotografare il fenomeno con precisione e comprendere i meccanismi che lo sostengono, prima di esprimere giudizi inappellabili.

La realizzazione di questo studio nasce quindi dalla necessità di avere dati oggettivi, dall'esigenza di comprendere il fenomeno nella sua complessità e dal bisogno di raccogliere e valutare il punto di vista del paziente giunto in PS con un problema "non urgente", il cosiddetto "CODICE BIANCO". Gli obiettivi di questo studio sono pertanto di:

1. Descrivere le principali caratteristiche anagrafiche e cliniche di un gruppo rappresentativo di pazienti cui il triage del PS assegna una valutazione "codice bianco" in accesso al PS;
2. Correlare il problema/sintomo all'origine degli accessi "non urgenti", alla percezione di urgenza del paziente rispetto al problema
3. Valutare il grado di soddisfazione dei pazienti rispetto all'assistenza sanitaria fornita dai rispettivi medici curanti
4. Raccogliere gli aspetti oggettivi della prestazione del PS (ad es. codice d'accesso e dimissione, durata di permanenza, diagnosi clinica di ingresso e dimissione, principali prestazioni erogate, etc.)

^j Baker DW, Stevens CD, Brook RH, *Determinants of Emergency Department Use by Ambulatory Patients at an Urban Public Hospital*. Annals of Emergency Medicine March 1995;25:311-316

MATERIALI E METODI

Campionamento dei pazienti

Verranno arruolati tutti i pazienti che in giornate campione si presenteranno presso uno dei 9 PS della provincia di Modena ricevendo al triage una valutazione “codice bianco” in entrata al PS. Basandosi sulla distribuzione e la prevalenza degli accessi durante l’anno 2006 si programmeranno 5 periodi di osservazione di 12 ore ciascuno in ognuno dei 9 PS distribuiti nell’arco di 9-10 mesi, ritenuti adeguati a raccogliere un campione rappresentativo della realtà provinciale di accessi “codice bianco”. Si stima di intervistare circa 1000 pazienti consecutivi non selezionati. Unico criterio di esclusione applicato sarà l’età, che non dovrà essere inferiore ai 14 anni (popolazione pediatrica).

Ai pazienti intervistati sarà garantito l’anonimato e sarà letto un foglio informativo, con richiesta di firmare un consenso per la raccolta e il trattamento di dati sensibili.

Strumenti utilizzati

Per la raccolta dei dati osservazionali e delle interviste sono state utilizzate delle schede-questionario (vedi allegati) definite e approvate da un gruppo tecnico multidisciplinare, che comprende Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, metodologi, Esperti Legali, Medici di organizzazione e Animatori di Formazione.

SCHEDA 1: Caratteristiche personali. (Allegato 1)

La scheda 1 indaga le caratteristiche socio-demografiche del paziente (sesso, età, nazionalità, residenza, titolo di studio, stato civile, occupazione). I fattori socio economici rappresentano aspetti fondamentali nel determinare l’accesso al PS⁽⁷⁾. Le persone che fanno un frequente uso del PS (“frequent attenders”) utilizzano assiduamente anche altri servizi sanitari⁽⁸⁾ e appartengono ad un gruppo vulnerabile dal punto di vista psicosociale⁽⁹⁾.

Stato civile, titolo di studio, occupazione e componenti del nucleo familiare/conviventi sono stati evidenziati come indicatori psico-sociali significativi

per prevedere la frequentazione degli studi di MG: i frequentatori abituali (FA) della Medicina generale (pazienti che consultano il proprio medico più di 12 volte/anno⁽¹⁰⁾) sono per lo più soggetti divorziati o vedovi, appartenenti a classi sociali basse e spesso disoccupati.

Particolare attenzione sarà rivolta alla valutazione degli accessi da parte degli stranieri e all'eventuale mancanza della scelta del MMG.

Si registreranno inoltre, ai fini di un inquadramento generale del profilo clinico del paziente, eventuali patologie croniche come fattore concorrente all'accesso alle cure^(11bis). L'elenco delle patologie croniche elencate nella scheda è stato stilato in base al documento ISTAT "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari (Anno 2005)", considerando le prime 20 patologie più frequenti e lasciando un campo libero qualora il paziente abbia altre malattie non elencate.

SCHEDA 2: Descrizione e motivazione dell'accesso (Allegato 2)

La scheda si propone due obiettivi:

1. indagare l'uso "abituale" che la persona fa del servizio di PS (tempo di riferimento considerato: ultimo anno), per caratteristiche, frequenza e secondariamente correlarla all'eventuale presenza di una o più patologie croniche.
2. caratteristiche dell'accesso in esame:
 - le motivazioni che hanno spinto all'accesso tramite risposta a domanda aperta⁽¹¹⁾,
 - eventuale presenza di accompagnatori,
 - tempo impiegato per raggiungere il PS⁽¹²⁾, come possibile scelta opportunistica di accedere al PS piuttosto che ad altro tipo di servizio,
 - verificare se questo accesso si ripete, con motivazioni uguali, ad altri eventuali accessi avvenuti in precedenza,
 - se l'accesso è conseguenza dell'invio da parte di un sanitario, quali siano le modalità e gli scopi. In uno studio riportato in letteratura emerge che circa un terzo dei pazienti giunti in PS vi sono stati inviati (di cui 28 % dal loro medico di famiglia)⁽¹³⁾.

SCHEDA 3: Descrizione e motivazioni dell'accesso senza invio da parte di un medico. (Allegato 3)

Questa scheda approfondisce le motivazioni e gli aspetti che fanno da sfondo alla

scelta che il paziente fa di giungere autonomamente in PS. Le domande sono volte a collocare questa scelta nel contesto di vita del paziente, cercare di capire se le motivazioni dell'accesso rientrano tra i seguenti determinanti e con quale peso:

- appropriatezza della condizione (il paziente reputa la sua condizione “urgente”),
- anticipare l'invio in PS,
- accessibilità del PS,
- MMG non disponibile,
- su consiglio di un'altra persona(vedi scheda 2). ⁽¹²⁾

Si approfondiranno aspetti specifici quali l'inaccessibilità del MMG (tempi d'attesa, reperibilità, disponibilità), troppo spesso chiamata in causa come unico o principale fattore. Altro aspetto considerato è verificare se contattare il proprio curante sarebbe stato il percorso preferito da parte del paziente⁽¹⁴⁾. Oppure, se la scelta è quella di un accesso autonomo e diretto al PS e quali siano state le principali ragioni.

SCHEDA 4: La percezione delle proprie condizioni di salute. (Allegato 4)

Con la scheda 4 si valuterà la percezione delle condizioni di salute dell'intervistato. Innanzitutto si valuta se il paziente sia giunto in PS solo o accompagnato e se ci siano state delle pressioni esterne che abbiano spinto il paziente al consulto (domanda 4) ⁽¹⁵⁾. Si lascia poi un campo libero per permettere al paziente di esprimere il suo pensiero riguardo al disturbo che presenta: uno studio rileva che alcuni pazienti dicono di rivolgersi frequentemente ad un PS, per cercare aiuto, per poter parlare con un professionista di ciò che i suoi sintomi potrebbero comportare, e questo è ciò che influenza la loro elevata frequenza di consulto. ⁽¹⁶⁾

In più la scelta di lasciare un campo libero in cui l'intervistato possa liberamente esprimersi ha nuovamente lo scopo di conoscere il contesto specifico che ha fatto sì che il paziente decidesse di giungere in PS autonomamente considerando le sue percezioni in tempo reale ⁽¹⁵⁾.

Si valuterà la durata di persistenza dei sintomi ⁽¹⁷⁾ per capire quanto in media un paziente attende prima di rivolgersi al medico oppure ancora, se la lunga durata giustifica il ricorso all'accesso libero in PS ⁽¹⁸⁾. Infatti per alcuni pazienti può rappresentare la scelta di un percorso alternativo, se in precedenza il problema

non è stato risolto, oppure semplicemente la lunga persistenza è divenuta intollerante, grave, da affrontare assolutamente in urgenza.

Al paziente viene poi richiesto di segnare su una scala visuo-analogica (VAS) l'entità della gravità/urgenza soggettiva del problema che l'ha condotto in PS. L'utilizzo della scala VAS, riproposta anche nella scheda 5 per valutare il grado di fiducia nel proprio medico, è la modificazione dei criteri valutativi categoriali di uno studio ⁽¹⁸⁾ nel quale veniva chiesto ai pazienti di esprimere la gravità della propria malattia con un punteggio da 1 (non grave) a 5 (pericolo di vita) e il grado di soddisfazione rispetto alle cure ricevute in PS su una scala da 1 (non soddisfatto) a 5 (estremamente soddisfatto). In un altro studio si adottano scale categoriali per la gravità, il dolore e la funzione fisica dei pazienti che accedono al PS ⁽⁶⁾ o più in generale viene chiesta al paziente di indicare la propria ansia e paura di nuovo con valori da 1 a 5. La scelta di una scala non categoriale sembra influenzare meno la scelta del paziente.

Infine si chiede al paziente se abbia già presentato il proprio problema al medico o se abbia già tentato di risolverlo da solo: è stato visto, infatti, che i pazienti gestiscono la maggior parte dei sintomi senza cercare un consiglio medico ⁽¹⁹⁾.

SCHEDA 5: Grado di soddisfazione del paziente riguardo il proprio MMG. (Allegato 5)

Le prime due domande sono volte ad indagare la frequenza d'uso delle due principali risorse del sistema sanitario indagate, il pronto soccorso e il MMG: si è evidenziato, infatti, come i pazienti che accedono più spesso dal proprio medico ("frequent attenders") siano anche quelli che fanno ricorso più frequentemente al PS e viceversa (12 vs 3 visite/anno dei controlli) ⁽²⁰⁾.

Con le domande successive si vuole valutare l'opinione dei pazienti nei confronti dell'organizzazione ambulatoriale del proprio MMG per raccogliere l'eventuale preferenza dei pazienti verso una particolare modalità d'accesso (libero o per appuntamento); inoltre si vuole verificare se il cittadino sia a conoscenza di quali siano le opportunità offerte dalla medicina di associazione (se il suo MMG ne fa parte), data l'elevata adesione a questa modalità di cure da parte dei MMG modenesi (circa l'80%).

Verranno anche indagati alcuni aspetti del rapporto medico-paziente, chiedendo la soddisfazione del paziente a riguardo sia descrivendo sinteticamente il suo medico

con 3 aggettivi ⁽²¹⁾ che assegnando un valore, attraverso una scala VAS, alla fiducia che in lui ripone. Indagini ISTAT rilevano che nonostante sia cambiato il rapporto medico-paziente negli anni, la figura professionale verso la quale in Italia si ha maggiore fiducia è il medico di famiglia (64,3%) seguito dal medico specialista privato (32,1%) e dal medico ospedaliero (13,3%). ⁽²²⁾ Quanto valga questa fiducia non è però mai stato definito.

SCHEDA 6: Dati raccolti dal Pronto soccorso (Allegato 6)

Questa scheda raccoglie i dati oggettivi della prestazione eseguita dal Pronto Soccorso, deducibili dai fogli di dimissione o relazione clinica.

L'analisi dei dati raccolti permetterà di valutare :

- tempo trascorso nel PS con eventuale confronto con i tempi dell'ambulatorio del MMG
- prestazioni erogate
- quota di arruolati che decide di lasciare il PS prima della chiamata o dopo l'informazione da parte del personale di triage del pagamento del ticket (eccetto esenti).
- prevalenza per patologia / problema codificato in bianco
- codifica di ciascuna patologia / problema secondo i sistemi ICPC e ICD IX.

Analisi statistiche

Tutte le analisi statistiche saranno eseguite utilizzando le funzioni matematico-statistiche del software Microsoft Excel e del programma SPSS ver.15.0 per Windows. Saranno eseguite valutazioni descrittive in rapporto a età, sesso, problema registrato, misure con Scala VAS della priorità dei problemi registrati, della percezione di urgenza e dei livelli di fiducia dei pazienti verso i curanti, correlazioni con le tipologie organizzative dell'attività assistenziale. La differenza statistica delle variabili sottoposte ad indagine nelle diverse popolazioni sarà studiata tramite il test chi-quadro e il T test. La significatività statistica è stabilita per valori di $p < 0,05$.

Trattamento e proprietà dei dati

I dati raccolti sono di proprietà dei MMG ricercatori, saranno raccolti ed elaborati dal CeVEAS sotto la responsabilità del dott. Capelli Oreste e dott.ssa Padula Maria Stella e conservati presso la Direzione Sanitaria dell'AUSL di Modena, sotto la responsabilità del dott. Federzoni Guido. Gli esiti delle elaborazioni saranno messi a disposizione di tutti i MMG ricercatori. Il loro utilizzo in attività di formazione o per relazioni e/o articoli dovrà essere autorizzato dai ricercatori stessi.

Privacy e Consenso Informato

Ai pazienti intervistati sarà garantito l'anonimato e sarà letto un foglio informativo appositamente predisposto, con richiesta di firmare un consenso per la raccolta e il trattamento di dati sensibili (Allegato 7).

RISULTATI

Lo studio, approvato dal Comitato Etico di Modena nella primavera 2008, è iniziato nel mese di settembre 2008, con un totale di 427 ore di osservazione distribuite nell'arco della settimana, nei 9 diversi ospedali della Provincia di Modena. In corso di esecuzione dello studio il già citato Comitato Tecnico ha deciso di escludere Finale Emilia dai PS esplorati data la scarsa quota di accessi giornalieri, e di estendere la raccolta delle interviste coinvolgendo anche pazienti che avessero ricevuto un codice verde (CV) in ingresso. La scelta è stata dettata essenzialmente da tre considerazioni:

1. l'assegnazione del codice colore in ingresso sembra essere molto variabile in relazione a:
 - valutazione individuale dell'infermiere di triage
 - variabilità organizzativa e gestionale dei diversi ospedali della Provincia
 - mancanza di una lista unitaria per tutti gli ospedali di patologie/problemi con un corrispettivo codice-colore/gravità.
2. la quota di casi codice bianco (CB) raccolti è stata nettamente inferiore rispetto le previsioni, nonostante il numero di ore di osservazione effettuate. Questo aspetto è legato a quanto sopra riferito, ma anche a una discreta variabilità degli accessi nei diversi PS e nelle diverse fasce orarie. Il Gruppo Tecnico aveva stabilito inizialmente di valutare prevalentemente gli accessi nei giorni e negli orari comuni alle attività territoriali dei Medici di Famiglia, escludendo la notte e i giorni prefestivi e festivi. Successivamente, vista l'elevata percentuale di accessi specialmente nella giornata di sabato, si è pensato di raccogliere anche interviste in giornate campione festive o prefestive (42 interviste).

A titolo di esempio, l'osservazione presso il PS dell' Ospedale di Sassuolo durata 127 ore ha portato all'arruolamento di 105 pazienti con CB, pari al 34% di tutti i codici bianchi presentatisi al PS in quei giorni; la media di accessi di CB nelle giornate di osservazione è stata di circa 16 pazienti al giorno, che corrisponde a una frequenza inferiore ad un accesso/ora. Il 66% dei CB è dunque sfuggito alla raccolta, confermando una più elevata

affluenza in orari diversi da quelli di osservazioni, appunto la fascia oraria dalle ore 8 alle 20.

3. In mancanza di una precisa codifica delle patologie classificabili come CB si è spesso verificato che a parità di problema portato corrispondesse un diverso codice colore. Il Comitato Tecnico ha pertanto ritenuto utile, anche per meglio finalizzare il tempo a disposizione, allargare l'osservazione anche a soggetti codificati con CV, per disporre di dati di confronto delle 2 categorie di pazienti.

L'intervista è stata proposta a qualunque paziente codificato in bianco in PS nel momento dell'osservazione. Il campione di pazienti intervistati con codice verde ha invece una composizione che risente della maggiore gravità clinica delle patologie rientranti in questa categoria, che ha impedito talvolta l'esecuzione delle interviste. Questo in particolare si è verificato in Ospedali di secondo o terzo livello, quali Policlinico e Civile di Baggiovara dove, a parità di codifica, s'incontravano pazienti clinicamente più gravi rispetto Sassuolo, Vignola, Carpi o Castelfranco, dove il campione di pazienti CV è stato meno "selezionato" dalla necessità di eseguire un'intervista.

Sono stati arruolati 498 pazienti sui 504 eleggibili nelle 427 ore di osservazione così suddivisi (tabella 3):

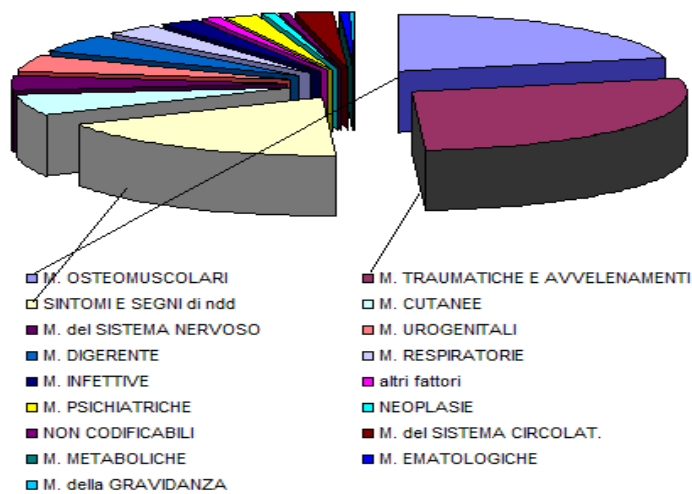
Tabella 3: distribuzione dei pazienti arruolati presso ogni PS.			
Pronto Soccorso	Cod. BIANCHI	Cod. VERDI	Totali
Policlinico	97	63	160
Baggiovara	14	8	22
Sassuolo	105	93	198
Carpi	6	26	32
Vignola	15	10	25
Pavullo	9	0	9
Castelfranco	26	19	45
Mirandola	7	0	7
Finale Emilia	0	0	0
Totali	279	219	498

- I pazienti arruolabili codificati in ingresso con **codice bianco (CB)** sono stati 282; di questi 3 non hanno dato il loro consenso a partecipare allo studio, mentre 6 interviste non sono state effettuate per svariati motivi. Delle **273** interviste realizzate, **253** sono complete anche della parte riguardante la scheda di dimissione di PS (scheda 6), che è invece mancante in 20 casi.

- I pazienti arruolabili con **codice verde (CV)** sono stati 222, di cui 3 non hanno dato il consenso. Delle **219** interviste realizzate, **207** sono complete anche della parte riguardante la scheda di dimissione di PS (scheda 6), che è invece mancante in 12 casi.

Le diagnosi di dimissione riportate nelle relazioni di PS (scheda 6), codificate e aggregate mediante l'International Classification of Disease (ICD 9-CM), sono

Distribuzione delle diagnosi alla dimissione secondo codifica ICD 9



presentate in Figura 5. Quasi $\frac{3}{4}$ del campione risulta costituito da “malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo” (21,2%), “traumatismi e avvelenamenti” (28%), “sintomi, segni e stati morbosi mal definiti” (17,9%) e “malattie della cute e sottocute” (5,8%).

Figura 5: Distribuzione complessiva delle diagnosi di uscita secondo codifica ICD 9.

Valutando poi la distribuzione delle patologie nell'ambito specifico delle codifiche si osserva (Figura 6) che tra i CB è particolarmente elevato sia il numero di problematiche d'interesse ortopedico o traumatismi in generale che i sintomi mal definiti. Spiccano invece tra i CV, oltre i tre sottogruppi sopra citati, le malattie dell'apparato digerente e del sistema circolatorio.

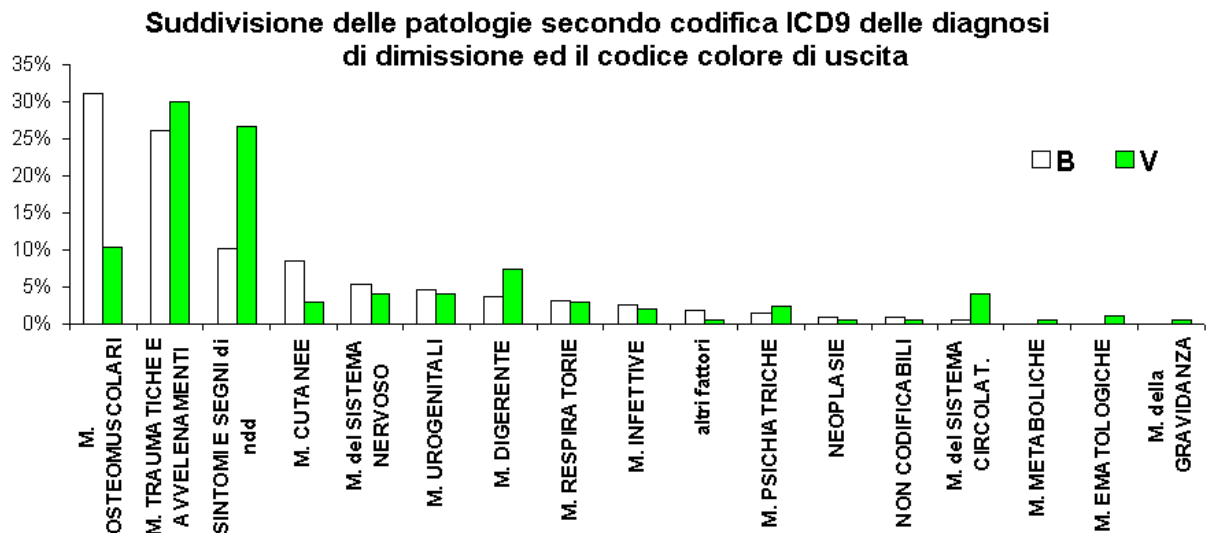


Figura 6: Suddivisione nell'ambito dei due gruppi di pazienti CB e CV delle diagnosi di uscita secondo codifica ICD 9.

ANALISI dei QUESTIONARI

SCHEDA 1: Caratteristiche socio-demografiche

Tra gli aspetti più interessanti che emergono dalla prima scheda è da notare innanzitutto la relativa giovane età degli intervistati: la metà infatti ha meno di 40 anni e la maggior parte ne ha meno di 65 anni (82% CB; 78% CV). L'età media per i CB è 46 anni (dev. St. 19), 47 anni tra i CV (dev. St. 21). Tra i codici verdi è leggermente superiore la quota di ultra65enni (24% CV vs 18% CB). Non c'è preferenza di sesso, mentre per quanto riguarda il numero di patologie croniche riferite, nuovamente con analoghe percentuali tra codice bianco e verde, risulta che la maggior parte (88% CB) non sono pazienti con pluripatologie (cioè più di 2 condizioni morbose).

La maggior parte sono persone che vivono con familiari o che comunque non sono sole; sono più della metà i pazienti con un'occupazione, mentre il 17% CB e il 15% CV sono disoccupati, i restanti sono pensionati.

Nonostante la prevalenza di una relativa giovane età, la maggior parte delle persone intervistate, all'incirca il 60 %, ha un basso livello d'istruzione (scuole

medie inferiori o elementari), indifferentemente tra bianchi e verdi.

La quota di persone intervistate che riferiscono di non avere il MMG è piccola, più rilevante tra i CB (11% CB vs 5% CV), soprattutto se stranieri. La maggior parte degli intervistati è di nazionalità italiana (71% CB vs 84% CV), con una quota di stranieri lievemente superiore tra i codici bianchi (29% CB vs 16% CV), maggior parte di sesso maschile, nazionalità marocchina, di giovane età, con una quota maggiore di disoccupati rispetto agli italiani.

SCHEDA 2: Uso del PS, accessi indotti da un altro medico

La metà delle persone, sia tra i CB che tra i CV, riferisce di essere stato in PS almeno una volta anche nell'anno precedente e nella maggior parte dei casi sempre nello stesso PS. Correlando l'uso del PS ad altri indicatori valutati nel corso dell'intervista si evince che:

1. coloro che sono stati in PS negli ultimi 12 mesi sono anche coloro che hanno una più bassa scolarizzazione,
2. anche tra i pensionati, nonché tra gli ultra65enni, è maggiore la quota di coloro che tornano in PS,
3. l'avere più di 2 patologie contribuisce ad un uso più frequente del PS,
4. infine coloro che non tornano in PS sono anche quelli che vanno maggiormente dal loro MMG e viceversa tra coloro che non sono mai andati dal loro MMG è maggiore la quota di chi torna in PS.

La maggior parte viene in PS accompagnato, soprattutto tra i CV, mentre il 44% dei CB giunge in PS da solo; il tempo impiegato a raggiungere il PS, sia per i CB che per CV è nella maggior parte dei casi inferiore ai 15 minuti (Figura 7).

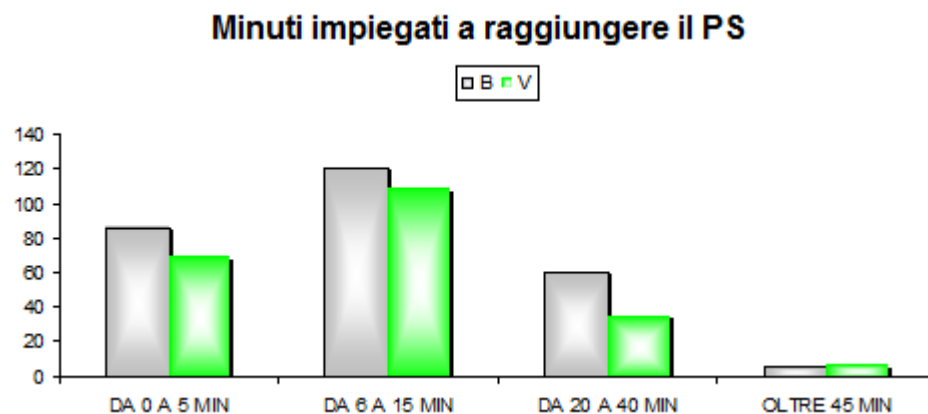


Figura 7: Tempo (in minuti) impiegato a raggiungere il Pronto Soccorso luogo dell'intervista.

È importante sottolineare che la quota di persone che tornano al PS con il medesimo problema di un precedente accesso è leggermente maggiore tra i bianchi dove costituisce un quarto del totale (26% CB; 20% CV) (Figura 8).

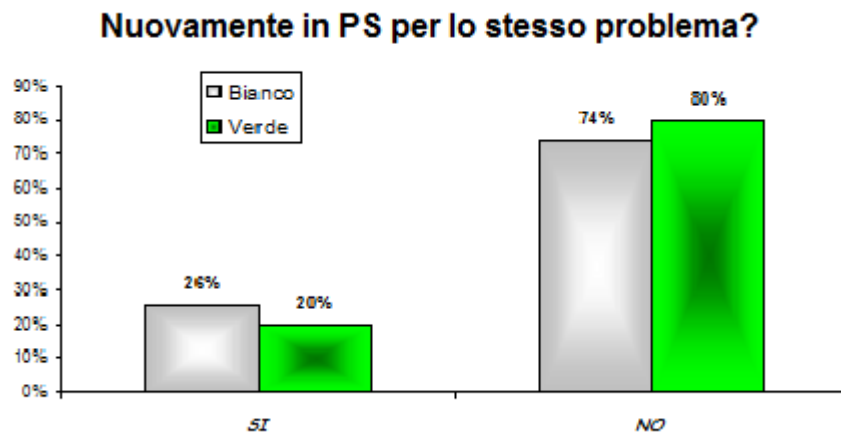


Figura 8: Percentuale di pazienti tra CB e CV che hanno avuto in precedenza un altro accesso in PS per lo stesso problema che riportano nel giorno dell'intervista.

Gli accessi determinati da un invio da parte di un medico costituiscono rispettivamente il 20% ed il 30% per bianchi e verdi. Di questi invii il 70% dipende dal proprio medico curante e nella maggior parte dei casi avviene a seguito di una visita e di un contatto diretto, non telefonico o in altro modo mediato (Figura 9).

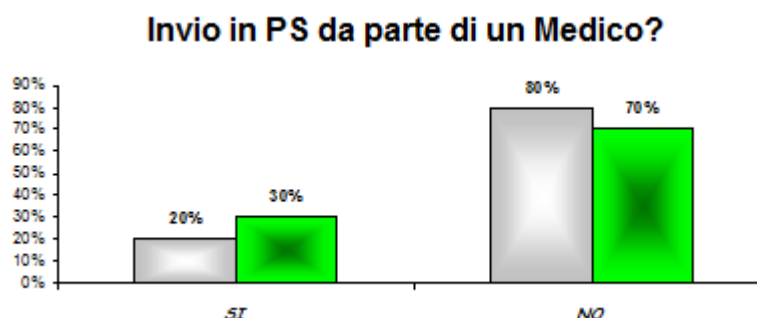


Figura 9: Percentuale di pazienti tra CB e CV che sono stati inviati in PS da parte di un medico.

Durante le interviste abbiamo notato che i pazienti non sempre sapevano riferire il quesito specifico sulla richiesta del MMG, anche perché solo in alcune occasioni l'invio da parte del curante era accompagnato dalla richiesta formale ("ricetta") costituendo a volte solo un consiglio, o un suggerimento (non sono però dati rilevati con rigore dall'intervista).

SCHEDA 3: Motivazioni dell'accesso scelto autonomamente dal paziente

La maggior parte delle persone viene da casa, piuttosto che lavoro/scuola o altro, con valori indifferenti tra bianchi e verdi.

Il 62% tra i CB e il 74% tra i CV riferisce di conoscere orari e giorni di ambulatorio del loro MMG, tenendo conto che però una discreta quota tra i bianchi, ossia il 12% non lo possiede, e che il 26% invece non li conosce.

E' stato inoltre indagato se gli intervistati conoscessero o avessero mai usufruito della Medicina di Associazione nelle sue varie forme, ed è risultato che **il 60% dei pazienti non la conosce**; chi invece risponde affermativamente, spesso si riferisce alle varie forme associative del prefestivo e festivo. La minima quota che la conosce, è anche quella che ne ha usufruito e che pensa sostanzialmente sia una buona opportunità, pur riservando in alcuni casi perplessità relativamente al fatto che il medico che s'incontra non è il proprio MMG, per cui *“per fare le ricette va bene, però per il resto non mi conosce come il MIO medico”*, come riferito in una delle varie interviste (Figura 10).

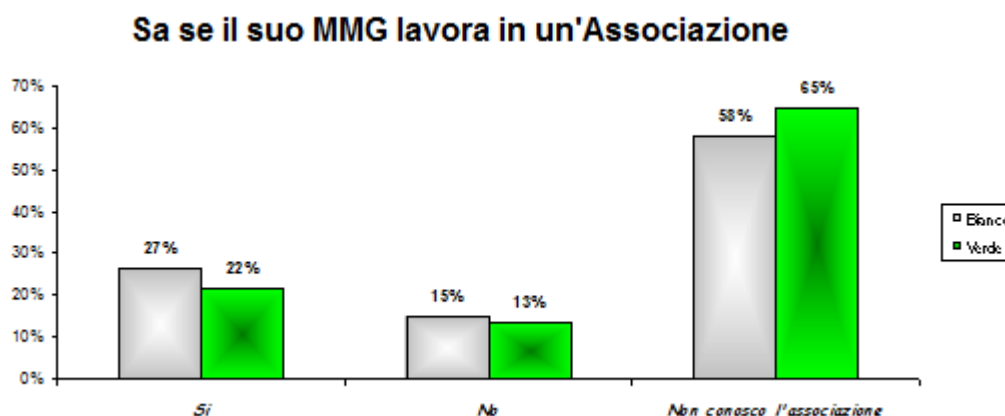


Figura 10: Conoscenza da parte degli intervistati della Medicina di Associazione.

E' solo il 14 % dei pazienti codificati in bianco che ha contattato il MMG prima di giungere in PS, di questi la metà dei casi non l'ha trovato. Diverse invece le percentuali per i codici verdi: solo il 6 % ha scelto di rivolgersi prima al proprio medico non trovandolo nel 33% (che in valori assoluti significa solamente 2 casi) (Figura 11).

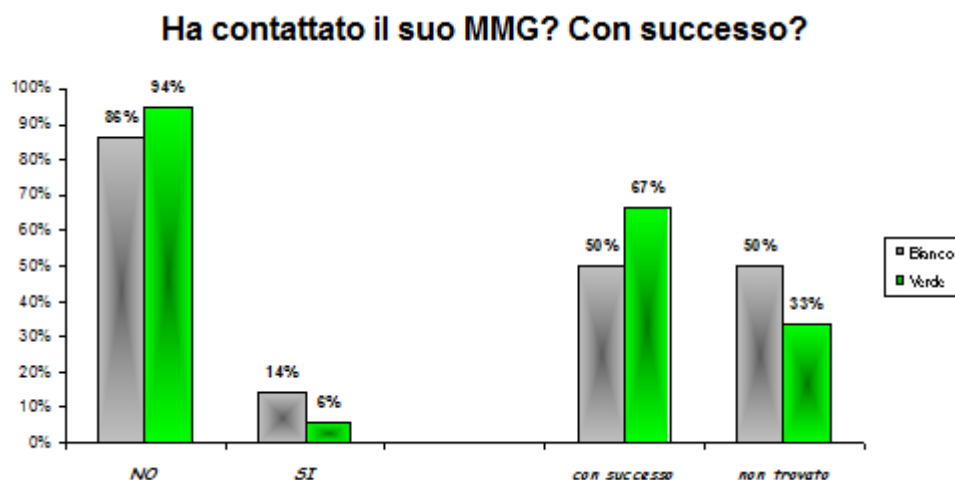


Figura 11: Percentuale di pazienti tra CB e CV che hanno provato a contattare il proprio MMG.

Le persone intervistate codificate in bianco hanno affermato nell'82% di **preferire l'accesso diretto al PS**, prevalentemente dettato dalle seguenti motivazioni in ordine di prevalenza: il PS ha più strumenti e conoscenze (37%), il PS impiega un tempo minore a risolvere il mio problema (16%), ed un 13% afferma che "non c'era tempo da perdere", spesso definito in realtà come "stavo molto male" (Figura 12 e Figura 13).

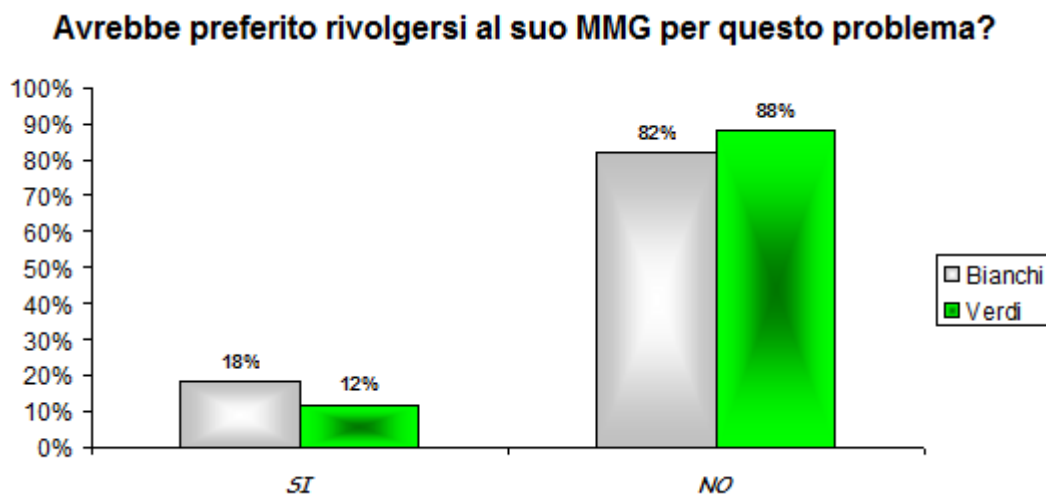


Figura 12: Percentuale di pazienti tra CB e CV che avrebbero preferito rivolgersi al MMG.

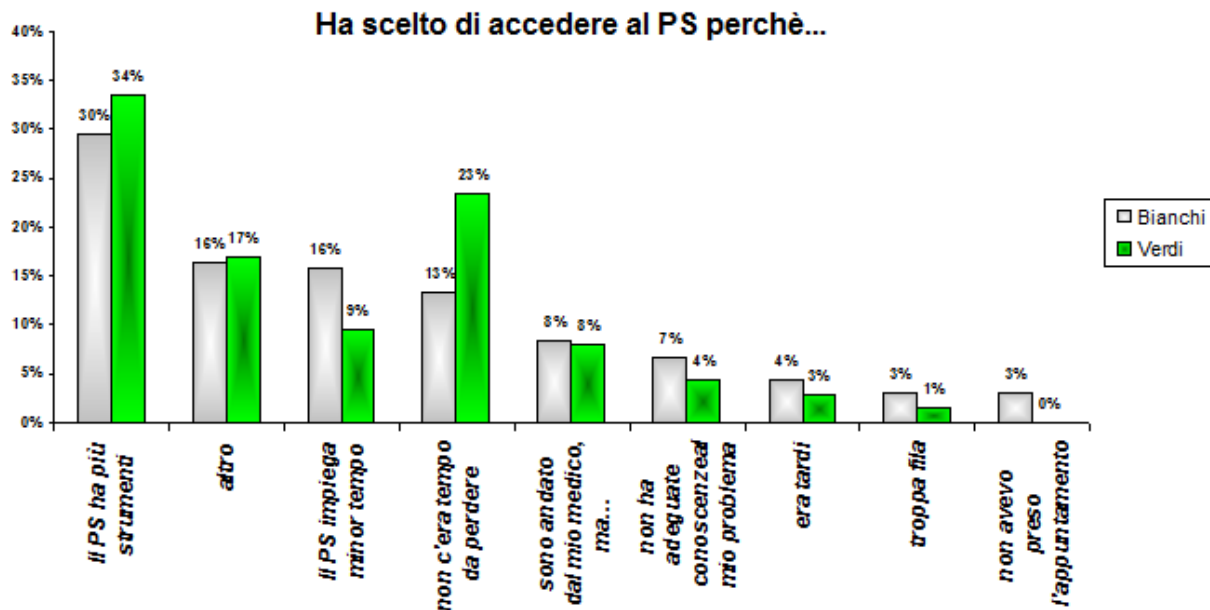


Figura 13: Motivazioni che hanno spinto all'accesso in PS.

Diversa la distribuzione delle motivazioni tra quell'88% di pazienti codificati in verde che si sono rivolti direttamente al PS, dove spicca comunque la ricerca di maggiori strumenti (34%), successivamente la percezione di una gravità tale da non poter perder tempo (23%).

SCHEDA 4: Caratteristiche del problema e percezione di urgenza

Tra i pazienti codice bianco non sembra esserci una netta definizione della durata del problema: i diversi casi si distribuiscono in modo equilibrato tra problemi insorti nelle ultime 24 ore (20%), che persistono da 1-2 giorni (22%), 3-7 giorni (22%), e da più di 1 mese (19%). Invece tra i pazienti codice verde quasi la metà dei casi presentano problemi insorti nelle ultime 24 ore (48%), ed in generale la maggior parte dei problemi sono insorti nell'arco dell'ultima settimana. (Figura 14).

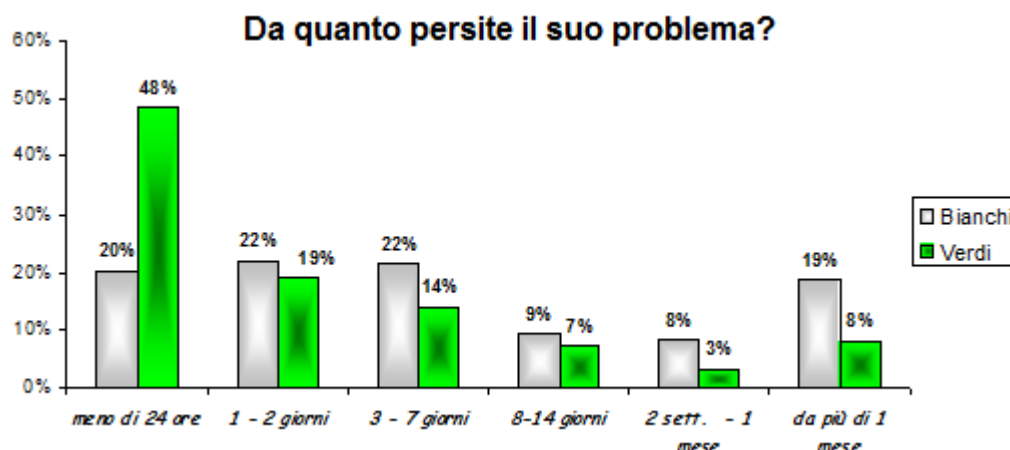


Figura 14: Tempo di persistenza del problema presentato dal paziente.

E' stato inoltre indagato se il problema del paziente fosse stato in precedenza esposto al medico, con una leggera prevalenza di risposte negative (56% CB e 59% CV), resta comunque alta la quota di persone che invece ne avevano già parlato al loro MMG (Figura 15).

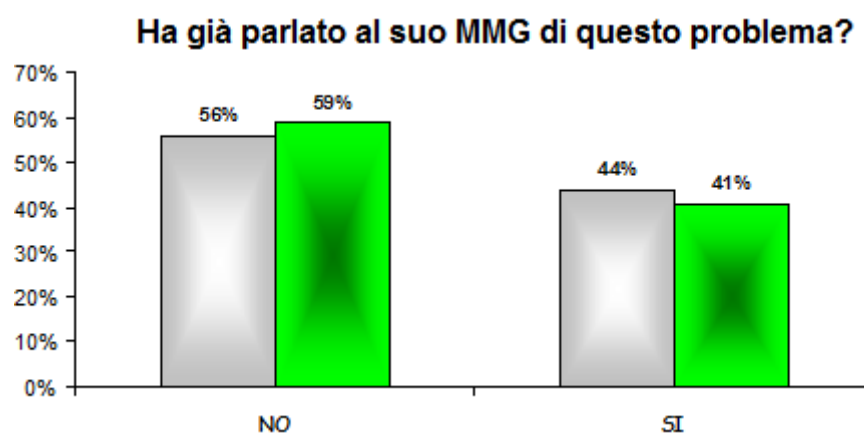


Figura 15: Percentuale di pazienti tra CB e CV che avevano già esposto il problema al MMG.

Tra coloro che presentano un problema per il quale si è scelto di non consultare il MMG, sono pochissimi coloro che si rivolgono ad un altro medico, poiché la maggior parte sceglie di arrangiarsi con farmaci che possiede o che può acquistare, o semplicemente attendendone la risoluzione.

Invece la quota di persone che porta un problema esposto in precedenza al suo MMG (44% CB, 41% CV), afferma di essere giunto in PS data la nuova ricaduta e la mancata soluzione soddisfacente del problema.

Al fine di quantificare l'**urgenza percepita** dal paziente, è stata applicata una

misurazione su di una scala VAS da 0 (nessuna urgenza) a 100 (massima urgenza), i cui risultati misurati in mm hanno dato riscontro a un valore medio per i CB di **56**, mentre per i CV il valore medio è risultato 59. Nel totale delle valutazioni sono presenti 11 risposte con un valore pari a zero, mentre 72 risposte hanno un valore 100.

Abbiamo suddiviso i valori di VAS riscontrati in quartili 0-25, 26-50, 51-75, 76-100, all'interno dei quali sono state misurate le frequenze dei valori misurati, distinguendo CB da CV. Non si rilevano differenze marcate nei valori assegnati dai CB e CV, che si distribuiscono come indicato nel grafico di Figura 16: mentre per i valori più elevati non vi sono differenze tra CB e CV, tra i CB prevalgono leggermente valori d'urgenza più bassi (23% vs 18% CV).

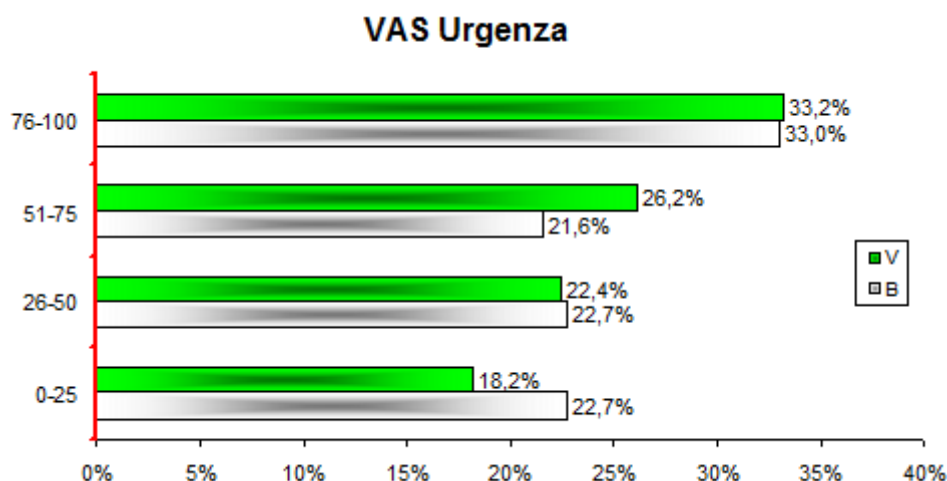


Figura 16: Distribuzione in quartili del valore di urgenza indicato con scala VAS (da 0 a 100) : CB e CV a confronto.

Il valore di urgenza percepita correlato al tipo di patologia presentata dal paziente CB mostra un dato interessante (Figura 17): coloro che giungono in PS con un problema ascrivibile alla categoria ICD 9 “traumatismi e avvelenamenti” (28%) 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 ottenere certificazioni, indagini diagnostiche e strumentali a scopo medico-legale, rientrando in questa categoria patologie traumatiche o esiti di queste, spesso occorse sul posto di lavoro o a seguito di sinistri stradali (Tabella 4). Viceversa i pazienti che accedono al PS con problemi

correlati a neoplasie, pur classificati come CB, riferiscono elevati punteggi di urgenza, verosimilmente correlati alla preoccupazione del proprio stato di salute.

PATOLOGIA	MEDIA	DEV. ST.
Malattie osteo-muscolari e del connettivo	60,7	5,8
Traumatismi	41,4	33,2
Sintomi e segni mal definiti	66,5	27,6
Malattie della cute e sottocute	51,4	31,8
Malattie dell'apparato digerente	69,6	45,1
Malattie dell'apparato respiratorio	60,4	24,5
Malattie del SNC e degli organi di senso	59,4	34,5
Malattie infettive	61,0	25,2
Malattie uro-genitali	66,1	31,5
Disturbi psichici	61,7	27,4
Neoplasie	73,5	37,5
Procedure	49,8	23,3
Allontanatosi	59,9	29,7

Tabella 4: Valore medio dell'urgenza percepita e deviazione standard nell'ambito delle diverse patologie presentate dai pazienti CB.

Valore medio dell'urgenza percepita per le diverse patologie

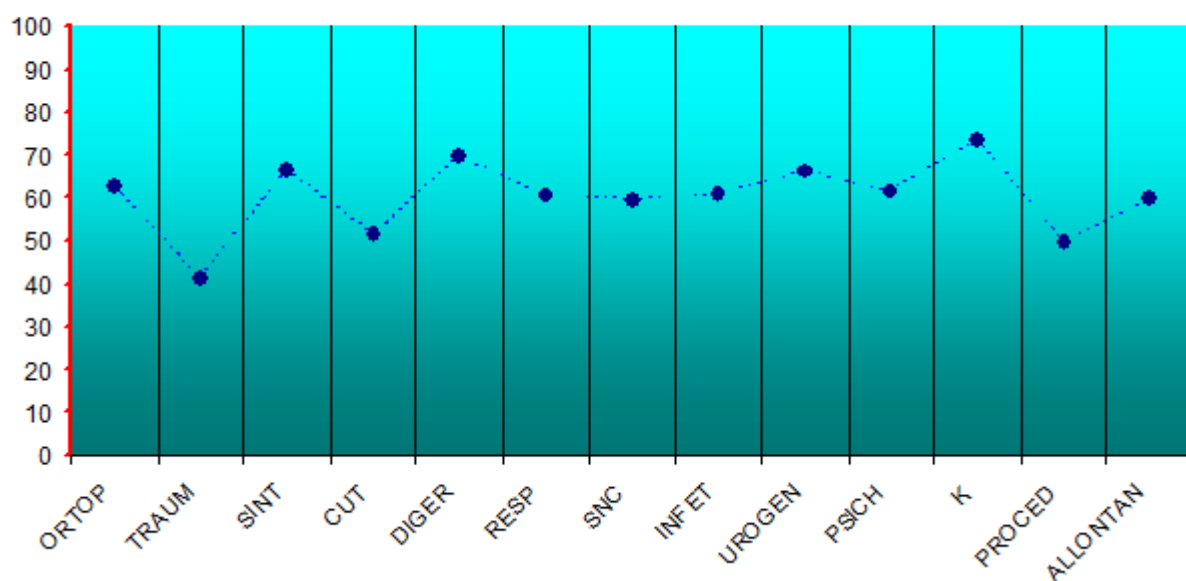


Figura 17: Valore medio dell'urgenza percepita assegnata con scala VAS nell'ambito delle diverse patologie raggruppate secondo codifica ICD 9.

SCHEMA 5: Uso del MMG, soddisfazione ed aspetti relazionali

I CB riferiscono di andare dal proprio medico nel 31 % dei casi almeno 1 volta all'anno, il 32% ogni 2-3 mesi, il 22% almeno 1 volta al mese (quest'ultima categoria definita dalla letteratura come "frequent attenders" ⁽²⁰⁾). Solo l'11% afferma di non essere mai andato dal suo MMG negli ultimi 12 mesi. Per quanto riguarda invece i CV le percentuali di coloro che vanno con più frequenza dal MMG sono maggiori (il 73% va dal medico più di 3 o 4 volte l'anno), probabilmente in relazione a problemi clinici di maggior rilievo (Figura 18).

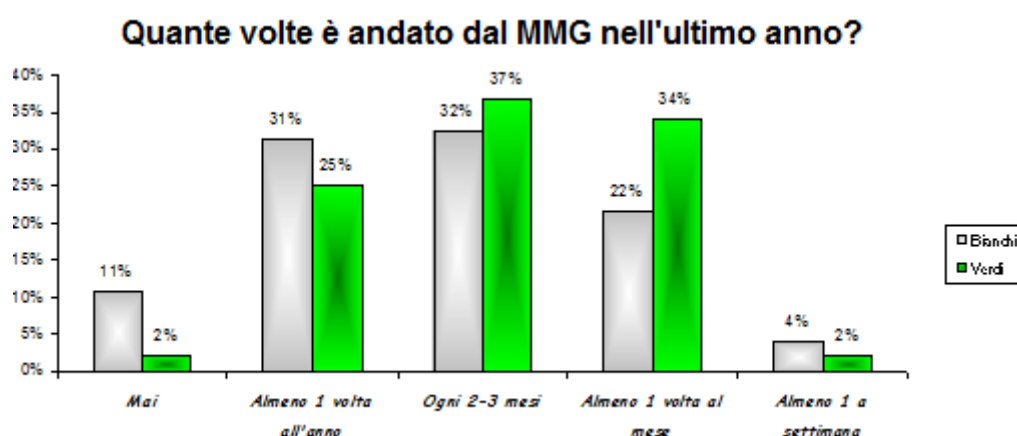


Figura 18: Frequenza di accesso negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista presso l'ambulatorio del MMG.

Chiedendo invece agli intervistati di riferire la frequenza di accesso presso il PS negli ultimi 12 mesi, la metà riferisce di non esservi mai stato, la restante parte, per lo più, di essere stato in PS solo una volta.

Questo dato è stato controllato per il 2007 attraverso la verifica dei 2 distinti archivi informatici dei PS del Policlinico e Azienda USL. I dati obiettivi hanno sostanzialmente confermato quanto riferito nei questionari: la maggior parte dei pazienti non risultava essersi recata in PS durante il 2007 (53% CB; 59% CV), mentre tra i frequentatori la % di accessi multipli nel 2007 sono risultate più elevate tra i CB che tra i CV, soprattutto per accessi superiori a 5/anno (5% CB VS 0% CV). La quota di persone che hanno avuto 1 o 2 accessi/anno non è irrilevante (32% CB; 34% CV) sottolineando una certa tendenza all'utilizzo reiterato del PS (Figura 19).

Quanti accessi in PS dello stesso paziente nel 2007

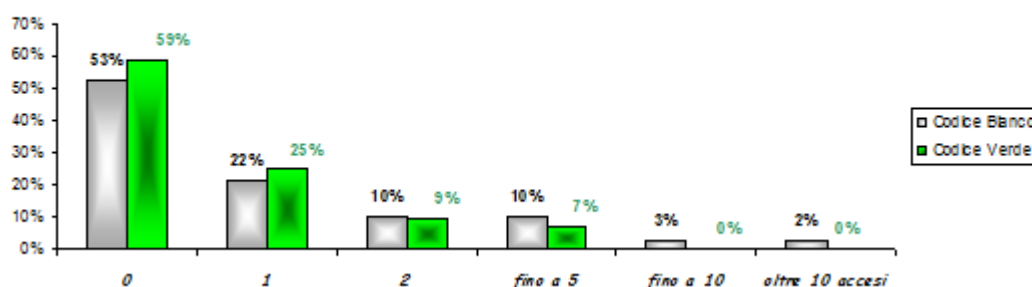


Figura 19: Frequenza di accesso negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista presso il Pronto Soccorso.

Questi dati sono certamente sottostimati in quanto il controllo per ogni paziente è stato fatto solo sul sistema informatico del PS dell'accesso con intervista, senza incrociare i dati tra i due sistemi.

Per quanto riguarda il giudizio degli intervistati a riguardo della soddisfazione verso il proprio MMG, questo è risultato decisamente positivo: infatti la maggior parte degli intervistati ha espresso un grado di soddisfazione elevata (definito come “molto” o “moltissimo soddisfatto”) (Figura 20).

Soddisfazione nel MMG

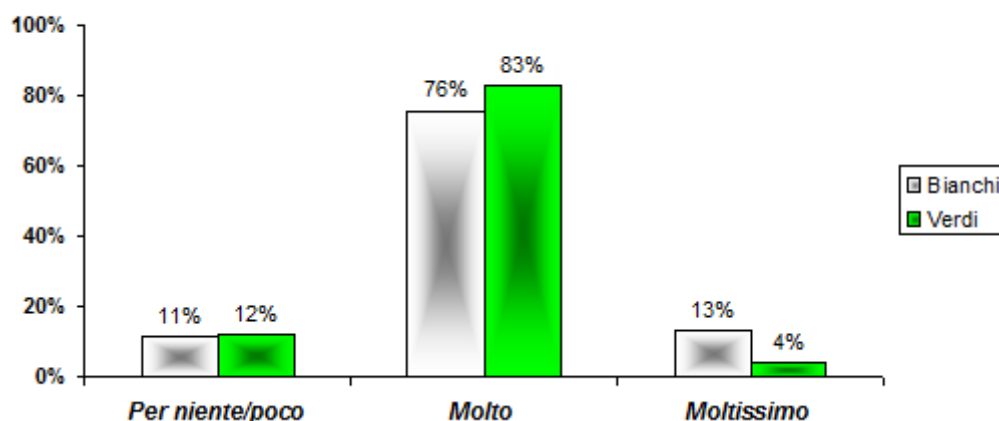


Figura 20: Grado di soddisfazione espressa dal paziente a riguardo dell'organizzazione del proprio MMG.

Mettendo in parallelo la frequenza di accesso presso gli ambulatori di medicina generale con il grado di soddisfazione non sembra esserci correlazione tra una frequenza bassa ed un giudizio negativo. Coloro, infatti, che hanno espresso una valutazione negativa sono sia persone che vanno spesso dal loro medico, sia

persone che non frequentano l'ambulatorio del MMG (Figure 21 e 22).

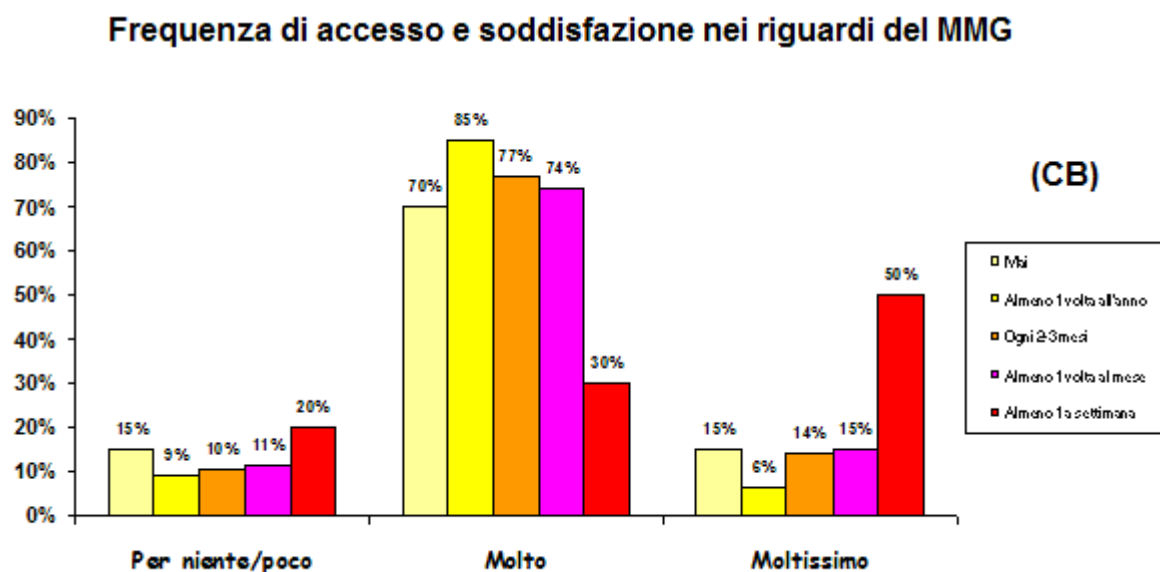


Figura 21: Correlazione tra la soddisfazione nei riguardi del MMG e frequenza di accesso presso il suo ambulatorio espressa dai CB.

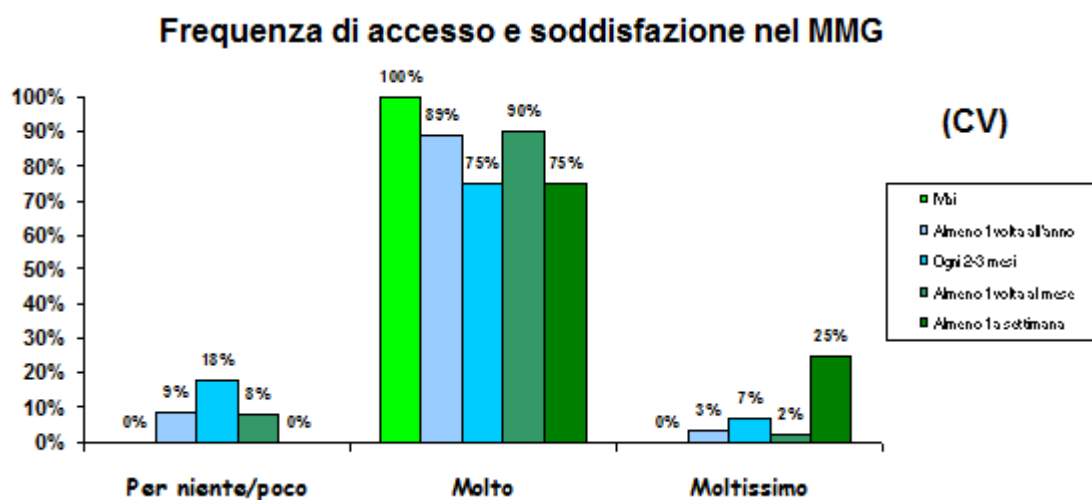


Figura 22: Correlazione tra la soddisfazione nei riguardi del MMG e frequenza di accesso presso il suo ambulatorio espressa dai CV.

La maggior parte ha affermato di gradire le diverse modalità proposte dal proprio dottore, sia sotto forma di accessi “liberi” che “per appuntamento”.

Da notare però che gli orari di ambulatorio piacciono meno ai pazienti codice verde che ai bianchi (Figura 23). La metà degli intervistati non ha mai ricevuto visite domiciliari del proprio MMG, dato comunque da interpretare alla luce della giovane età dei pazienti.

Soddisfazione verso le diverse modalità organizzative del MMG

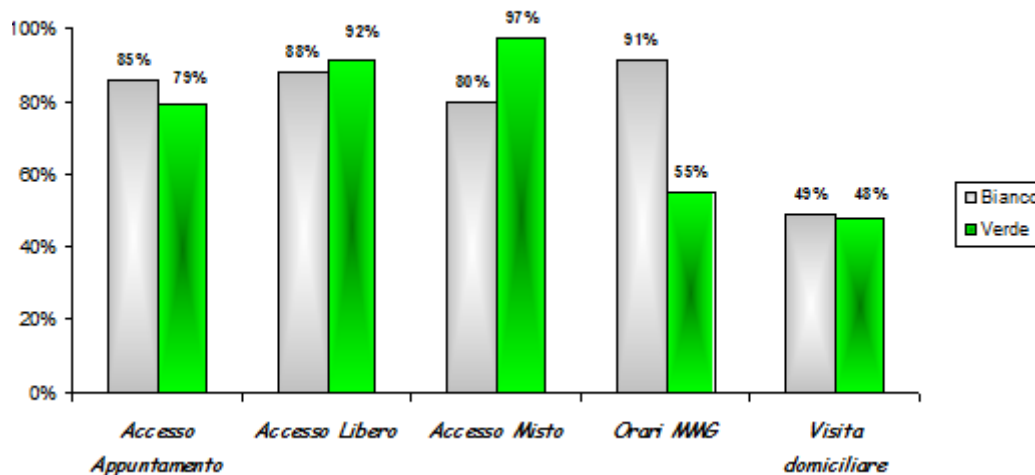


Figura 23: Soddisfazione del paziente riguardo le diverse modalità di organizzazione ambulatoriale del MMG.

La quasi totalità della popolazione studiata ritiene il MMG in grado di aiutare a risolvere i propri problemi di salute e afferma di non avere mai avuto difficoltà nel gestire questioni urgenti; va però menzionato a questo proposito, che talvolta le implicazioni della domanda non venivano ben comprese e l'intervistato considerava urgenti solo questioni particolarmente gravi identificando nel PS il luogo idoneo a cui rivolgersi.

Di nuovo il 94% tra i CB ed il 95% tra i CV si dice soddisfatto della relazione instaurata col proprio MMG.

Per quanto riguarda la fiducia riposta nel proprio curante, espressa sottoforma di scala VAS da 0 a 100, il valore medio assegnato è pari a **78** tra i CB e **81** tra i CV. Centocinquanta intervistati hanno assegnato un valore pari a 100, otto invece pari a zero. Scorporando il dato globale e valutandone l'andamento nelle due categorie si nota che non c'è sostanziale differenza tra CB e CV se non per il fatto che un numero maggiore di CB rispetto ai CV assegna bassi valori di fiducia (Figura 24).

Nonostante l'elevata fiducia espressa sottoforma di valore numerico ritroviamo nei commenti liberi affermazioni quali *"ho la massima fiducia ma se le cose non si risolvono parto io..."*, che sottolineano che la scelta dei percorsi di cura è in mano al paziente e la sfiducia non è né relazionale né riguardante la competenza, ma piuttosto verso la capacità del MMG di risolvere problemi anche modesti.

Infatti nell'esprimere aggettivi qualificanti il MMG, la parola "competente" si ritrova espresso circa 30 volte.

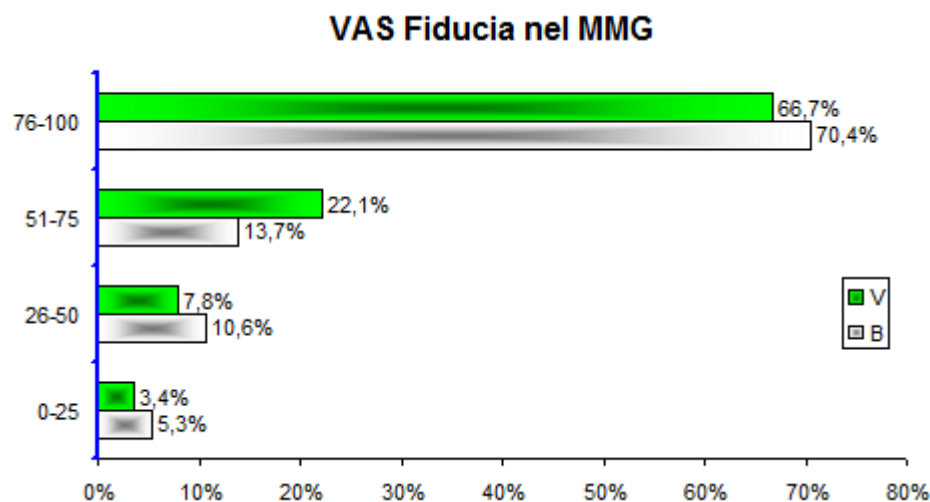


Figura 24: Distribuzione in quartili del valore di fiducia indicato con scala VAS (da 0 a 100): confronto tra CB e CV.

Infine incrociando la frequenza di accesso presso un PS con il giudizio dato dal paziente a riguardo della relazione personale instaurata col proprio MMG si vede che quest'ultima non influenza la scelta delle persone ad accedere in PS (Figura 25), infatti sia tra chi non è mai andato in PS sia chi invece c'è andato più volte negli ultimi 12 mesi prevale nettamente un'opinione positiva e favorevole nei confronti del proprio MMG.

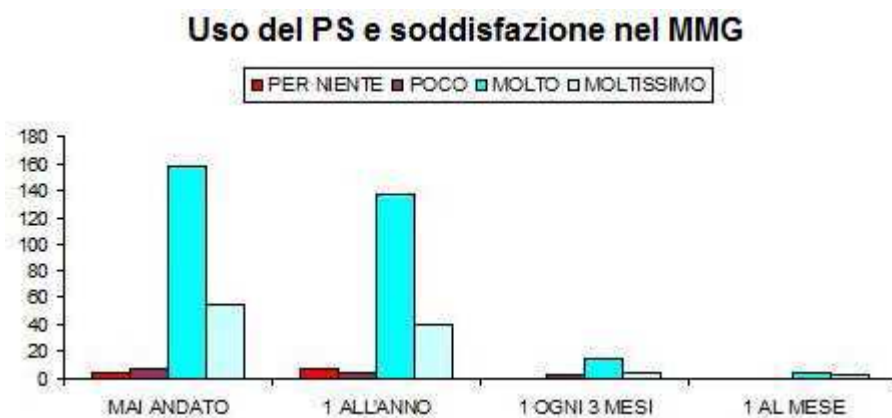


Figura 25: Correlazione tra la frequenza di accesso al PS e la soddisfazione nei confronti del MMG.

SCHEDA 6: Prestazione di PS (Scheda di Dimissione)

Sono state estratte numerose informazioni dalle schede di dimissione di PS degli accessi dei pazienti intervistati.

L'allontanamento spontaneo dal PS prima di avere le prestazioni è una quota molto piccola per i CV (3%) a differenza dei CB che invece lasciano il PS prima della visita nel 12% dei casi.

Tra gli intervistati 115 pazienti non hanno ricevuto altre prestazioni oltre la visita di triage, la visita di PS od eventuali terapie/profilassi. Di questi 85 erano pazienti codificati Bianco e 30 Verde.

Non è quindi piccola la quota tra i pazienti CB (30% del totale) che esce dal PS senza avere ricevuto ulteriori prestazioni.

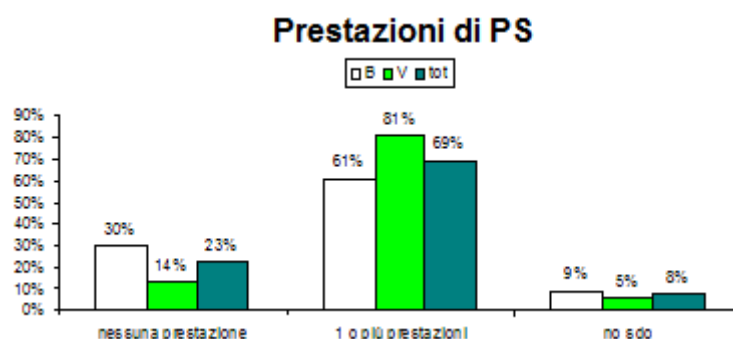


Figura 26: Percentuali di pazienti che hanno ricevuto prestazioni in PS.

Il 45% dei codici Bianchi ha comunque accesso ad una visita specialistica e/o ad esami radiologici (34%); il codice Verde ha percentuali nettamente più alte per gli esami bio-umoral, ECG ed ecografia, mentre inferiore per quanto riguarda le consulenze specialistiche (45% CB VS 37% CV) (Figura 26 e 27).

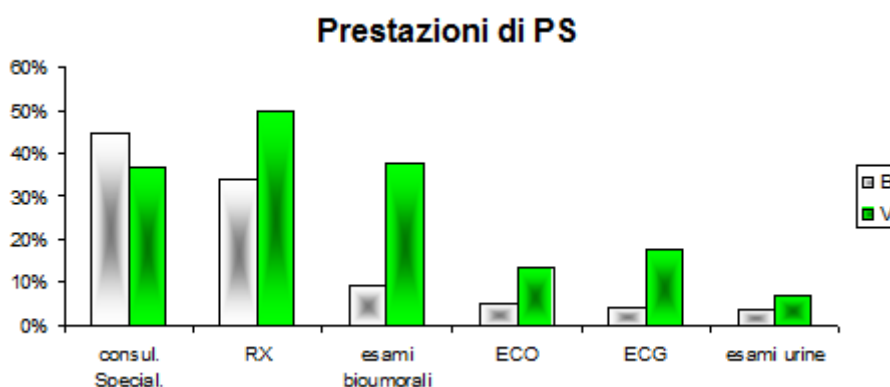


Figura 27: Tipologia di prestazioni effettuate dal Pronto soccorso.

Sia per quanto riguarda i CB che per i CV, il codice d'entrata corrisponde nella maggior parte dei casi a quello di uscita (78% CB resta tale e l'88% tra i CV). Resta comunque una quota non piccola di CB che esce come CV (21%).

Calcolando il tempo di permanenza valutato sull'orario di entrata e quello di uscita si può notare che la maggior parte dei pazienti viene valutata tra le 2 e le 6 ore dall'ingresso, sia che sia codificata CB che CV, senza sostanziali differenze (Figura 28). I tempi di attesa sono quindi paragonabili a quelli che spesso si realizzano nelle sale d'aspetto dei MMG, ma si concludono con il ricevimento di una prestazione specialistica, che per i pazienti sembra costituire un vantaggio.

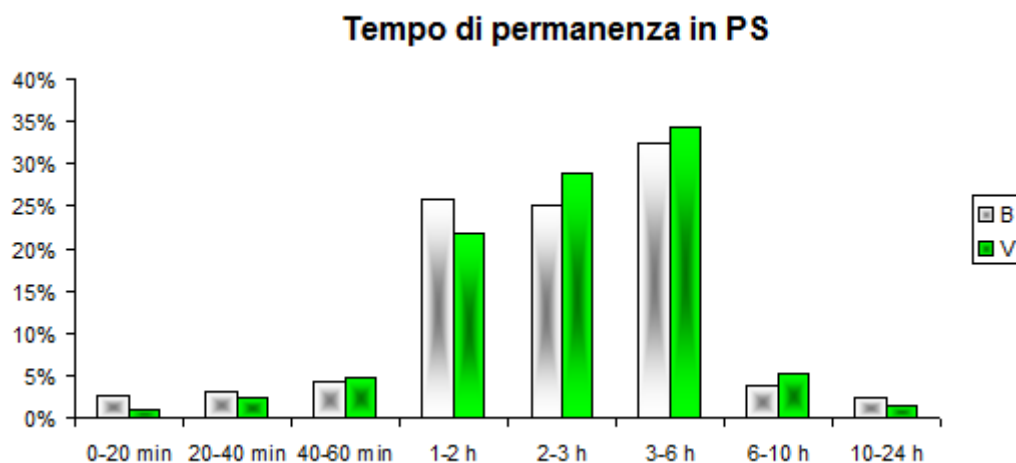


Figura 28: Tempo di permanenza in Pronto Soccorso.

Ultimo dato da citare è il numero degli accessi ai quali fa seguito il ricovero: 2% tra i codici bianchi e 9% tra i codici verdi.

Le singole diagnosi disponibili, classificate in ordine alfabetico, sono riportate analiticamente nell'Allegato 8, suddivise per il codice di Triage attribuito in uscita dal PS. Per una loro valutazione aggregata per gruppo anatomico e correlazione con la percezione d'urgenza del problema attinente si vedano i paragrafi precedenti.

DISCUSSIONE

La tematica dell'integrazione e della complementarietà dell'assistenza ospedaliera e territoriale, con la finalità di creare i percorsi di cura più appropriati per il cittadino e più sostenibili economicamente dal Servizio Sanitario, viene ad assumere una sempre maggiore rilevanza anche a livello nazionale. Le linee guida del Ministero del Welfare presentate lo scorso aprile dopo l'intesa Stato-Regioni sugli obiettivi del Piano Sanitario 2009, hanno preventivato lo stanziamento di risorse aggiuntive per il 5% in più rispetto agli obiettivi precedenti (352 milioni di euro) a favore delle Cure Primarie, indicando cinque modelli sperimentali per l'assistenza H24, dove, punto centrale, è lo spostamento nell'ambito territoriale di un'assistenza di base, integrata e ininterrotta in cui il medico di continuità assistenziale e il medico di medicina generale (MMG) avranno il ruolo cardine. Uno dei modelli proposti è rappresentato dal cosiddetto "Ambulatorio dei Codici Bianchi" che dovrà affiancare i Pronto Soccorso (PS) collocati nell'ambito dell'ospedale o nelle immediate vicinanze, ed al quale accederanno i pazienti che dopo il triage riceveranno il codice "bianco". ⁽²²⁾

La Regione Emilia Romagna ha da tempo intrapreso questo ed altri percorsi analoghi. Ad esempio il territorio modenese vede al suo interno molteplici esperienze in questo senso: da un lato l'affiancamento dei medici di continuità assistenziale ai Pronto Soccorso in alcuni Ospedali della Provincia (Policlinico, Mirandola), dall'altro le attività delle cooperative di MMG, che offrono anche nei giorni festivi e prefestivi la continuità di un servizio di assistenza extra ospedaliero alternativo alla guardia medica.

In questa ottica il nostro lavoro ha puntato l'attenzione su di un elemento fondamentale spesso trattato come limite alle scelte operative possibili, ossia ***“le motivazioni ed il punto di vista del cittadino che accede al Pronto Soccorso per un problema codificato non urgente”***. Infatti esplorare le cause che spingono gli utenti all'utilizzo di un servizio può fornire maggiori chiavi di lettura in un momento in cui si stanno decidendo gli strumenti, soprattutto in termini di efficacia e appropriatezza.

Dai risultati ottenuti emergono interessanti interrogativi e spunti di riflessione.

1. Che tipo di paziente accede ai PS con richieste “inappropriate”?

La metà dei pazienti ha un'età inferiore a 41 anni tra i CB, 45 anni tra i CV, all'incirca il 60 % non ha titoli scolastici oltre quello di scuole medie inferiori, la maggior parte sono persone senza patologie croniche, di nazionalità italiana, anche se tra i CB è leggermente superiore la quota di stranieri (29% CB vs 16% CV); è interessante osservare che queste caratteristiche socio-demografiche si discostano di parecchio da quanto riportato negli studi anglosassoni ove il paziente “tipo”, che accede al PS per problemi non urgenti, è in realtà definibile come “vulnerabile” (cioè persone anziane o sole, disoccupate, vedove o divorziate, con anamnesi patologica positiva per una o più patologie croniche)⁽⁹⁾. Diversi pazienti ma diversi anche i Sistemi Sanitari Nazionali, a richiamo della necessità di caratterizzare il fenomeno nell'ambito dei contesti di appartenenza.

Diversi studi ^(23,24,25) sono stati avviati negli ultimi anni in Italia, nel tentativo di chiarire le motivazioni alla pletora di accessi “inappropriati” ai PS e le possibili soluzioni. Uno studio analogo a questo ⁽²⁵⁾ è stato condotto nei mesi di aprile, maggio e giugno 2008 presso i PS di Faenza, Lugo e Ravenna, ugualmente basato su interviste ai pazienti in attesa con codice di ingresso bianco e verde.

I risultati che emergono dal gruppo di lavoro romagnolo sono sovrapponibili a quelli di questo studio, sia per quanto riguarda le caratteristiche degli utenti, degli accessi, del percorso di cura e delle motivazioni. Le principali differenze riguardano la conoscenza della Medicina di Associazione che sembra essere maggiore nel territorio ravennate, e la frequenza di accesso presso gli ambulatori del MMG che è invece inferiore. La percezione d'urgenza non è stata misurata in maniera diretta con l'ausilio della scala VAS, ma con domande multiple a risposta chiusa ed un'assegnazione di un valore da 0 a 10 per lo stato di salute avvertito e del dolore percepito. Le conclusioni indirettamente tratte sono comunque analoghe a quelle modenesi.

I pazienti di nazionalità non italiana costituiscono una quota minoritaria, ma importante alla quale rivolgere un intervento educativo sull'uso dei servizi sanitari. Gli stranieri infatti si recano meno frequentemente dal medico di famiglia, del quale peraltro conoscono poco gli orari, mentre usano di più il PS, alla ricerca di una maggiore disponibilità di strumenti e conoscenze. Sorprendente, date queste premesse, che la valutazione espressa nei confronti del MMG in termini

di organizzazione ambulatoriale e accessibilità, relazione e fiducia, non differisce dagli intervistati italiani.

2. Cosa spinge il paziente a rivolgersi al Pronto Soccorso?

Sono i pazienti che scelgono di andare nei PS modenesi, piuttosto che esservi inviati da un medico, e rispetto agli studi esaminati⁽¹³⁾, che riportano invece diverse percentuali, nel nostro studio solo il 20-25% degli accessi CB dipende dall'invio da parte di un medico, essenzialmente il MMG (70%).

In modo chiaro e netto l'82% ha affermato di preferire accedere al PS piuttosto che consultare il proprio MMG cercando nel PS strumenti o soluzioni che il MMG non possiede(37%), un tempo minore per la risoluzione dei propri problemi (16%), o affermando di “stare troppo male” o che “non c’era tempo da perdere” (13%), intendendo il PS come il luogo più appropriato per cercare una soluzione al problema di salute avvertito. La maggior parte dei problemi CB presentati in PS possono definirsi “acuti” (insorti nelle ultime 24 ore (20%), da 1-2 giorni (22%) ma anche da 3-7 giorni (22%), fino al 19% da più di 1 mese; di questi meno della metà erano stati in precedenza esposti al proprio MMG, con una netta tendenza a risolvere il problema con autoprescrizioni. Lo studio mette comunque in luce che a fronte di un 30% dei CB non ricevono altre prestazioni in PS oltre la visita ed eventuali terapie acute, la maggior parte dei pazienti ha in realtà ricevuto diverse prestazioni diagnostiche e strumentali (il 45% ha avuto accesso ad una visita specialistica, il 34% ad esami radiologici). Questo dato, che ha una certa motivazione medico-legale, apre però la discussione sul fatto che le prestazioni, facilmente offerte dal PS al cittadino che vi accede, possano essere interpretate dall'utenza come una risposta rapida ad un bisogno qualunque, generando atteggiamenti opportunistici per superare i tempi lunghi delle liste d'attesa, con il risultato di indurre una crescente domanda di prestazioni “inappropriate”. Tra le soluzioni possibili, proposte da più parti⁽²²⁾, c'è quella di affiancare ai PS ambulatori specifici per i CB, gestiti da MMG o Medici di Continuità Assistenziale. Tentativi in tal senso sono stati esplorati anche nelle nostre realtà, ma con scarsi benefici.

3. Il tipo di organizzazione ambulatoriale e gli orari offerti dai MMG rappresentano un ostacolo al cittadino?

Durante l'intervista è stato chiesto esplicitamente se il paziente avesse provato a contattare il suo medico e se avesse trovato difficoltà nel reperirlo. Inoltre veniva chiesto di dare un giudizio sull'organizzazione ambulatoriale in termini di visite "ad accesso libero" o "per appuntamento", orari di ambulatorio, visite domiciliari, fino a dare la possibilità all'intervistato di esprimere eventuali difficoltà avute nel risolvere problemi urgenti col suo MMG. La maggior parte degli intervistati ha espresso un giudizio positivo nei confronti del proprio MMG, sia per quanto riguarda l'organizzazione ambulatoriale che gli aspetti relazionali; la quasi totalità del campione è convinta che il MMG sia in grado di aiutare a risolvere i problemi di salute e di non avere mai avuto difficoltà a risolvere questioni urgenti con il proprio MMG. Tra gli aggettivi qualificanti il MMG viene ripetuto circa 70 volte il termine "disponibile".

A conclusioni opposte sembra giungere un recente studio⁽²³⁾ svolto al PS dell'Ospedale S. Carlo di Milano, che ha istituito a maggio 2008 un ambulatorio dedicato ai CB, gestito da un medico ed un infermiere per turno, che accoglieva tutti i CB giunti in PS dalle 8 alle 20 ed ai quali potevano essere offerte prestazioni di base come ECG, RX o esami del sangue. Anche in questo caso ai pazienti è stato somministrato un questionario volto ad indagare le principali motivazioni che li aveva spinti a rivolgersi al PS piuttosto che al MMG: tra i risultati viene citato come fattore responsabile di almeno un terzo degli accessi al PS la difficoltà di reperire il MMG per un'inadeguatezza degli orari d'ambulatorio; si conferma inoltre la tendenza del cittadino a recarsi in PS alla ricerca di un luogo più idoneo rispetto all'ambulatorio del MMG, per la soluzione del proprio problema di salute, sentendosi più sicuro e con la percezione di un più facile accesso alle prestazioni diagnostiche e strumentali.

Sempre in Lombardia si è svolto un altro studio inerente al tema dal titolo "*Ricerca sull'accesso di codici verdi e bianchi non STP nei Pronto Soccorso di cinque Aziende Ospedaliere della Provincia di Bergamo*".⁽²⁴⁾ Anche questo lavoro contribuisce ad arricchire le conoscenze sul punto di vista dei cittadini che accedono al PS. Grazie all'ausilio di questionari a domanda chiusa, distribuiti nei diversi Ospedali dal 10 al 24 Novembre 2008, sono state raccolte 1496 schede, le cui conclusioni sono

coerenti con questo studio, in particolare per quanto concerne le motivazione dell'accesso e le principali patologie presentate dai pazienti. Concordiamo con quanto riportato nelle conclusioni del lavoro: *“Per quanto attiene ai rapporti con le cure primarie territoriali si evidenzia come non esista una precisa relazione tra numero di accessi al PS e disponibilità del medico che opera sul territorio.[...] Anche se aumentasse la disponibilità dei servizi territoriali, l'utente potrebbe continuare a scegliere l'accesso al PS, a meno di una completa riorganizzazione degli stessi per renderli adeguati alla gestione delle problematiche traumatologiche e della diagnostica in tempo reale, riorganizzazione che comporterebbe ingenti investimenti in strutture e personale. ”.*⁽²⁴⁾

4. Come influisce la percezione della professionalità del MMG nella scelta di rivolgersi al Pronto Soccorso?

Chiedendo all'intervistato, grazie l'ausilio di una scala VAS, di assegnare un valore da 0 a 100 in merito all'urgenza percepita rispetto al proprio problema, il 59% degli intervistati ha assegnato valori superiori a 50, il 34% superiore a 75, con una media in valore assoluto di **56**. Non sembra quindi che il fattore che induce all'accesso in PS si esaurisca soltanto in un'elevata urgenza percepita, ma a questo si somma anche la necessità di avere risposte rapide e da fonte ritenuta “esperta”, e sullo sfondo una svalutazione del ruolo del MMG (ma non delle sue competenze!) considerato inadatto a dare una soluzione rapida ai propri problemi di salute. Concetto testimoniato anche in uno dei commenti liberi espressi da un intervistato: *“Io dal MMG non ci vado: se ho un problema vado dagli specialisti a pagamento o in ospedale”.*^k

Di seguito si riportano alcuni esempi suggestivi tratti dai commenti liberi raccolti, riguardanti le motivazione all'accesso in PS e la relativa diagnosi di dimissione.

- “per cose più gravi della febbre vengo qui” (bronchite acuta)
- “il mio MMG è uno pneumologo... non un oculista” (pregresso trauma oculare)
- “mi ha dato degli antinfiammatori ma non contano niente, dopo 7 mesi non si può stare così, ci sono dei miei amici che ce l'hanno e non stanno male” (gonalgia in recente impianto di artroprotesi)
- “è già da diversi mesi che ho questo problema, ho fatto diverse visite ma non riesco a risolverlo, spero che qui ci capiscano di più del mio MMG”

^k Commenti liberi raccolti durante le interviste.

(lombalgia a destra)

- “il mio MMG oggi c'è di pomeriggio e io avevo tempo stamattina perché di pomeriggio lavoro” (allontanatosi)
- “ il MMG mi ha dato per 2 volte gli antinfiammatori ma non è passato e sono venuta qui” (coxalgia destra in paziente con coxartrosi)
- “avevo appuntamento per la visita chirurgica tra 10 giorni ma volevo risolvere più in fretta il problema perché ho male” (cisti sebacea suppurata)
- “le persone qui sono più socievoli e mi visitano” (diarrea)
- “...dolore al ginocchio, non riesco a camminare, vorrei vedere dentro cosa c'è... ieri l'altro sono andata dal mio MMG a fare il vaccino ma non gli ho detto niente...” (gonalgia sinistra)
- “il dolore è aumentato ho avuto paura che fosse il cuore allora sono venuto qui” (cervicobrachialgia sinistra in paziente con scoliosi o artrosi cervicale)
- “lo non vado dal medico, se ho bisogno vado all'ospedale” (rimozione di punti di sutura)
- “lo non ho mai male, se vengo al PS è perché penso che sia grave” (dolore calcaneare)
- “per fare i raggi e vedere se c'è qualcosa di rotto...”(spalla sinistra dolorosa in recente trauma)
- “E' la terza volta che mi capita in un anno: vengo qui, mi fanno i RX, così non devo fare altri giri” (sospetta infrazione costale)
- “mi ha richiesto una visita ortopedica ma è ad aprile” (gonartrosi sinistra)
- “Sono andata dal mio MMG: mi ha richiesto un' ECO, però l'appuntamento me l'hanno dato a giugno, io non posso aspettare dei mesi con questo dolore” (allontanatosi)
- “c'era il sostituto, non lo conosco, e poi son sempre dei giovani...” (allontanatosi)
- “per questo problema il MMG non può fare niente” (plastica di ernia ombelicale al momento non complicata)
- “voglio fare indagini più approfondite” (vertigini soggettive)
- “Spero mi facciano degli esami” (riferiti sbalzi pressori)
- “mi avrebbe detto solo di prendere l' Oki” (lombalgia da sforzo)
- “so che in PS arrivo e mi prendono dentro subito per una puntura di zecca”

(morso di zecca cute spalla destra)

- “il MMG non se ne intende, mi ha fatto la richiesta di visita URGENTE e me l'hanno data per il 24 del mese, ma io non riesco a camminare” (artrosinovite ginocchio in paziente con lesione meniscale)
- “per fare le analisi, per sapere la causa, il MMG al massimo ti può dire “può essere...” ...” (ecchimosi arti inferiori in trombocitemia non precedentemente indagata)
- “per chiedere ad un altro dottore” (dispepsia ed epigastralgia intermittente)

Forse una parte dei problemi nascondono in realtà “difetti di comunicazione” tra professionisti e pazienti, che diventano sempre più “impazienti”!

STUDI A CONFRONTO

I risultati fin qui discussi acquisiscono un valore aggiunto se correlati a quanto emerso in un altro studio condotto parallelamente nello stesso periodo e sullo stesso territorio, nel quale sono stati arruolati 52 MMG rappresentativi della Medicina Generale provinciale, la cui attività ambulatoriale, telefonica e domiciliare è stata registrata in una giornata casuale di osservazione, per un totale di 3154 contatti; mediante interviste somministrate con schede questionario analoghe a quelle usate nei PS, si è indagato inoltre l'opinione di 812 pazienti reclutati nelle sale d'aspetto dei medici (scheda 1, 4, 5).⁽²⁶⁾

Primo aspetto da sottolineare sono le diverse caratteristiche dei due campioni esaminati: il paziente medio che si reca in PS con problemi non urgenti e quindi potenzialmente di pertinenza del MMG, è diverso dal paziente medio che va dal MMG. Quest'ultimo infatti è prevalentemente femmina (*invece che non esserci preferenza di sesso tra gl'intervistati in PS*), con un'età media di 58 anni (*invece che 46 per i CB e 47 per i CV*), il 34 % ha più di 2 patologie croniche in anamnesi (*invece che 12% CB e 14% CV*) ed è maggiore la quota di pensionati (*40% dal MMG vs 23% tra i CB e 29% tra i CV*); come già rilevato dalle interviste in PS viene confermato il dato dello scarso accesso dei cittadini stranieri all'ambulatorio del MMG (meno del 4% degli accessi totali vs il 29% dei CB in PS). Le tipologie di problemi presentati dai pazienti che accedono dal MMG, sono da ascrivere

principalmente a richieste di procedure (70% degli accessi per richieste di farmaci, esami strumentali, visite specialistiche, certificati) piuttosto che a sintomi da inquadrare. La sintomatologia presentata, raggruppata secondo le categorie di codifica WONCA (International Classification of Primary Care)¹, vede la prevalenza di “stati morbosi mal definiti” 5% e “sintomi riguardanti l’apparato muscolo scheletrico” 5%. La principale malattia, già nota e trattata, è l’ipertensione. In generale i problemi presentati possono essere definiti cronici, sono insorti infatti nella maggior parte dei casi da almeno 1 mese (*a differenza delle problematiche presentate in PS che sono nella maggior parte dei casi insorte entro la settimana precedente*).

Il confronto tra le VAS espresse riguardo l’urgenza percepita dai pazienti mostra delle differenze: di fronte ad una media delle VAS pari a 45 nei pazienti che accedono al proprio MMG, abbiamo una percezione d’urgenza maggiore nella sala d’attesa del PS. La differenza tra i due setting non è così eclatante come ci si potrebbe aspettare: tra i CB la VAS media è pari a 56, di tre punti superiore per i CV. Una discrepanza di soli 10-15 punti mostra nuovamente che l’accesso al PS non può spiegarsi ed esaurirsi unicamente nell’urgenza percepita del problema. Riguardo alla frequenza di utilizzo delle risorse sanitarie, si definiscono FA (Frequent Attenders o Frequentatori Abituali quelli che hanno almeno 1 accesso al mese) il 32% degli intervistati dal MMG, mentre in PS il valore ammonta al 22% tra i CB e al 34% tra CV. Si può osservare quindi che i pazienti che usufruiscono del PS per problematiche non urgenti accedono con elevata frequenza anche dal proprio medico (quasi un terzo dei casi). Al contrario, circa il 60% degli intervistati nell’ambito della medicina territoriale affermano di non essersi mai recato in PS nell’anno precedente l’intervista. Da queste osservazioni si delineano due tipologie di cittadini: chi per problemi di salute utilizza la medicina territoriale ed ospedaliera in maniera frequente, e chi si reca prevalentemente dal proprio medico, senza apparentemente usufruire del PS.

La soddisfazione degli intervistati nei confronti del proprio MMG è elevata in entrambe le realtà: come ci si deve aspettare il gradimento è maggiore tra gli assistiti presenti nella sala d’attesa del MMG (95%), ma anche in PS i valori registrati rasentano il 90%. Qualche differenza si rileva invece, dal confronto del

¹ International Classification for Primary Care (ICPC-2) WONCA, classificazione basata sui sintomi generali e aspecifici che spesso generano i contatti tra medico e paziente in MG.

grado di fiducia verso il MMG che passa da una media VAS pari a 88 nell'ambito dell'ambulatorio medico ad una di 78 (-10 mm) nei CB e 81 (-7 mm) nei CV. E questo, come già detto, rischia di essere un motivo rilevante per spingere i cittadini verso il PS piuttosto che dal loro medico.

CONCLUSIONI

I risultati di questo lavoro rappresentano solo una tappa di un percorso di salute che parte dall'articolo 32 della Costituzione e si esplica in tutte le modalità attraverso le quali è erogata assistenza sanitaria. Necessariamente l'offerta ai cittadini deve tener conto della domanda espressa tanto quanto delle risorse disponibili in termini umani ed economici. Le scelte organizzative in ambito sanitario mirate al più corretto utilizzo del Pronto Soccorso e del MMG potrebbero considerare a nostro parere i seguenti suggerimenti:

- Modificare il punto di vista degli operatori sanitari per poter meglio comprendere i bisogni dell'utente, rivedendo definizioni aprioristiche e giudicanti come il termine "accesso inappropriato";
- Sensibilizzare gli operatori sulla necessità di un'educazione del cittadino nella scelta dei percorsi di cura. Tali percorsi non necessariamente devono essere rigidi e univoci, ma flessibili e complementari purché nell'ottica di una spesa comunque sostenibile. Il MMG deve essere in grado di avere un ruolo di regia, ma si devono anche creare i presupposti perché ciò si possa realizzare;
- Implementare l'efficienza delle liste d'attesa per prestazioni urgenti, con il contemporaneo monitoraggio delle prescrizioni effettuate, ponendo particolare attenzione alle patologie osteo-artro-muscolari;
- Incentivare forme associative meno "distanti" dall'utente della Medicina In Rete, particolarmente estesa nel territorio modenese ma non altrettanto conosciuta, con il supporto di diverse figure professionali (infermiere, assistente sociale, specialista...) che cooperino nello stesso luogo e per gli stessi pazienti, per migliorare la qualità del servizio offerto e aumentare la professionalità percepita.

BIBLIOGRAFIA

1. Giuseppe Belleri. L'urgenza differibile è quella degli altri. Dilaga l'uso improprio delle strutture di emergenza: tra i rimedi tentati nessuno si è dimostrato efficace. Occhio clinico n. 9 Dicembre 2006
2. Occhio clinico n. 9 Dicembre 2007
3. Caimi e Tombesi, "Medicina Generale", UTET 2003, pag 50
4. G. Bert, Medicina Narrativa. Il pensiero Scientifico Ed. 2007
5. G. Bonadonna et al. Dall'altra parte - BUR Biblioteca Univ. Rizzoli - 2006
6. Baker DW, Stevens CD, Brook RH, Determinants of Emergency Department Use by Ambulatory Patients at an Urban Public Hospital. Annals of Emergency Medicine March 1995;25:311-316
7. Hong R, The emergency department for routine health care: race/ethnicity, socioeconomic status, and perceptual factors. J Emerg Med. 2006;149-158.
8. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Goransson S. Frequent use of the hospital emergency is indicative of high use of other care services Ann Emerg Med. June 2001; 37:561- 567.
9. Byrne M, Frequent Attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psycho social characteristics. Ann Emerg Med. 2003;41 :309-318.
10. B. Scaife et al. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice. Family Practice 2000; 17:298-304.
11. Jane Koziol-McLain, Seeking care for non urgent medical conditions in ED department: Through the eyes of the patient. Emergency nurses Association 2000. 26, 6:554-563.
- 11bis. Heywood PL et al. An assessment of the attributes of frequent attenders in general practice. Family Practice 1998; 15:198-204.
12. AW Murphy, Inappropriate attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence, and reasons for attendance. Family Practice, vol.15 n.1. Oxford University Press 1998. 15:23-32
13. Field S. Emergency department use by CTAS levels IV and V patients. Can J Emergency Medicine 2006;8 (5): 317-22.

14. Plauth AE, Pearson SD, Discontinuity of care : urgent care utilization within a health maintenance organization. Am J Emerg Nurs 1980, 7:677- 69.
15. J. Koziol-McLain et al. Seeking care for non urgent medical conditions in the emergency department: through the eyes of the patient. Journal of emergency nursing 2000; 26: 554-562.
16. A. Theasom et al. Functional somatic symptoms in accident and emergency - An exploratory study. Accident and Emergency Nursing 2006; 14:171-177
17. P. Little et al. Psychosocial, lifestyle and health status variables in predicting high attendance among adults. British J General Practice 2001; 51:987-994.
18. Walsh M. The health belief model and use of accident and emergency services by general public. Journal of Advanced Nursing 1995; 22,694-699.
19. Banks M et Al. Factor influencing the demand of primary care in women aged 20-64 years: a preliminary report. Int J Epidemiol 1975; 4:189-195
20. M. Byrne et al. Frequent attenders to an Emergency Department: a study of Primary Health Care use, Medical profile and psychosocial characteristics. Ann Emerg Med 2003; 41:309-318
21. G.Corgatelli, Indagine sulle opinioni, i desideri e le necessità dei pazienti. Rivista SIMG 1/2008
22. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari (Anno 2005); ISTAT 2 marzo 2007
22. Il Sole 24 ore Sanità, Anno XII- n.13, 7-13 Aprile 2009
23. Giornale del Medico, Anno XXV - n.3 - 9 Febbraio 2009
24. Ricerca sull'accesso di codici verdi e bianchi non STP nei Pronto Soccorso di cinque aziende ospedaliere della Provincia di Bergamo. [Scaricabile sul sito www.omceo.bg.it/oggetti/53154.pdf](http://www.omceo.bg.it/oggetti/53154.pdf)
25. Falasca et al. Pronto Soccorso: una risorsa per l'emergenza/urgenza - Dossier Regione Emilia Romagna - 2009 - in corso di pubblicazione
26. Valutazione della tipologia e della priorità degli accessi agli ambulatori dei medici di medicina generale della provincia di Modena, con analisi delle motivazioni e della percezione di urgenza rispetto al problema riferito in un campione di utenti. Tesi di Laurea di Letizia Angeli- Dott.ssa M.S. Padula. - UniMoRe luglio 2009 - in corso di stampa

RINGRAZIAMENTI

Ripensando a quando il lavoro è iniziato, un pomeriggio di Maggio di due anni fa, quasi in maniera spontanea da una discussione nell'ambulatorio della Dott.ssa Padula, non posso che ringraziare Maria Stella per l'entusiasmo con il quale mi ha guidato in questo tempo e per avermi dato l'occasione di portare avanti assieme questo studio al quale ho potuto contribuire fin dalla sua ideazione in modo personale.

Ringrazio Oreste, il suo costante supporto ed i suoi consigli sono stati indispensabili per l'impostazione metodologica della raccolta e dell'elaborazione dei dati che stanno alla base della nostra ricerca, e più in generale per averne reso possibile la realizzazione.

Ringrazio Letizia per l'aiuto materiale e per la nuova amicizia trovata, assieme abbiamo speso le nostre giornate in giro per la Provincia a raccogliere la voce dei pazienti, ma soprattutto a vivere le realtà più diverse, dal piccolo ambulatorio sull'Appennino al Pronto Soccorso cittadino.

Senza Imma Cacciapuoti e Silvia Riccomi sarebbe stato impossibile dare forma scritta alla marea di dati.

Allegato 1: Scheda 1

Scheda 1: Caratteristiche generali del paziente					
Cognome e Nome (o codice identificativo).....					
Comune di residenza:.....					
Nazionalità: ☐ italiana ☐ altro:..... Da quanti anni in Italia:					
Sesso: ☐ M ☐ F			Età in anni....		
Stato civile*:			Titolo di studio**:		
Occupazione:			☐ Occupato <i>(specificare):</i> ☐ Disoccupato ☐ Pensionato		
Con chi vive			☐ Con i famigliari ☐ Solo ☐ Con una badante ☐ In casa protetta ☐ Altro (specificare):		
*celibe/nubile, coniugato/a, separato/a-divorziato/a, vedovo/a ** licenza elementare, media, superiore, università - nessun titolo					
Soffre di qualche malattia cronica?					
	Malattia	Cod ICPC		Malattia	Cod ICPC
☐	Artrosi, Artrite	L89-91	☐	Ulcera gastrica o duodenale	D85-86-87
☐	Pressione alta	K85-86-87	☐	Calcolosi renale	U95
☐	Malattie allergiche	A92	☐	Infarto cardiaco	K75
☐	Mal di testa (cefalea o emicrania ricorrente)	N01-89	☐	Malattia cerebrovascolare	K89-90-91
☐	Depressione ed ansietà cronica	P76-74	☐	Psoriasi/acne/eczema atopico	S91-96-87
☐	Osteoporosi	L95	☐	Tumore	A79
☐	Diabete	T89-90	☐	Malattie del sistema nervoso (epilessia/vertigini)	N88-17
☐	Bronchite cronica-BPCO	R79-R95	☐	Angina	K74
☐	Asma bronchiale	R96	☐	Demenze/deficit di memoria	P70
☐	Malattia tiroide (ipertiroidismo e ipotiroidismo)	T85-86	☐	Cirrosi epatica/ colelitiasi	D97-98
☐	Malattie di cuore (FA/tachicardia parossistica/aritmie/valvulopatie)	K78-79-80-83	☐	Parkinsonismo/tremori	N87-08
☐	Cataratta	F92	☐	Scompenso cardiaco	K77
☐	Altro (specificare) _____				

Allegato 2: Scheda 2

Scheda 2: Descrizione e motivazioni dell'accesso al PS	
Si é mai recato in Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi?	☐ no ☐ non ricordo ☐ si quando? _____
Nei precedenti accessi si è sempre recato nello stesso Pronto Soccorso?	☐ si ☐ no
Se no, presso quale altro ospedale della Provincia di Modena?	
Per quale motivo?	
Oggi è giunto al PRONTO SOCCORSO:	☐ da solo ☐ accompagnato (da amici, famigliari, volontari, etc) ☐ in ambulanza dopo aver chiamato il 118
Quanti minuti ha impiegato a raggiungere l'ospedale? 	E' giunto altre volte al pronto soccorso con questo stesso problema? ☐ si ☐ no
E' giunto in PRONTO SOCCORSO su indicazione di un Medico?	
☐ Su indicazione del suo Medico di famiglia	☐ a seguito di una visita ☐ a seguito di una telefonata Con richiesta di: ☐ Esami strumentali urgenti (eco, r x, altro...): ☐ Richiesta di un eventuale ricovero: ☐ Accertamenti per una sospetta patologia (specificare):..... ☐ Altro (specificare) _____ _____ _____ _____
☐ Su indicazione di un altro Medico (Altro MMG associato, Sostituto, Guardia medica, Specialista, etc.)	

Allegato 3: Scheda 3

Scheda 3: Descrizione e motivazioni dell'accesso al PS senza invio da parte di un Medico	
Da dove è partito?	☐ da casa ☐ da lavoro/scuola ☐ altro
Conosce gli orari di ambulatorio del suo Medico di Famiglia?	☐ Sì ☐ No ☐ non ho il Medico di Famiglia
Sa se il suo Medico di famiglia lavora in Associazione?	☐ Sì ☐ No ☐ non so cosa sia l'Associazione
Ha tentato comunque di contattare un MdF?	☐ No ☐ Sì ☐ Sì, un collega dell'Associazione Con successo? ☐ sì ☐ no
Potendo avrebbe preferito rivolgersi al suo MdF per risolvere il suo problema?	☐ sì ☐ no
Se no perché?	☐ troppa fila ☐ era tardi ☐ non avevo preso l'appuntamento ☐ ho pensato non ci fosse tempo da perdere ☐ ho pensato che il PS avrebbe impiegato un tempo minore a risolvere il mio problema ☐ ho pensato che il PS avesse più strumenti del mio medico per risolvere il mio problema ☐ ho pensato che il mio medico non avesse le conoscenze adeguate per risolvere il mio problema ☐ In un'altra occasione sono andato dal mio medico per questo motivo ed è successo che ☐ Altro (specificare):.....

Allegato 4: Scheda 4

Scheda 4 - La percezione delle proprie condizioni di salute	
Cosa pensa di avere?	
Da quanto tempo persiste il suo problema?	☐ meno di 24 ore ☐ 1-3 giorni ☐ 4-7 giorni ☐ 8-15 giorni ☐ 2 settimane-1 mese ☐ più di 1 mese
Aveva già esposto questo problema al suo medico?	
☐ no ☐ no, ma ho tentato di risolverlo da solo ☐ mi sono arrangiato con farmaci che avevo ☐ sono andato in farmacia ☐ sono andato da un altro medico ☐ sono venuto in Pronto Soccorso	☐ si ☐ sì, sono qui per un controllo/ricaduta ☐ sì, ma senza un risultato soddisfacente ☐ sì, ma poi ho tentato di risolverlo a modo mio ☐ mi sono arrangiato con farmaci che avevo ☐ sono andato in farmacia ☐ sono andato da un altro medico ☐ sono venuto in Pronto Soccorso
Segni sulla riga sottostante, con una crocetta, la GRAVITA'/URGENZA del problema che l'ha condotta in Pronto Soccorso oggi	
Nessuna Urgenza Massima Urgenza	

Allegato 5: Scheda 5

Scheda n. 5 - Grado di soddisfazione del paziente riguardo al proprio MEDICO di MEDICINA GENERALE					
	Almeno una volta la settimana	Almeno una volta al mese	Almeno una volta ogni 2-3 mesi	Almeno una volta l'anno	Mai
1. Quante volte in media è ricorso alle cure del suo Medico nell'ultimo anno?					
2. Quante volte si è recato in PS nell'ultimo anno?					
	per niente	poco	molto	moltissimo	
3. E' soddisfatto della organizzazione dell'ambulatorio del suo Medico per quanto riguarda					
❖ le visite su appuntamento?					
❖ le visite ad accesso libero?					
❖ le visite ad accesso misto?					
❖ gli orari di apertura?					
❖ le visite domiciliari?					
❖ la Medicina di Associazione?					
4. Ha trovato in passato delle difficoltà alla risoluzione di problemi urgenti?					
5. Pensa che il suo Medico sia in grado di aiutarla e guidarla nella soluzione dei suoi problemi di salute?					
6. Si sente soddisfatto della relazione col suo medico ?					
7. Se lei dovesse descrivere ad un suo amico/conoscente la figura del suo medico con 3 aggettivi, quali userebbe?	1. _____ 2. _____ 3. _____				

Quanta fiducia ripone nel suo Medico? (metta una croce lungo la scala a fianco)

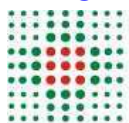
Nessuna Fiducia

Massima Fiducia

Allegato 6: Scheda 6

Scheda n. 6 - Dati raccolti dal pronto soccorso		
• Pronto soccorso di:		
• Data dell'accesso:		
• Orario dell'accesso:		
• Eventuale allontanamento spontaneo:	☐ Sì	☐ No
• Orario di dimissione:		
• Dati relativi al triage: indicazione:		
• Prestazioni erogate :		
Esami bioumorali	☐ Sì	☐ No
Ecg	☐ Sì	☐ No
R x	☐ Sì	☐ No
Ecografia	☐ Sì	☐ No
Consulenza specialistica	☐ Sì (specificare)	☐ No
Altro (specificare)		
• Codice di uscita:	☐ Bianco ☐ Verde ☐ Giallo ☐ Rosso	
• Diagnosi di dimissione:		
• Codifica	WONCA ICPC	ICD-IX

Allegato 7: Informativa e Consenso



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Gentile utente,

l'Azienda Usl di Modena sta realizzando uno studio, finanziato anche dalla Regione Emilia Romagna, che cercherà di indagare come i cittadini percepiscono i percorsi sanitari della provincia di Modena in relazione alle proprie necessità di cura ed il loro grado di soddisfazione. Gli esiti di questo studio saranno poi utilizzati per migliorare l'assistenza sanitaria provinciale.

A tal fine, sottoponiamo alla sua attenzione un questionario che raccoglie alcune informazioni riguardanti nello specifico:

- dati personali e sensibili;
- il motivo dell'accesso presso l'ambulatorio del medico / le strutture dell'Azienda Sanitaria;
- la sua percezione del suo stato di salute e la sua opinione rispetto all'assistenza sanitaria che le viene prestata.

Modalità del trattamento

I dati saranno elaborati dalla Direzione Sanitaria e conservati con modalità elettronica e cartacea ai fini dello studio in oggetto.

Potranno formare oggetto di pubblicazione (tesi di laurea, pubblicazione su riviste a carattere scientifico, ecc.) nel rispetto del più assoluto **anonimato**

Diritti dell'interessato (art. 7 del d.lgs. n. 196/2003)

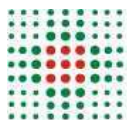
In relazione al trattamento dei dati personali Lei ha il diritto di esercitare i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003 e, più in particolare di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione e il blocco dei dati e di opporsi, in ogni momento, al trattamento dei dati medesimi.

Titolare e responsabile del trattamento dei dati personali

Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Usl di Modena con sede in Modena v.S.Giovanni del Cantone, 23; responsabile del trattamento è il Dott. Guido Federzoni, Responsabile del Programma Fragilità.

Lei potrà in ogni momento prendere visione dell'elaborato finale, facendone richiesta senza formalità al numero 059/435381. e-mail

g.federzoni@ausl.mo.it



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, nato/a a
....., il..... e residente a, via
....., n.....,

letta e compresa l'informativa che precede, **autorizza** l'Azienda Usl di Modena
ad utilizzare i dati personali (e sensibili) raccolti per gli scopi sopra esplicitati.

Data

Firma dell'interessato o di chi ne esercita la potestà

.....

Allegato 8: Diagnosi di dimissione secondo Codice di Triage

diagnosi dimissione dal PS

(rientro per eseguire RX...ndr)trauma distorsivo rachide cervicale per incidente stradale

(rientro per...ndr) asportazione di punto cutaneo in regione orbitaria

addominalgia

addominalgia da coprostasi

addominalgia di ndd

addominalgia di verosimile origine colica

addominalgia e coprostasi

addominalgia e coprostasi, alvo stitico

addominalgia in pz con disturbo dell'alvo e disturbo di personalità borderline

addominalgia in quadro di marcata coprostasi

addominalgia, disordini dell'alvo e dispepsia

agitazione dopo cambio tp

algia anca sx in pz con lieve coxartrosi

algia arti inferiori, IRC

algia arto inf sx e riferite tachicardia e cardiopalmo

algia arto inferiore dx

algia caviglia e gamba dx in esiti di intervento chirurgico

algia dito con artrosi interfalangea

algia ed edema caviglia dx atraumatica in pz con sospetto LES

algia emitorace sx e tosse

algia piede dx

algia polso destro in esiti di frattura EDR

algia polso dx

algia rachide cervicale

BIANCO VERDE GIALLO

1		
1		
	1	
1		
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
1		
1		
1		
	1	
1		
1		
	1	
1		
1		
	1	
1		
1		
	1	
1		
1		
1		

algia rachide lombare dopo sforzo	1	
algia scapolare e spalla dx	1	
algia spalla dx	1	
algia spalla dx in pz con verosimile displasia epifisi prossimale omero dx	1	
algia spalla dx in quadro di grave artrosi e modesto emartro	1	
algia spalla sin	1	
algie della parete addominale di verosimile origine muscolo fasciale	1	
algie della regione inguinale sx da verosimile contrattura muscolare		
	1	
allontanatosi	17	13
appendicite acuta		1
artrite acuta gottosa		1
artrosi e dolore polso destro atraumatico	1	
artrosi polso dx		1
artrosinovite ginocchio des	1	
artrosinovite ginocchio dx		1
artrosinovite ginocchio sin	1	
artrosinovite ginocchio dx in pz con lesione meniscale		1
ascessi cutanei regione pubica	1	
ascesso appendicolare retroceale		1
ascesso inguinale sx		1
astenia arti inferiori in pluripatologica		1
astenia da sospetta epatopatia		1
borsite gomito sin	1	
bottone osseo clavicola dx, febbricola e algia mammelle		1
bronchite	1	
bronchite acuta		1

cardiopulmo anamnestico		1	
cardiopatia ipertensiva e insufficienza M in fase di iniziale scompenso		1	
cefalea	2	4	
cefalea in cefalalgica, epigastralgia in gastrite cronica		1	
cefalea in iperteso		1	
cefalea muscolo tensiva		2	
cervicalgia in pz policonfuso	1		
cervicalgia riacutizzata, rettorraggia senza anemizzazione		1	
cervicobrachialgia post traumatica		1	
cervicobrachialgia sin	1		
cervicobrachialgia sx	1		
cervicobrachialgia sx in pz con artrosi cervicale	1		
cervicobrachialgia sx in pz con scoliosi ed artrosi cervicale		1	
cisti ghiandola del Bratolini in fase di ascessualizzazione		1	
cisti sebacea perianale	1		
cisti sebacea suppurata	1		
cisti sebacea suppurata cuoio capelluto		1	
cisti sebacea suppurata fianco sx		1	
cisti sebacee al volto flogosi suppurativa	1		
cistite	1		
cistite acuta	1		
cistite, crisi ovulatoria	1		
cistopielite dx		1	
colica addominale		2	
colica addominale anamnestica, possibile intolleranza glucidica		1	
colica addominale di sospetta natura emotiva	1		
colica biliare		1	
colica renale dx		2	
colica renale sx		1	

colica salivare dx
colpo di frusta
congiuntivite
congiuntivite bilaterale
controllo emocromo in policitemia
contusione emitorace dx
contusione gamba des
contusione rachide e gamba sx
contusione spalla sx, gluteo sx e rachide lombosacrale
contuso abrasioni ginocchio e polso sx
coprostasi
coprostasi in pz con diverticolite
corpo estraneo bordo palpebrale superiore os
corpo estraneo corneale dx
corpo estraneo corneale sin
corpo estraneo ritenuto 5° dito mano sx
corpo estraneo sottocutaneo 2° dito mano dx
coxalgia bilaterale
coxalgia dx
coxalgia dx in pz con coxartrosi
crisi d'ansia
crisi emorroidaria
crisi ipertensiva
crisi ipertensiva, tappo di cerume
decadimento generale
dermatite
dermatite acneica del volto
dermatite ai piedi
dermatite da contatto alle ascelle
dermatite eczematosa coscia dx
dermatite mani

1		
	1	
1		
	1	
1		
	1	
1		
	1	
1		
1		
2	1	
	1	
1		
	1	
1		
	1	
	1	
1		
1		
1		
1		
	1	
	1	
	1	
	1	
1		
1		
1		
	1	
1		
1		

dermatite orticarioide
 dermatite orticarioide al volto
 dermatite verosimilmente da farmaci
 diarrea
 dispepsia, epigastralgia intermittente
 dispnea in corso di definizione diagnostica
 dispnea soggettiva
 distrazione muscolare
 distrazione muscolare arto sup dx
 disuria in pz con stenosi uretrale
 dolore addominale di tipo colico
 dolore alla base del torace dx in pz con pregressa frattura costale
 dolore arto superiore dx da pregresso trauma
 dolore base emicostato dx a verosimile genesi di parete
 dolore calcaneare dx
 dolore di parete emitorace posteriore sx
 dolore gamba sx
 dolore in fossa iliaca dx
 dolore in regione sottomandibolare
 dolore precordiale aspecifico
 dolore toracico aspecifico
 dolore toracico aspecifico in corso di stress psichico
 dolore toracico da verosimile GERD
 dolore toracico parietale
 dolori addominali e coprostasi
 dolori lombari a des
 dorsalgia
 ecchimosi arti inferiori in trombocitemia non indagata
 edema emivolto sx da ieri sera
 ematoma atraumatico metatarsale dx

1		
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
1		
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
1	1	
	1	
	1	
	2	
1		
1		
		1
	1	
1		
1		

ematoma organizzato alla coscia des

ematoma popliteo sx in pz in TAO

ematoma post traumatico polpaccio sx

ematoma rifornito gamba sx in pz con fissatore esterno per frattura
biossea

emicrania

emorraggia post estrazione dentaria in pz in tp con warfarin

epididimite dx

epigastralgia

epigastralgia da coprostasi

epigastralgia e cefalea

epigastralgia in pz con sdr ansiosa

epigastralgia, dorsalgia

episodio febbrile in pz con ulcera da decubito sacrale e sdr da
allettamento

episodio pre sincopale di sospetta origine emotiva

episodio sincopale in corso di gastroenterite

eritema del volto di ndd

esiti di frattura scomposta pretrocanterica femore dx

esiti di polmonite

esiti di trauma da schiacciamento 2° dito mano dx

esiti di trauma da schiacciamento piede sx

esiti di trauma distorsivo caviglia sx

esiti di trauma distorsivo tibio tarsica sx

esiti trauma contusivo distorsivo ginocchio sx

esiti trauma distorsivo ginocchio dx

esiti trauma distorsivo ginocchio sin

faringotracheite

febbricola ed esantema rubeolico

fecaloma in sospetto sanguinamento vaginale

	1	
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
1		
	2	
1		
1		
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
1		
	1	
1		
1		
1		
1		
1		
1		
1		
1		
	1	
1		
	1	

ferita a lembo 3° dito mano sx

ferita avambraccio sx

ferita con disepitelizzazione traumatica gamba des

ferita da punta palmo mano sx

ferita da taglio dorso mano in fase di guarigione

ferita di moto sega mano sx

ferita infetta 5° dito piede in pz diabetico

ferita lacera mano dx

ferita lacero contusa 1° dito mano dx

ferita lacero contusa 3° dito mano sx con segni di flogosi

ferita lacerocontusa mano dx

flemmone ascellare des e verosimile glossite da candida

flogosi alte vie aeree

flogosi delle prime vie aeree

flogosi sottocutanea arto inferiore dx

flogosi vescico-prostatica

focolaio broncopolmonitico paracardiaco dx

frattura 2° dito mano sx

frattura 5° metatarso piede sx, contusione cranica e ginocchio dx con ematoma

frattura base 5° metatarso

frattura base 5° metatarso piede sx

frattura composta falange prossimale 5° dito piede s x

frattura costale

frattura diafisaria perone dx

frattura L5 verosimilmente su base porotica

frattura malleolo peroneale sx

frattura polso dx

frattura radio distale sx

frattura spiroidale falange prossimale 5° raggio man o dx

gastroenterite di verosimile natura virale

	1	
	1	
1		
	1	
1		
1		
	1	
	1	
	1	
1		
	1	
1		
1		
1		
	1	
	1	
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
	1	
	1	
	1	
	1	
1		

gonalgia des in gonartrosi	1		
gonalgia des in recente impianto PTG (protesi)	1		
gonalgia dx	2	1	
gonalgia dx con tendinite della zampa d'oca		1	
gonalgia dx da sospetta meniscopatia		1	
gonalgia laterale atraumatica da sospetta lesione meniscale laterale	1		
gonalgia post traumatica dx in px con diffusa sofferenza legamenti collaterali		1	
gonalgia sin	1	1	
gonalgia sinistra da verosimile tendinite sottorotulea	1		
gonalgia sx	1		
gonalgia sx in sospetto lesione meniscale	1		
gonalgia sx si base artrosica		1	
gonartrosi sx	1		
granuloma cutaneo su cicatrice da recente accesso laparosc per asportazione cisti ovarica			
infezione 1° dito mano dx	1		
infezione genitale con iniziale cistite	1		
infrazione costale emitorace sx clinica senza segni di frattura ai raggi		1	
infrazione falange distale 1° dito mano dx		1	
iniziale scompenso cardiaco		1	
instabilità posturale da sospetto TIA in cerebrovasculopatico cronico		1	
intolleranza al mezzo di sintesi	1		
inviato in PS per osservazione clinica dopo RM in pz con metastasi cerebrali		1	
iperemia congiuntivale	1		
iperemia congiuntivale sin	1		
iperpiressia da addensamento polmonare dx		1	
iperpiressia da verosimile infezione vie urinarie	1		

ipertrofia follicolare congiuntivale tarsale

lesioni pustolose agli arti con verosimile borsite settica gomito sx

lesioni vescicolari gamba dx

lieve gonalgia sx post traumatica con sospetto minimo risentimento
legamento collaterali

lombalgia

lombalgia da sforzo
lombalgia sx

lombosciatalgia des

lombosciatalgia dx

lombosciatalgia dx recidivante

lombosciatalgia resistente a FANS

lombosciatalgia sin

mastite

mastodinia in corso di allattamento

mestruazione dolorosa

mialgia quadricipite dx

micosi intermammaria

modesta flogosi dorso piede dx da pregressa puntura di scorpione

morso di zecca cute spalla dx

nausea e addominalgia in pz con coprostasi

nausea e malessere da verosimile risentimento gastrico

neoformazione mammella dx di n.d.d.

nodulo mammario des in corso di definizione diagnostica

non corpo estraneo (esiti di morso di zecca)

non ripassa dopo consulenza

non torna dopo la consulenza

odontalgia

oligoartrite simmetrica acuta dei polsi

1		
1		
1		
1		
1	1	
1		
1		
1		
1	1	
	1	
1		
	1	
	1	
1		
1		
1		
1		
1		
1		
1	1	
1	1	
	1	
1		
1		
1		
	1	
2		
	1	

onicodistrofia 1° dito piede sx
 onicogrifosi bilaterale 1° dito piede
 orticaria acuta
 orticaria di ndd
 orticaria ricorrente
 otalgia da verosimile tappo di cerume
 otalgia dx
 otalgia, sublussazione atm
 otite esterna sin
 otite media acuta con microperforazione timpanica
 otite media esterna con condrite padiglione auricolare sx
 palpitazioni anamnestiche, probabili extrasistoli
 paresi periferica 7° nc sx
 parestesie e dolori arti inferiori
 parestesie emisoma sx di ndd
 periartrite spalla dx
 piccolo ematoma in esito e intervento
 plastica di ernia ombelicale al momento non complicata
 pregressa contusione emitorace sin
 pregressa frattura branca ileopubica des
 pregresso trauma distorsivo tibiotarsica des
 pregresso trauma oculare sin
 pregresso trauma polso dx
 pre-lipotimia di ndd
 prostatite acuta
 rachialgia cervicale
 rachialgia dorso lombare
 reazione locale a verosimile puntura d'insetto
 reazione locale da puntura d'insetto
 recidiva di diarrea
 recidiva di FA

1		
	1	
1		
	1	
1		
1		
	1	
1		
1		
1		
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
1		
1		
	1	
	1	
1		
1		
	1	
	1	
1		
1		
1		
1		
	1	

recidiva di vertigine posizionale
 rettorraggia anamnestica
 rettorraggia in pz con emorroidi
 riacutizzazione BPCO
 riferita addominalgia in corso di ciclo mestruale
 riferiti sbalzi pressori
 rimozione punti di sutura
 ritardo mestruale in recente intervento di appendicectomia
 rottura di cisti tendinea
 sbalzo pressorio
 sdr dispeptica
 sdr dispeptica con GERD
 sdr vertiginosa periferica
 si allontana
 si allontana
 si allontana dopo essere stato mandato in oculistica (iperemia congiuntivale da verosimile c.e.)
 singhiozzo
 sintomatologia da uretrite
 sinusite acuta
 sospetta appendicite
 sospetta appendicite acuta
 sospetta dermatite da contatto avambraccio-polso dx
 sospetta erisipela impetiginizzata bilaterale in pz con insuff venosa cronica aaii
 sospetta infezione alte vie urinarie, verosimile secondaria anemizzazione da insufficienza renale ingravesciente
 sospetta infrazione costale 7° costa
 sospetta lue primaria
 sospetta malattia reflusso gastro esofageo in fumatore
 sospetta otomiosi associata a otite media cronicizzata

	1	
	1	
	1	
	1	
1		
	1	
1		
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
	1	
	2	
1		
1		
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
1		
	1	
		1
	1	
1		
1		
1		

sospetta periartrite scapolo-omeroale dx
sospetta periostite tibiale da sforzo

sospetta reazione avversa a nimesulide

sospetto linfoma toraco addominale con compressione e trombosi cavale

spalla sx dolorosa in pregresso recente trauma

stiramento flessori polso dx

stiramento muscolare coscia sx

tappi di cerume ai cue

tendinite acuta estensori dita avambraccio dx

tenesmo e rettorraggia in verosimile stop a circa 13 cm dallo sfintere anale

tenosinovite tendine d'Achille sx

toracalgia aspecifica

toracalgia in pz con BPCO e neoformazione polmonare di n.d.d.

toracalgia in pz con pregressa sostituzione valvolare aortica

toracoalgia di sospetta origine parietale

torcicollo miogeno

tosse di n.d.d.

tosse in infezione delle alte vie aeree

tosse persistente

tosse persistente in fumatore

tosse persistente in pz con pachipleurite destra e BPCO

tossidermia da amoxi+ac.clavulanico

trauma contusivo arto superiore dx

trauma contusivo avanbraccio sx

trauma contusivo da caduta accidentale gomito anca dx

trauma contusivo del naso

trauma contusivo distorsivo ifp 4° dito mano dx

1		
1		
	1	
		1
1		
1		
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
	1	
	1	
	1	
1		
1		
1		
1		
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
1		
	1	
	1	

trauma contusivo distorsivo polso sx

trauma contusivo ed ematoma regione sovra scapolare dx

trauma contusivo emitorace sx

trauma contusivo femore anca sx

trauma contusivo ginocchio sin

trauma contusivo ginocchio sinistro spalla sx

trauma contusivo ginocchio sx

trauma contusivo ginocchio, mano, mento dx

trauma contusivo mano dx

trauma contusivo mano e polso sx

trauma contusivo mano sx

trauma contusivo rachide cervicale, naso e arti inferiore.Escoriazioni gambe

trauma contusivo spalla dx

trauma contusivo spalla e arto inferiore sx

trauma contusivo spalla e gomito sx

trauma costale sx

trauma cranico lieve, trauma indiretto rachide cervicodorsale

trauma cranico minore

trauma cranico non commotivo, pliolicontusione da caduta

trauma da schiacciamento 2° dito mano sx

trauma da schiacciamento dita mano des

trauma da schiacciamento mano dx

trauma da schiacciamento mano e polso dx

trauma da schiacciamento non recente 2° dito mano dx

trauma da schiacciamento piede dx

trauma distorsivo 1° raggio mano sx

trauma distorsivo caviglia dx

trauma distorsivo caviglia sx

	1	
1		
1		
	1	
1		
	1	
1		
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
	1	
1		
1		
	1	
1		
	1	
	1	
	2	
1		

trauma distorsivo caviglia sx con sospetta infrazione malleolo mediale	1	
trauma distorsivo con frattura diafisaria del peroneo e diastasi pinza tibio astragalica	1	
trauma distorsivo ginocchio artrosico	1	
trauma distorsivo ginocchio dx con risentimento meniscale in trattamento		
1		
trauma distorsivo ginocchio sin		
1		
trauma distorsivo gomito dx	1	
	1	
trauma distorsivo piede des	1	
trauma distorsivo piede sx	1	
trauma distorsivo polso des	1	
trauma distorsivo rachide cervicale	2	2
	1	
trauma distorsivo rachide cervicale e distrazione muscolare spalla e coscia dx		
trauma distorsivo tibio tarsica dx	1	
trauma distorsivo tibio tarsico sx	1	
	1	
trauma distorsivo tibiotarsica sx con distrazione del legamento collaterale mediale	1	
trauma distorsivo tibiotarsico dx	1	
trauma distorsivo-distrattivo spalla dx	1	
trauma emicostato dx	1	
trauma emitorace sin	1	
trauma ginocchio sx	1	
trauma indiretto del rachide cervicale		
	1	
trauma mano dx	1	

trauma pregresso avampiede

trauma sacrale

trauma toracico chiuso con sospette infrazioni costali

trauma toracico con sospetta infrazione costale

traumatismo mano des

tumefazione caviglia dx

tumefazione dolente in corrispondenza polso e mano dx

ustione di 2° dito mano dx

varicella

verosimile cefalea muscolo tensiva

verosimile cistite

verosimile colica renale dx

verosimile crisi di panico

verosimile edema allergico palpebrale

verosimile gastroenterite virale

verosimile infezione vie urinarie

verosimile infrazione clinica ultime coste emitorace sx

verosimile virosi

verosimile virosi gastrointestinale

verosimile VPPB

vertigini soggettive

virosi alte vie respiratorie

VPPB

Totale complessivo

1		
	1	
	1	
	1	
1		
	1	
	1	
1		
1		
	1	
1	1	
1		
1		
1		
1	1	
1		
	1	
1		
1		
	1	
1		
1		
	1	
219	243	3