

Indagine sugli accessi alla consulenza pediatrica d'urgenza

Luisa Andreetta*
Giulia Filippini**
Angelo Guarino***

Dalla lettura dei dati di questa ricerca, condotta analizzando gli accessi di bambini in PS presso l'Ospedale di Legnago, emerge che la maggior parte viene accompagnata con una motivazione ritenuta soggettivamente urgente, senza un parere medico preliminare. Altri importanti spunti di discussione emersi dalla ricerca fanno riflettere sul fatto che, al fine dell'appropriatezza del ricorso al Pronto soccorso, bisognerebbe offrire servizi coordinati e multidisciplinari sul territorio

Negli ultimi anni si è assistito a un progressivo aumento delle visite nei servizi di Pronto soccorso, in particolare in età pediatrica, comportando un aumento del carico assistenziale, con ovvi disservizi e lamentele da parte dell'utenza. Troppo frequentemente si individuano le responsabilità esclusivamente negli atteggiamenti dei sanitari e nelle soluzioni organizzative adottate. Numerosi studi presenti in letteratura in realtà indicano che l'accesso al Pronto soccorso, in particolare in età pediatrica, è influenzato da numerosi fattori psico-sociali.

Dal momento che l'entità del fenomeno non è mai stato quantificato, nella nostra Aulss 21 è nata l'idea di avviare uno studio per determinarne le cause e soprattutto la difficoltà dei medici specialisti ospedalieri di fare fronte ai numerosi accessi in Pronto soccorso e dall'impressione di una carenza organizzativa da parte dei colleghi territoriali. L'indagine è di cruciale interesse in questo momento storico di grande fermento innovativo e riorganizzativo dell'assistenza primaria. Questa ricerca sarà lo spunto e l'indicatore a livello aziendale per allargare lo stu-

dio anche agli accessi non pediatrici e per trarne delle indicazioni.

Materiali e metodi

L'indagine è stata condotta per 10 mesi (dal 10 febbraio al 10 dicembre 2009) sull'analisi degli accessi in Pronto soccorso presso l'Ospedale di Legnago (VR) in soggetti di età compresa tra 0-14 anni.

Durante lo stesso periodo è stata proposta ai genitori/accompagnatori dei pazienti una scheda di rilevazione per indagare le motivazioni degli accessi, in particolare il processo decisionale che porta il paziente a rivolgersi al PS (invio da parte del pediatra di libera scelta o del servizio di continuità assisten-

ziale, difficoltà a reperire il medico curante, libera scelta dei genitori).

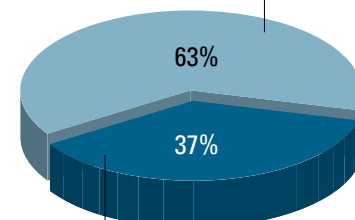
Risultati

L'Aulss 21 conta 154.000 abitanti di cui 21.876 in età 0-14 anni (dati al dicembre 2009). Sul totale dei 10.172

Figura 1

Accessi nei giorni feriali

Giorni feriali (08:00-20:00)



Giorni feriali (20:01-07:59)

Tabella 1

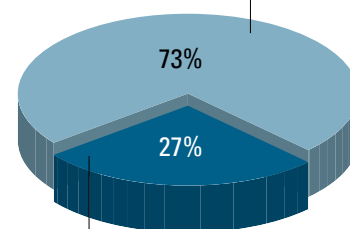
Consulenze pediatriche sul totale degli accessi (età 0-14)

Mese (2009)	Accessi (n)
• Febbraio	449
• Marzo	722
• Aprile	630
• Maggio	728
• Giugno	559
• Luglio	500
• Agosto	457
• Settembre	504
• Ottobre	716
• Novembre	689
• Totale	5.954

Figura 2

Accessi nei giorni festivi

Giorni festivi (08:00-20:00)



Giorni festivi (20:01-07:59)

* UOC Cure Primarie, Azienda Ulss 21, Legnago (VR)

** Medico in formazione, Scuola di formazione specifica in Medicina Generale (polo formativo di Verona)

*** Medico di medicina generale, Legnago (VR)

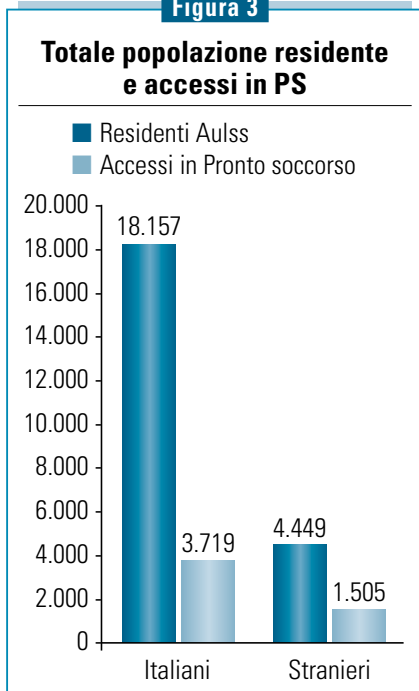
accessi al PS in età 0-14 anni nel periodo in esame 5.954 hanno ricevuto una consulenza pediatrica (58.5%) (tabella 1).

Nei giorni feriali gli accessi sono risultati 3.529 (59%), di cui il 63% nell'orario diurno (8:00-20:00) e il 37% nel notturno (20:01- 07:59); nei giorni festivi gli accessi sono risultati 2.425 (41%), di cui il 73% nell'orario diurno e il 27% nel notturno (figure 1 e 2).

Gli accessi feriali sono distribuiti su 5 giorni settimanali, mentre i festivi su 2 giorni; suddividendo quindi gli accessi per il numero di giornate nei mesi esaminati risulta un numero notevolmente maggiore di accessi nei giorni festivi, in media 28 al giorno, rispetto ai feriali, in media 17 al giorno.

In consulenza pediatrica sono arrivati 4.449 cittadini italiani e 1.505 stranieri. Il dato è stato confrontato con la popolazione residente (18.157 italiani e 3.719 stranieri): in questo modo i numeri assoluti si modificano ampiamente rivelando che gli accessi dei cittadini stranieri sono molto più numerosi pesati sulla popolazione rispetto ai cittadini italiani (40.5% rispetto al 24.5%) (figura 3).

Figura 3



Nelle figure 4 e 5 sono stati suddivisi gli accessi degli immigrati e degli autoctoni per fasce orarie.

L'ospedale di Legnago è storicamente una struttura di riferimento per i cittadini residenti non solo nel territorio dell'Aulss 21, ma anche per i Comuni limitrofi.

La maggior parte dei bambini che si recano al PS pediatrico hanno domicilio nell'area di competenza dell'Aulss 21 con 4.436 (74.5%) accessi, in particolare dal Comune di Legnago, Cerea, Villa Bartolomea e Casaleone, data la vicinanza della struttura ospedaliera (figura 6).

Figura 4

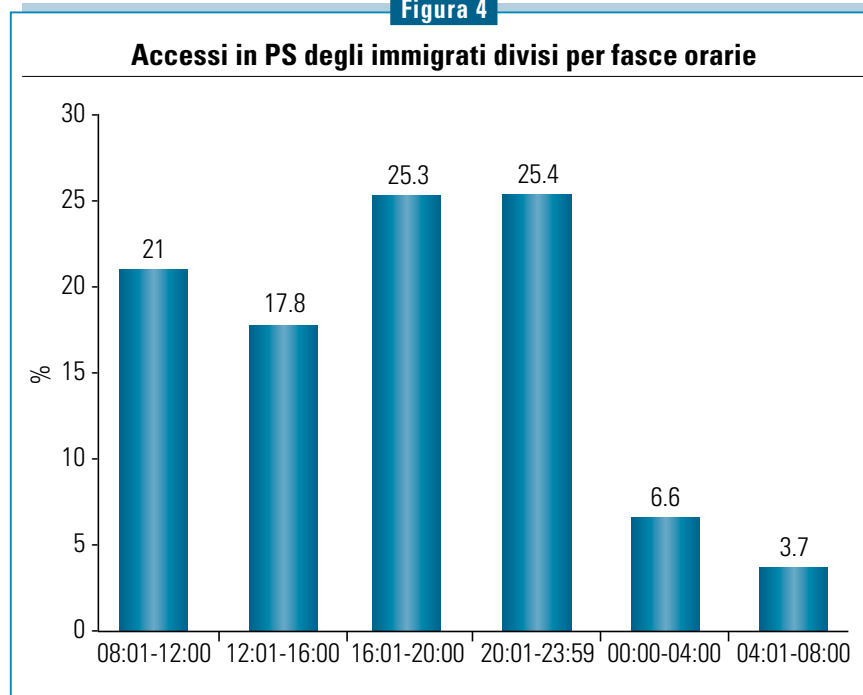


Figura 5

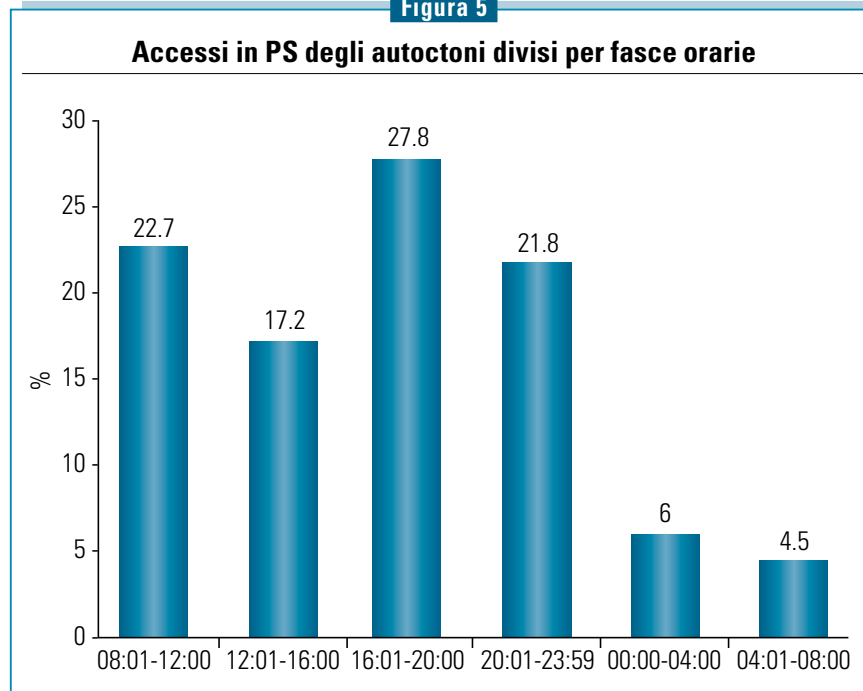
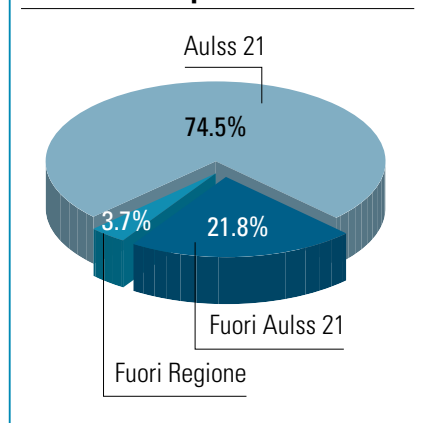


Figura 6

Domicilio e accessi in PS pediatrico



Le patologie più frequentemente riscontrate sono state: febbre e influenza con 1.030 casi (17.3%), infezioni delle alte vie respiratorie con 1.144 casi (19.2%), altre cause sconosciute e non specifiche con 547 casi (9%), dolore addominale con 326 casi (5.4%), allontanamento volontario senza diagnosi con 290 casi (4.9%) e infezioni acute delle basse vie respiratorie con 234 casi (4%).

A seguire si evidenziano accessi più contenuti per nausea e vomito, esantemi virali non specificati, dermatite da cause non specificate, diarrea, traumatismi.

Per quanto riguarda le modalità di dimissione sul totale dei 5.954 accessi, 5.589 (94%) vengono mandati a domicilio, di cui 614 (11%) previa OBI (Osservazione Breve Intensiva), 280 restano ricoverati (4.7%) di cui 79 (29%) previa OBI e 85 (1.3%) vengono trasferiti, di cui 2 (2.3%) previa OBI (tabella 2).

Per finire, dei 5.954 utenti che si

Tabella 2

Modalità di dimissione dal PS

	Previo OBI	Senza OBI
• Domicilio	614	5.589
• Ricovero	79	280
• Trasferito	2	85
• Totale	695	5.954

OBI: Osservazione Breve Intensiva

sono recati in consulenza pediatrica 3.077 (52%) hanno compilato la "scheda di rilevazione degli accessi alla consulenza pediatrica d'urgenza".

Dall'analisi delle schede raccolte sono emerse le seguenti informazioni:

- 63.25%: è venuto di propria iniziativa, senza contattare né il pediatra né la guardia medica;
- 13.24%: era già stato visto dal proprio pediatra, ma i genitori hanno ritenuto comunque di recarsi in PS;
- 13.01%: è stato inviato dal medico curante (Mmg o Pls) o dal Servizio di Continuità Assistenziale o dal 118 in seguito a colloquio telefonico o a visita medica;
- 10.5%: non è stato in grado di contattare il proprio pediatra oppure non era prontamente disponibile alla visita.

Discussione

Per una consuetudine ormai largamente consolidata negli anni, le prestazioni in regime di Pronto soccorso in età pediatrica sono progressivamente aumentate nel tempo, nonostante il territorio sia capillarmente servito dai pediatri di libera scelta.

L'esperienza che ne è seguita è stata molto interessante, perché ha fornito una serie di dati qualitativi e quantitativi, dei quali probabilmente si dovrà tenere conto in futuro, sia nella pediatria di base sia nei reparti pediatrici.

Il questionario somministrato è stato di fondamentale importanza per chiarire le motivazioni che spingono i cittadini a scegliere un servizio di emergenza a libero accesso. Dalla lettura dei dati emerge che la maggior parte degli utenti (63%) si reca in Pronto soccorso pediatrico spontaneamente, per motivazione ritenuta soggettivamente urgente senza parere medico preliminare, con la convinzione di ottenere prestazione migliore in una struttura dotata di potenzialità diagnostica.

Il 10.5% dichiara di non essere stato in grado di contattare il proprio

medico curante, significa che probabilmente non è l'ampiezza di apertura degli ambulatori a fare la differenza, perlomeno nei giorni feriali. Infatti i Pls del territorio dell'Azienda sono 18, quindi qualora attribuissero loro tutti gli accessi dei giorni feriali, potremmo dire che sarebbe sufficiente intercettare un bambino in più al giorno per azzerare gli accessi in PS.

Le patologie di accesso al Pronto soccorso pediatrico riscontrate sono state prevalentemente relative all'apparato respiratorio (23.2% sommando alte/basse vie respiratorie), per il 17.3% febbre e influenza e per il 9% dolore addominale. Dall'analisi delle patologie e dall'esito dell'accesso (il 94% viene rinvitato a domicilio) si deduce che non è la gravità reale della malattia a condurre i genitori in PS, ma la gravità percepita.

È interessante notare come il numero delle visite in PS raggiunge due picchi in orari diurni: uno dalle 08.00 alle 12.00 e uno dalle 16.00 alle 20.00 quando generalmente i bambini sono con i loro genitori e compatibile con le loro abitudini (orari di lavoro, uscita dalle scuole materne, ecc) e non con il tipo di patologia. A tale proposito la percentuale degli accessi in PS nelle fasce orarie 16.00-20.00 e 20.00-24.00 è pari al 50.7% negli immigrati (figura 4) e dei 49.6% negli autoctoni (figura 5).

Conclusioni

Il tema degli accessi non urgenti al Pronto soccorso pediatrico e le sensazioni che essi siano motivati da molteplici ragioni socio-culturali e organizzative viene ampiamente confermato da questo lavoro.

Porsi il problema di migliorare l'uso della risorsa Pronto soccorso, implica ridimensionare i fattori che influenzano il consumismo sanitario ed evitare che problemi non urgenti implicino prestazioni di bassa qualità, non corrispondenti alle aspettative e con costi sproporzionati, ottenendo un'assistenza

sporadica al problema acuto.

I processi normativi in atto negli ultimi anni nel campo delle cure primarie hanno valorizzato il ruolo centrale dei Mmg e dei Pls nella presa in carico dei pazienti, nell'appropriatezza e nelle continuità delle cure. Sono state riconosciute come necessarie in tale logica assistenziale le forme associative. I genitori dei bambini si recano in PS perché ritengono di avere bisogno di cure specialistiche. Recarsi in PS senza passare dall'ambulatorio non significa sfiduciare il proprio Pls, ma compiere una scelta consapevole: scegliere cure aperte al pubblico 24 ore su 24 con possibilità di esami diagnostici.

I dati contenuti nella nostra indagine confermano le necessità di sviluppo delle cure territoriali verso forme associative evolute, linee di indirizzo che ritroviamo in importanti documenti internazionali. Nelle conclusioni di un recente documento dei medici di famiglia britannici "The future direction of General Practice" viene ribadito come "le cure orientate al paziente dovranno essere garantite da team di cure primarie che possano offrire un'ampia gamma di servizi".

Per garantire appropriatezza nel ricorso al PS dobbiamo pensare a un territorio che sappia offrire servizi coordinati multidisciplinari. Questo significa promozione delle forme associative con garanzia di un servizio continuativo nelle ore diurne al di fuori delle visite su appuntamento e presenza diffusa di collaboratori quali infermieri e assistenti sanitari a supporto dell'organizzazione.

"Servizi coordinati" significa anche collegamento coi Mmg, e coi medici del servizio di continuità assistenziale. Il collegamento tra i diversi professionisti territoriali potrà migliorare con sistemi informativi adeguati come la cartella clinica informatizzata in rete. Ma quando si parla di pazienti in età pediatrica non si può prescindere da una adeguata formazione dei medici del territorio che assolvono la continuità assistenziale.

Riportare le cure nel loro ambito più appropriato non è semplicemente un'esigenza organizzativa-economica, ma è anche un'azione di promozione della salute nell'età pediatrica da realizzare nell'ambito territoriale dove prevale un approccio di cura olistico e multidisciplinare e non solo tecnico.

Gli autori dell'articolo ritengono auspicabile, e dunque fondamentale, l'attivazione e la promozione di processi di "rilancio" del territorio come opzione di scelta per gli utenti in alternativa all'ospedale, attraverso una forte presenza dei medici di assistenza primaria come formatori per la tutela della salute del bambino.

Importante è anche la "promozione della fruibilità" attraverso l'attivazione di percorsi per facilitare l'accesso alle strutture sanitarie nell'approccio della medicina transculturale. Le motivazioni di inadeguato uso del Pronto soccorso pediatrico e dell'eccessivo numero di accessi da parte di famiglie extracomunitarie sono da ricercarsi nelle condizioni di vita che spesso si trovano a vivere in Italia: precarietà lavorativa e abitativa, sovraffollamento, disagio sociale, indigenza.

La loro differente percezione della malattia e il loro conseguente allarmismo li spinge verso una struttura aperta 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, con possibilità di eseguire esami strumentali e di laboratorio immediati, senza chiedere permessi di lavoro e soprattutto sicuri che in tale sede si trovi a disposizione un mediatore culturale. Non dimentichiamo la presenza ancora numerosa di minori stranieri irregolari, non inseriti nel Sistema sanitario nazionale, ai quali non è concesso l'accesso ai servizi territoriali, ma solo ai presidi d'urgenza.

Spesso si recano in PS anche per una scarsa continuità con il loro pediatra di base, ascrivibile sia ai loro frequenti spostamenti sia per il loro inadeguato rispetto di orari e giorni di ricevimento ambulatoriale. La comunicazione spesso dif-

ficoltosa potrebbe essere una barriera superabile con la presenza del mediatore culturale (figura introdotta dalla legge n. 40 del 6 marzo 1998). Tale figura agevola le relazioni e i rapporti tra culture, inoltre oltre alla traduzione "linguistica" traduce anche la "cultura di appartenenza" informandoci sulle norme sociali, religione, abitudini alimentari, modelli educativi e comportamentali.

L'incontro tra le culture non è un processo lineare e pacifico, molte possono essere le esitazioni e le incertezze da vincere e superare; la determinazione a realizzare un progetto di alleanza terapeutica e comportamentale finalizzato al benessere del bambino sarà una guida fondamentale.

Ringraziamenti

Si ringrazia Francesco Quaglia del CED Az. ULSS 21 e la Dott.ssa Silvia Zaghi della Scuola di Formazione in Medicina Generale Polo di Verona per l'inserimento dei dati.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. L'osservazione temporanea e breve in Pronto soccorso pediatrico. Consensus Meeting, Trieste, 14-15 ottobre 2005.
- Cataldo F et al. Il bambino immigrato. Attualità e prospettive. Editeam, Cento (FE), 2007.
- Doobin KA, Heidit-Davis Pe, Gross TK et al. Non urgent pediatric emergency department visits: Care-seeking behavior and parental knowledge of insurance. *Pediatric Emerg Care* 2003; 19: 10-4.
- Gruppi di Cure Primarie e Unità di Medicina Generale in Piemonte. Sviluppare integrazione nell'area delle cure primarie piemontesi. Obiettivi problemi metodi tempi. In Bernabè S, Giustetto G, Nejrrotti M. La medicina di gruppo di Pianezza.
- Pecile P, Pittini C, Pusioli A et al. Indagine regionale sull'accesso al pronto soccorso pediatrico. Clinica Pediatrica - Policlinico Universitario. Facoltà di Medicina e Chirurgia, Udine.
- Ruggero M. Etnopediatria oggi. Problematiche e modelli di indagine. Università degli Studi di Genova. Il Mondodomani, 2004.
- Sisto ML. Il bambino immigrato. Asl di Chieti.
- Trillò ME, Morrone A, Geraci S. Il bambino straniero e il pediatra. In Morrone A. Salute e società multiculturali. Cortina, Milano, 1995.
- Woolfenden S, Ritchie J, Hanson R et al. Parental use of a paediatric emergency department a san ambulatori care service. *Aust NZJ Public Health* 2000; 24: 204-6.