



Accessi inappropriati in Pronto Soccorso: il ruolo della Medicina Generale. Studio osservazionale nella provincia di Piacenza

Inappropriate access to the Emergency Room: the role of General Medicine. Observational study in the province of Piacenza

Daniela Petraglia¹, Mariacristina Arbasi¹, Matteo Carusone¹, Mauro Moretto¹, Elena Quarantelli¹, Marco Cupardo²

¹SIMG Piacenza; ²SIMG segretario regione Emilia Romagna

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Accessi inappropriati in Pronto Soccorso: il ruolo della Medicina Generale. studio osservazionale nella provincia di Piacenza Rivista SIMG 2025; 32 (03):30-32.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

ABSTRACT Obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'inappropriatezza degli accessi al Pronto Soccorso (PS) e ai Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) nella provincia di Piacenza superando il limitante riferimento al solo codice di triage e analizzando l'efficacia della Medicina Generale (MG) come filtro di accesso a tali servizi. Sono stati raccolti 300 accessi a PS/CAU riferiti alla popolazione assistita da quattro MMG in un periodo di 77 giorni. I risultati mostrano che il 51% degli accessi è stato giudicato inappropriato, con l'87% avvenuto su iniziativa autonoma del paziente, spesso senza alcun contatto con il curante. Nei casi in cui il MMG è stato coinvolto, l'appropriatezza dell'accesso sale al 79%. Lo studio suggerisce che il mancato ricorso da parte del paziente al filtro medico, più che una presunta inefficienza della MG, sia un fattore determinante per l'affollamento improprio dei PS.

The aim of the study was to evaluate the inappropriateness of access to the Emergency Department (ED) and to the Assistance and Urgency Centers (CAU) in the province of Piacenza, overcoming the limiting reference to the triage code alone and analyzing the effectiveness of General Medicine (GM) as an access filter to these services. 300 accesses to ED/CAU were collected, referring to the population assisted by four GPs in a period of 77 days. The results show that 51% of access was judged inappropriate, with 87% occurring by the patient's own initiative, often without any contact with GP. In cases where the GP was involved, the appropriateness of the access rose to 79%. The study suggests that, rather than a supposed inefficiency of GP, it may be a patient's habit to not involve the gate-keeper prior to access the ED.

Parole chiave/Key words: accessi in Pronto Soccorso, inappropriatezza, Medicina Generale.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, l'aumento degli accessi ai Pronto Soccorso (PS), soprattutto per codici triage "bianco" e "verde", ha destato crescente attenzione, anche a causa della carenza di personale sanitario. Spesso la Medicina Generale (MG) viene indicata come corresponsabile di questo fenomeno, con istituzioni e media che invocano riforme strutturali del territorio. L'Accordo Collettivo Nazionale per la MG sembra evidenziare la necessità di percorsi alternativi e di una gestione territoriale più efficace nel ridurre gli accessi inappropriati al PS. È tuttavia opportuno analizzare se tali accessi siano realmente frutto di mancanze della MG oppure di comportamenti inappropriati da parte dell'utenza e/o di una mancanza di strumenti e percorsi dedicati per le prestazioni non differibili offerti alla MG.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

- Quantificare l'inappropriatezza degli accessi in PS non sulla base del codice triage, ma considerando la possibilità alternativa di gestione territoriale della problematica.
- Valutare la quota di accessi avvenuti senza contatto preventivo con il MMG.
- Quantificare l'efficacia della MG come filtro per la gestione delle acuzie non urgenti.

METODI

Studio osservazionale descrittivo condotto su un campione di 300 accessi in PS/CAU riferiti alla popolazione assistita da quattro MMG della provincia di Piacenza. Ogni MMG ha compilato una scheda per ogni accesso, includendo:

- Modalità di accesso (autonomo / indicazione del

Tabella 1 - Numero assoluto e percentuale di accessi a PS o CAU dopo valutazione del MMG

	Numero Casi	Accessi %
Accessi in PS e CAU dopo consultazione con MMG	43	100
Accessi decisione autonoma del pz dopo gestione MMG	22	51,2
Accessi su invio del MMG dopo valutazione	21	48,8

MMG / indicazione di altro medico)

- Contatto con il curante (sì / no / mancata risposta)
- Codice triage di accesso e dimissione
- Giudizio di appropriatezza secondo il quesito: "Questo caso poteva essere gestito in MG in tempi adeguati?"

I dati sono stati analizzati con calcolo di frequenze e percentuali.

RISULTATI

Dei 300 accessi totali a PS e CAU, il 51% (n= 154) è stato giudicato inappropriato (Figura 1).

L'87% (n= 261) degli accessi totali è avvenuto per iniziativa autonoma del paziente (Figura 2), di cui il 90% (n= 235) non aveva preventivamente contattato il MMG.

Il rimanente 13% era stato inviato dal MMG (n=21, 7%) o da specialista (n=18, 6%). Solo il 14% dei pazienti che si sono rivolti al PS (n= 43) aveva contattato il curante preventivamente.

Di questi 43 il MMG, dopo valutazione ne aveva inviati in Ps 21 (48,8%) e ne aveva gestiti autonomamente 22 (51,2%) ma questi avevano comunque successivamente effettuato un accesso autonomo in PS

(eccessiva attesa per accertamenti richiesti? mancato beneficio? peggioramento del quadro clinico?) (Tabella 1)

Nel gruppo degli accessi per autonoma iniziativa e senza aver contattato il MMG, il 57% (n= 143) è stato ritenuto inappropriato (Figura 3). Tra i pazienti che si sono rivolti autonomamente al P.S., nonostante avessero ricevuto una risposta clinica da parte del proprio MMG, il 41% (n = 9) è stato ritenuto inappropriato. (Figura 4).

Tra i pazienti che avevano avuto un precedente contatto con il MMG, l'appropriatezza era del 79% (n= 34).

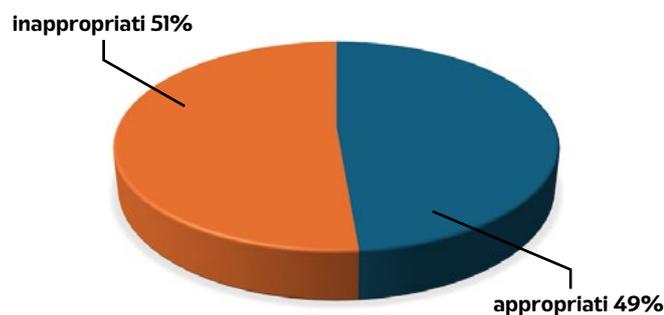


Figura 1 - Percentuale di casi appropriati e inappropriati sul totale (n= 300) di accessi a PS e CAU

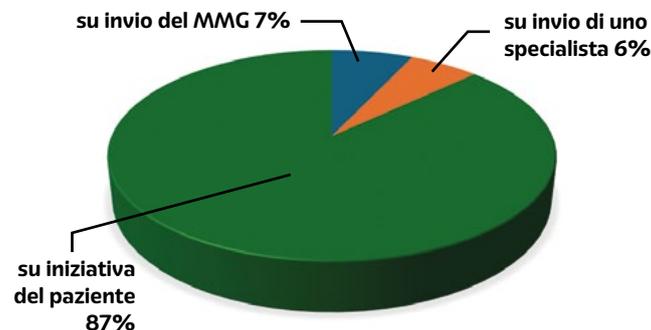


Figura 2 - Tipologia di accesso in Pronto Soccorso o CAU

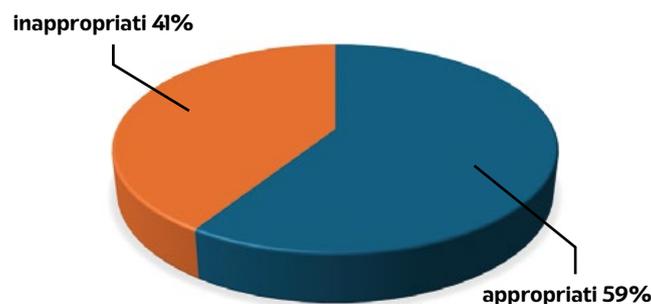
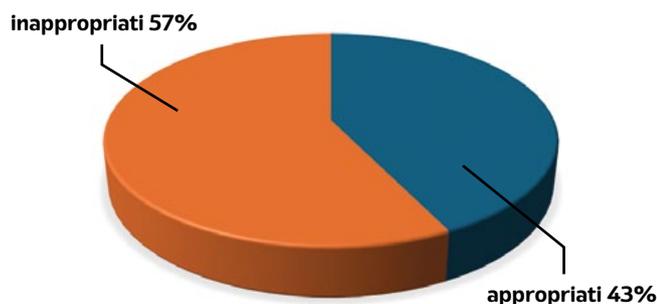


Figura 3 e 4 - Percentuale di accessi a PS o CAU appropriati e non, rispettivamente nel sottogruppo di pazienti che non hanno contattato il proprio curante e in quelli che avevano già ottenuto risposta da parte del proprio curante

Gli accessi in codice bianco/verde rappresentano il 67% (n= 200) degli accessi totali (**Figura 5**), e tra questi la percentuale di accessi su autonoma iniziativa del paziente era del 90% (n= 180), a fronte di un 51% (n=102) di casi realmente inappropriati secondo il giudizio clinico a posteriori.

Gli accessi autonomi per mancata risposta da parte del MMG entro il tempo di ingresso in PS erano il 2% (n= 6) del totale (**Figura 6**): di questi 3 casi su 5 sono stati processati con codici maggiori (un codice rosso, un codice azzurro e un codice arancione), a suggerire acuzie tempo-dipendenti.

DISCUSSIONE

I risultati evidenziano come l'inappropriatezza non coincida necessariamente con il codice triage ma sia soprattutto dovuta al mancato coinvolgimento del MMG da parte del paziente.

Quando quest'ultimo interviene come filtro, l'accesso al PS risulta più spesso giustificato. Il dato più rilevante è che

oltre il 50% degli accessi potrebbe essere evitato attraverso un contatto preventivo con la MG e una gestione territoriale del caso; contatto che attualmente l'84% di tutti i pazienti che accedono a PS e CAU bypassa.

LIMITI DELLO STUDIO

- Campione ridotto;
- Possibile bias di conferma nel giudizio di appropriatezza dato dal curante stesso;
- Inclusione dei CAU, sebbene formalmente parte della MG, per garantire coerenza con la pratica clinica reale locale.

CONCLUSIONI

Lo studio mostra come la maggior parte degli accessi inappropriati ai PS siano dovuti all'assenza di filtro medico per scelta del paziente più che a una reale inefficienza della Medicina Generale, che invece quando coinvolta è in grado di esercitare un'efficace funzione di filtro riducendo gli accessi inappropriati. Interventi orien-

tati a responsabilizzare l'utenza sono essenziali per ridurre l'abuso dei servizi di emergenza.

Emerge dal presente studio come la difficoltà ad avere risposta immediata da parte del curante (ossia i casi di mancata risposta entro il tempo di ingresso in PS) sia responsabile solo di una irrisoria parte degli accessi "autonomi", con un'alta prevalenza di codici maggiori per acuzie tempo dipendenti: l'assenza o difficoltà di contatto del MMG è quindi un "falso problema".

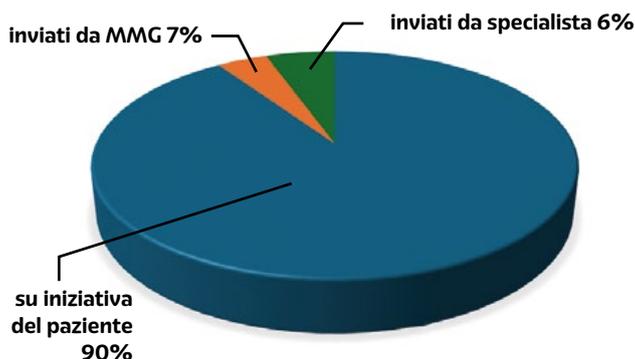


Figura 5 - Tipologia di invio in PS nel sottogruppo dei casi cui è stato attribuito codice bianco o verde in triage.

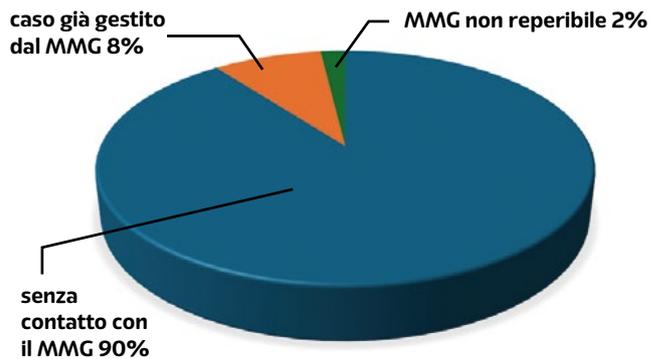


Figura 6 - Tipologia di invio nel sottogruppo di pazienti con accesso a PS e CAU su propria iniziativa.