

# Il paziente non urgente (codice bianco) e il Pronto Soccorso

## Caratteristiche demografiche, relazione con le cure primarie e sperimentazione gestionale in collaborazione con i medici di Medicina Generale

Stefano Rocco\*, Massimo Fusello\*\*

\*UU.OO. Pronto Soccorso, AUSL 12 veneziana

\*\*UU.OO. Pronto Soccorso, Direzione Servizi Sociali, AUSL 12 veneziana

### SINTESI

*Un numero sempre maggiore di utenti ricorre al Pronto Soccorso per problemi più o meno gravi, con ricadute pesanti a livello di qualità dei servizi. I pazienti non urgenti classificati come codice bianco (CB) sono una causa potenzialmente evitabile di sovraccollamento se si procede a un razionale decentramento dell'utenza e a un maggiore coinvolgimento della Medicina nel territorio. Con il presente studio abbiamo analizzato le motivazioni che inducono i pazienti (CB) di un'area urbana a rivolgersi al PS. Successivamente abbiamo analizzato la gestione di un gruppo di medici di famiglia (MMG) che ha assistito*

*in un ambulatorio separato del PS, collegato al triage del PS, i pazienti CB. La gestione dei MMG è risultata soddisfacente per quanto riguarda tempi di attesa, percentuale di abbandono dei pazienti senza essere visitati, dimissioni improprie. Più carente è apparsa l'autonomia gestionale, con frequente ricorso alla visita specialistica urgente. In conclusione, il coinvolgimento dei MMG potrà essere un correttivo di sicura efficacia se si procederà parallelamente anche a un processo formativo e alla stesura di protocolli condivisi fra professionisti che operano nel territorio e in ambito ospedaliero.*

Negli ultimi anni si è assistito a un profondo e radicale cambiamento nella gestione e organizzazione del Pronto Soccorso (PS). La progressiva prevalenza di patologie croniche, la maggiore richiesta di salute e il contemporaneo diffondersi di una mentalità difensivista da parte dei medici hanno avuto un impatto dirompente sull'interfaccia cittadino-struttura ospedaliera che ha avuto nel PS il punto di maggiore collisione<sup>1-5</sup>. Infatti sempre più utenti hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso per la soluzione di problemi di maggiore o minore gravità, valutati simmetricamente da un punto di vista medico come appropriati e non appropriati. La definizione di appropriatezza del ricorso al PS rimane tuttora improntata a caratteri di soggettività<sup>6-8</sup>, pertanto al concetto di appropriatezza si è preferito il termine di urgenza o non urgenza, non mettendo in discussione la necessità reale o percepita dell'interven-

to medico, ma i tempi e le modalità con i quali questo deve essere erogato al cittadino. Il concetto di non urgenza o di differibilità, inoltre, è maggiormente applicabile al *triage*, uno strumento di gestione fondamentale e l'attuale correttivo più efficace contro le gravi e talora tragiche conseguenze provocate dal sovraccollamento<sup>9</sup>. Il *triage* di PS, basato sull'associazione codice colore/priorità<sup>10,11</sup>, per essere completamente efficace in presenza di grossa affluenza, presuppone non solo l'osservanza di un criterio di temporalità, ma anche un concetto di flessibilità di risposta del sistema prevedendo logistica e percorsi diagnostici differenziati in base alle priorità e necessità di trattamento dei pazienti. In questa ottica, a causa della loro notevole consistenza numerica i codici bianchi (CB), una categoria eterogenea di pazienti accomunati da un'assenza di priorità di visita o addirittura candidati a un rinvio presso il curante,

hanno costituito da sempre un problema organizzativo complesso. La loro incidenza stimata attorno al 20-40%<sup>2-4</sup>, ma che secondo alcuni sistemi di *triage* potrebbe anche superare il 50%, e soprattutto la loro "prevalenza" nelle liste, e quindi nelle sale di attesa, ha richiesto ovunque sforzi e soluzioni organizzative alternative al semplice criterio temporale. Una prassi applicata nella gestione dei CB è la gestione "intraospedaliera", con l'istituzione di un ambulatorio dedicato e l'organizzazione di percorsi alternativi di gestione "Fast Track". Tale modello<sup>12</sup>, che ha molte probabilità di successo in termini di *customer satisfaction*, potrebbe indurre paradossalmente un'ulteriore domanda di prestazioni differibili, non crea una vera cultura medica diffusa, delegando *in toto* la gestione del piccolo traumatismo o di semplici problemi medici allo specialista a scapito della cura primaria rappresentata in prima istanza, nel nostro sistema sanitario, dal medico di Medicina Generale (MG). Inoltre, da un punto di vista organizzativo e in un'ottica di *umanizzazione* delle strutture sanitarie, bisognerebbe provvedere a spazi di attesa e strutture differenziati in quanto i cosiddetti CB "a rapida gestione" rischiano paradossalmente di essere presi in carico prima di pazienti realmente sofferenti. Soluzioni differenti sono state prese in considerazione a seconda delle dimensioni e dell'efficacia dei vari PS, dei contesti ospedalieri in cui sono inseriti e delle strategie aziendali<sup>13</sup>.

Un'altra possibile soluzione, proposta dall'AUSL 12 oggetto della presente sperimentazione, oltre alla diversificazione dell'utenza e al decentramento dei pazienti definiti CB in spazi separati dal PS, è stata la proposta di una loro gestione da parte di medici di Medicina Generale (MMG); tale collaborazione si è ottenuta mediante uno specifico patto aziendale. La scelta dei MMG è stata formulata sulla considerazione che tali figure professionali, dotate di competenze mediche trasversali, possano più facilmente interfacciarsi con questa tipologia di pazienti e siano maggiormente in grado di verificare se sia possibile intercettare tale utenza già a livello di cura primaria. Nello specifico, scopi della sperimentazione sono stati quantificare e analizzare l'entità del fenomeno e verificare le motivazioni per cui i CB si rivolgono al PS e, contemporaneamente, analizzare la gestione da parte dei MMG secondo specifici indicatori, infine, dall'esame di questi dati considerare possibili nuove strategie di gestione di questi pazienti.

### Popolazione e metodi

La sperimentazione che prevede il coinvolgimento dei MMG nell'assistenza ai pazienti CB è avvenuta nel marzo 2007, presso l'Ospedale Umberto I (Mestre-Ve-

nezia), bacino di utenza di circa 200.000 abitanti, in un ambulatorio predisposto, fisicamente separato dagli ambulatori di PS. La sua piena fase attuativa è iniziata il 1° aprile 2007, mentre il sistema è stato considerato a regime a partire dal 1° giugno 2007. L'attività ambulatoriale veniva svolta su un turno h 8-20, tutti i giorni inclusi i festivi. I medici che svolgevano attività ambulatoriale erano stati reclutati fra i MMG e i medici di Continuità Assistenziale, contattati dall'AUSL, che si erano resi disponibili al progetto e che sono stati avviati a un breve percorso formativo sulla gestione clinica e l'utilizzo degli strumenti informatici dedicati. Ai pazienti afferenti all'ambulatorio veniva attribuito un CB in base al *triage* attualmente operativo presso il PS dell'Ospedale Umberto I. La gestione informatica dei pazienti si è avvalsa di *software* dedicati e, in particolare, del sistema Aurora-Web (SIEMENS), sono stati valutati i dati relativi al periodo dal 1° giugno 2007 al 29 febbraio 2008. A 1380 pazienti afferenti all'ambulatorio è stato somministrato un questionario, predisposto dal Dipartimento Servizi Sociali AUSL 12, redatto su un foglio excel-Microsoft sulle motivazioni per cui si rivolgevano al PS anziché al medico curante. In base alle risposte ottenute, a successivi 420 pazienti è stato somministrato un secondo questionario per indagare ulteriormente le motivazioni di ricorso all'ambulatorio.

I dati sono stati elaborati con un corrente *software* commerciale (NCSS) e sono stati espressi come numero o percentuale, ove considerata la popolazione totale, come media e limiti di confidenza (LC) al 5-95%, se riferiti a una media campionaria, come media  $\pm$  DS negli altri casi.

### Risultati

#### Analisi delle motivazioni di accesso al Pronto Soccorso dei pazienti valutati CB

Si sono ottenute 1242 risposte di cui si danno i risultati nella Tabella 1. Data la prevalenza di risposte che indicavano che il paziente non cercava il medico curante, abbiamo indagato, in un successivo campione, le ragioni più frequenti per cui i pazienti non si rivolgevano in prima istanza al medico curante. I risultati dell'indagine sono esposti nelle Tabelle 2 e 3.

Valutando nell'insieme i dati dei due questionari, emerge che in una percentuale considerevole i pazienti non-urgenti si rivolgono alle strutture di PS come scelta consapevole piuttosto che ultima risorsa disponibile anche durante le ore diurne o di apertura dei singoli ambulatori. La percentuale di cittadini di origine straniera che si sono rivolti all'ambulatorio CB risulta pari al 27% dell'utenza totale dei CB.

### Analisi dei flussi di utenza e caratteristiche socio-demografiche

Nel periodo giugno 2007-febbraio 2008 sono stati inviati presso l'ambulatorio CB 10.656 pazienti, di questi, 1345 pazienti, corrispondenti al 12,7% degli accessi, si sono allontanati spontaneamente dall'ambulatorio prima di essere visitati (PNV). Sono state effettuate quindi 9311 visite presso l'ambulatorio. Un numero di pazienti pari a 8708 ha completato l'iter diagnostico con regolare diagnosi di dimissione, 593 pazienti (6,3%) hanno abbandonato l'ambulatorio prima della consegna della diagnosi definitiva. Mediamente i pazienti visitati all'ambulatorio CB sono stati  $34,7 \pm 1,3$  die.

La percentuale di pazienti visti all'ambulatorio CB rispetto la totalità dei pazienti afferenti al PS è risultata pari al  $18,1 \pm 0,1\%$ . I flussi si sono dimostrati relativamente stabili nel tempo con modesta ma significativa flessione nel periodo settembre-novembre, la percentuale di pazienti registrati come CB rispetto la totalità di accessi al PS è rimasta comunque inalterata (Tabella 4).

I PNV 12,7% costituiscono una percentuale significativamente superiore rispetto ai pazienti che abbandonano le altre aree del PS, che sono pari al 7,4%. Mediamente nell'ambulatorio vengono visti 3 pazienti all'ora. Il carico di lavoro non è uniforme per tutte le ore della giornata a causa della diversa afferenza, come mostrato nella Tabella 5. I pazienti afferenti all'ambulatorio sono in leggera prevalenza di sesso maschile (54%) e hanno un'età compresa fra i 20 e i 50 anni, come si vede in Tabella 6.

### Analisi Gestione Clinica

L'inappropriatezza di invio all'ambulatorio CB è stata sostanzialmente trascurabile, infatti solo per una percentuale molto modesta di pazienti si è reso necessario un ricovero di urgenza o un rinvio al PS per trattamenti urgenti. Il numero di casi registrati (53) è inferiore all'1%. I tempi di attesa sono stati sostanzialmente contenuti, il 50% dei pazienti è stato visto entro 30 minuti dall'arrivo in PS, il 28% entro 60 minuti, il 18% entro 120 minuti. Tempi di attesa superiori alle 2 ore si sono registrati solo per il 4% degli utenti. Per pazienti con richieste radiologiche e/o consulenze il tempo di gestione è pari al tempo di attesa addizionato mediamente di 60-120 minuti.

La patologia afferente è stata divisa in 5 tipologie affini per caratteristiche gestionali:

1. PMS, problemi specifici medico-chirurgici riferiti a singola patologia di organo o apparato (problemi oculistici, odontoiatrici, ginecologici);
2. PMG, problemi medico-chirurgici a carattere generale;

3. Trauma: trauma minore, inclusi morsi di animali e medicazioni;
4. ORL, infezioni alte e basse vie respiratorie e patologia otoiatrica;
5. Pediatriche, pazienti in età pediatrica eccettuati i traumi.

Dalla nostra analisi i problemi specifici di organo sono stati la patologia prevalente seguita dai problemi medico-chirurgici a carattere generale, mentre l'utenza in età pediatrica è risultata relativamente bassa. I problemi di pertinenza otorinolaringoiatrica sono stati trattati a parte, data la loro diffusa prevalenza negli accessi di PS e la loro diversificazione nella gestione delle problematiche (Figura 1).

La gestione dei pazienti è stata molto differente in base alle caratteristiche individuali di ciascun medico e in base alla tipologia della patologia di accesso. Il ricorso alla consulenza specialistica, registrato per il 49% dei pazienti con CB, è stato preponderante nei casi di patologia specifica di organo o apparato e anche l'invio presso il pediatra e/o altri specialisti è stata pratica prevalente per i pazienti sotto i 12 anni e pratica quasi esclusiva sotto il primo anno di età. Le consulenze hanno avuto variazioni anche di carattere stagionale, come mostrato dalla Figura 2. Maggiori differenze fra singoli medici sono state evidenziate per gli altri tre tipi di patologia, in particolare nel caso di pazienti di possibile pertinenza ORL o nella gestione del trauma minore, come riassunto in Figura 3. Le richieste radiologiche sono state 472 (11,9% dei CB), nella maggioranza dei casi per patologia traumatica, e si è trattato quasi esclusivamente di radiografie standard. Molto più contenuta la richiesta di indagini bioumorali, soprattutto test di gravidanza, esame urine ed eccezionalmente emocromo, per un numero complessivo di 48 richieste, pari allo 0,9%

### Discussione

Il problema del sovraffollamento del PS è in rapida e talora incontrollabile diffusione, presente in tutti i paesi industrializzati<sup>1-7</sup>, non esente da conseguenze talora molto gravi<sup>9</sup>. Il ricorso al PS da parte di pazienti non urgenti, stimata, fra il 20-40% (24,9% secondo dati SIMEU)<sup>2</sup>, è una delle cause principali e in teoria potenzialmente evitabili di sovraffollamento. I dati ottenuti nel PS di Mestre sono in asse rispetto alla realtà nazionale, infatti, oltre ai pazienti visti nell'ambulatorio CB (18%), dobbiamo aggiungere un altro 5% di CB che si presentato in PS quando l'ambulatorio non era disponibile.

La maggioranza di questi pazienti si presentava direttamente presso il PS, non prendendo neppure in considerazione la possibilità di essere trattati dal proprio cu-

TAB. 1

Motivazioni per cui il paziente si è rivolto al Pronto Soccorso anziché al curante.

N. pazienti (1242)	%	Motivo
797	64,2	Non cercato il medico curante
163	13,2	Non ha il medico curante
85	6,8	Non soddisfatto della diagnosi del curante
70	5,6	Incongruenza fra orario ambulatorio curante e insorgenza del problema
56	4,5	Inviato dal medico curante
71	5,7	Altro

TAB. 3

Motivi per cui i pazienti non avevano a disposizione il medico curante per il problema attuale.

N. pazienti (75 su 420)	%	Non ha il medico curante
32	42,6	Perché si trova temporaneamente in zona diversa dalla propria residenza (viaggio, lavoro ecc.)
43	57,4	Perché non assistito SSN

rante. Tali dati sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli ottenuti in uno studio multicentrico (EMPATH) condotto negli USA<sup>14</sup>, dove per i pazienti non urgenti, nella maggioranza dei casi, la scelta di rivolgersi in prima istanza al PS sembra un'opzione consapevole piuttosto che una "ultima risorsa disponibile" per la soluzione del proprio problema. Analoghi risultati sono stati registrati anche in Canada o in altre nazioni provviste di un sistema sanitario nazionale<sup>15-17</sup>. Se la propensione a prediligere il ricorso al PS da parte di una quota considerevole di pazienti sembra un dato abbastanza riproducibile nelle diverse realtà, l'interpretazione del fenomeno non è univoca. Fra le spiegazioni ipotizzate sono da registrare una errata percezione del proprio problema di salute, una parziale disaffezione o una diminuita fiducia nei confronti del curante, una migliore accessibilità ai servizi di emergenza rispetto all'ambulatorio del proprio medico, un maggiore accesso a un approfondimento diagnostico. Ancora più complesse ap-

TAB. 2

Motivi per cui i pazienti non cercavano il proprio medico curante.

N. pazienti (280 su 420)	%	Non cercato il medico curante
209	74,6	Perché l'attuale problema richiede valutazione in PS
47	16,7	Perché fuori orario di reperibilità e ambulatorio
24	8,7	Perché già inviato dal medico curante per analogo problema

paiono le risposte concrete da dare a tale fenomeno, ma sussiste un generale consenso nell'indicare che tale tendenza va scoraggiata piuttosto che favorita<sup>18</sup>. In tal senso il miglioramento dell'efficienza di gestione di questi pazienti all'interno del PS, non controbilanciato da un contestuale intervento a livello del territorio, rischia di innescare una maggior domanda di prestazioni inappropriate di PS e finisce per convogliare sempre di più l'utenza verso le strutture ospedaliere a scapito dell'assistenza di base. I correttivi possibili vanno piuttosto cercati in soluzioni alternative<sup>3,19,20</sup>. Il coinvolgimento dei medici di famiglia nella soluzione di tali problematiche rientra fra i gli interventi più razionali e in questo senso si è strutturata l'iniziativa della nostra AUSL. Riguardo alla capacità gestionale dei MMG coinvolti nel progetto nel condurre l'attività ambulatoriale, abbiamo tenuto necessariamente conto degli indicatori di gestione comunemente usati nella valutazione di attività di PS, quali: 1) il tempo di attesa, 2) la percentuale di pazienti che lasciano l'ambulatorio senza essere visitati (PNV), 3) le dimissioni improprie. Altri indicatori di gestione, come il tempo globale di permanenza in PS, la percentuale e appropriatezza di ricovero, l'attesa del ricovero, non sono applicabili a questo ambulatorio. Tutti questi indicatori sono risultati soddisfacenti. Infatti i tempi di attesa sono risultati molto contenuti, con l'80% dei pazienti visti entro un'ora. La percentuale di PNV si aggira attorno al 12% rispetto a una percentuale media del 5-8% riferita generalmente ai Servizi di PS<sup>21,22</sup> e a una media dell'8% riferita al PS di Mestre. Una quota notevole di abbandoni è dovuta all'obbligatorietà del pagamento del ticket piuttosto che per insofferenza verso i tempi di attesa, la più comune causa di abbandono del PS da parte dell'utente. Inoltre, si è dimostrato che i pazienti con codici di priorità bassa hanno una maggiore tendenza rispetto

TAB. 4

Media giornaliera (media  $\pm$  ES) dei pazienti visitati presso l'ambulatorio CB, dei pazienti che si allontanano prima della visita (PNV) inviati all'ambulatorio CB e della percentuale di tale pazienti rispetto alla totalità degli accessi in PS nelle 24 ore (% 24h) e nelle ore diurne, quando è aperto l'ambulatorio (% 8-20).

	Totale	Visitati	Allontanati	% (24 h)	% (8-20)
Giugno	41,1 $\pm$ 1,3	37,4 $\pm$ 1,9	3,2 $\pm$ 0,3	17 $\pm$ 1	23 $\pm$ 1
Luglio	41,7 $\pm$ 1,6	36,9 $\pm$ 2,2	4,7 $\pm$ 0,5	19 $\pm$ 1	24 $\pm$ 1
Agosto	44,2 $\pm$ 2,1	38,3 $\pm$ 2,8	5,8 $\pm$ 1,1	20 $\pm$ 2	26 $\pm$ 2
Settembre	36,7 $\pm$ 1,8	31,9 $\pm$ 1,9	4,8 $\pm$ 0,9	17 $\pm$ 1	22 $\pm$ 2
Ottobre	37,8 $\pm$ 1,7	32,7 $\pm$ 2,4	5,0 $\pm$ 0,6	18 $\pm$ 1	23 $\pm$ 2
Novembre	36,1 $\pm$ 2,1	31,1 $\pm$ 1,9	5,5 $\pm$ 1,2	18 $\pm$ 2	23 $\pm$ 2
Dicembre	39,1 $\pm$ 1,5	34,4 $\pm$ 1,2	5,1 $\pm$ 1,5	19 $\pm$ 1	25 $\pm$ 3
Gennaio	41,2 $\pm$ 1,8	35,6 $\pm$ 1,7	6,7 $\pm$ 0,8	19 $\pm$ 2	25 $\pm$ 2
Febbraio	42,5 $\pm$ 1,6	36,3 $\pm$ 1,7	6,0 $\pm$ 1,6	20 $\pm$ 3	25 $\pm$ 2

TAB. 5

Percentuale di accessi all'ambulatorio CB in base alla fascia oraria.

Ora	% giornaliera (LC 5-95%)
8-10	28,8 (26,4-31,2)
10-12	21,8 (19,6-24,0)
12-14	14,1 (12,5-15,7)
14-16	13,6 (12,8-14,4)
16-18	12,8 (11,3-14,2)
18-20	8,7 (6,0-11,4)

al totale ad abbandonare il PS<sup>21</sup>. L'allontanamento spontaneo senza visita costituisce un problema medico e sociale<sup>22</sup> perché potrebbe esporre il paziente a rischi per la propria salute, con l'aggravante che della rinuncia alla visita è responsabile l'inefficienza del sistema nella maggioranza dei casi. Per quanto riguarda l'ambulatorio, nella presente esperienza non sono state registrate né dimissioni improprie né allontanamenti spontanei con conseguenze pericolose per la salute o la vita del paziente.

L'autonomia gestionale dei MMG nei confronti dei pazienti CB è un argomento di particolare rilevanza. Il ricorso a consulenze specialistiche "urgenti", se pur notevolmente variabile per ogni singolo medico è stato comunque molto utilizzato, infatti circa il 49% dei soggetti che si presentavano all'ambulatorio CB ne ha

TAB. 6

Età dei pazienti CB espresse in percentuale per decade, età media 41,3 anni (LC 5-95%; 31, 1-51,2 anni).

Anni	% (LC 5-95%)
0-10	5,3 (4,4-6,2)
11-20	6,8 (5,6-7,0)
21-30	20,0 (18,5-21,5)
31-40	19,3 (17,4-21,2)
41-50	16,0 (13,3-18,7)
51-60	9,6 (6,0-12,2)
61-70	9,4 (7,0-11,8)
71-80	9,5 (6,0-13,0)
81-90	4,6 (3,8-5,4)

usufruito. Tale richiesta risultava, inoltre, sperequata rispetto al numero di urgenze effettive registrate dallo specialista. Tale problematica rappresenta uno dei punti più critici nella valutazione dell'attività di PS e, soprattutto, di questa attività ambulatoriale destinata per definizione a pazienti non urgenti con prestazioni deferibili. Generalmente, infatti, la richiesta di consulenza specialistica urgente è implicitamente un indicatore di proprietà dell'accesso e conferma al paziente l'idea che la soluzione di rivolgersi direttamente al PS è stata effettivamente la più adeguata. L'invio urgente presso lo specialista, più che rispondere a criteri strettamente

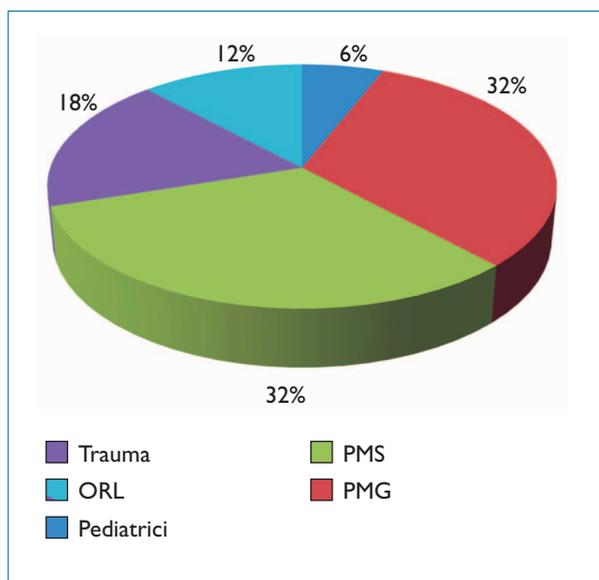


Fig. 1 - Il grafico indica le principali tipologie di patologie afferenti all'ambulatorio CB espresse in percentuale. PMS: problemi specifici medico-chirurgici riferiti a singola patologia di organo o apparato (problemi oculistici, odontoiatrici, ginecologici); PMG: problemi medico-chirurgici a carattere generale; Trauma: trauma minore, inclusi morsi di animali e medicazioni; ORL: infezioni alte e basse vie respiratorie e patologia otiatria; Pediatrici: pazienti in età pediatrica eccettuati i traumi.

clinici, finisce per soddisfare molti fattori di carattere più tipicamente sociale, culturale o psicologico. La mancanza di un rapporto continuativo e fiduciale con il paziente, prerogativa esclusiva del medico curante, inducono il medico di PS a effettuare indagini e consu-

lenze ad ampio raggio sia a scopo difensivistico, sia per inadeguata conoscenza del paziente, della sua storia clinica e delle reali risorse offerte dal suo contesto socio-ambientale. Particolare rilevanza ha, infine, l'aspetto formativo e culturale dei medici "generici", ma tale problema sussiste anche per gli stessi specialisti in Medicina Interna o Chirurgia Generale, venendo registrate spesso difficoltà nel gestire problematiche anche semplici in ambito specialistico.

Per favorire una gestione autonoma dei pazienti da parte dei medici che si occupano di un'utenza non selezionata, sarebbe importante un processo formativo completo e articolato che abbia come prodotto finale la stesura di protocolli condivisi per la gestione delle singole problematiche, in modo da creare una richiesta più clinicamente appropriata di consulenza urgente in ambito specialistico.

In conclusione, i nostri dati confermano che il coinvolgimento della medicina nel territorio sia uno dei possibili correttivi al sovraccollamento del PS. Tale collaborazione diventerebbe ancora più proficua dotando il medico di Medicina Generale che la gestisce di un percorso formativo adeguato, di protocolli condivisi e di strumenti tecnici che lo mettono in grado di svolgere con maggiore autonomia il proprio lavoro.

Infine, lo studio presente suggerisce una strategia a lungo termine, che, avvalendosi di esperienze acquisite a livello locale come la presente, trovi un coordinamento a livello nazionale per coinvolgere gli aspetti formativi istituzionali e gli indirizzi di gestione delle risorse mediche.

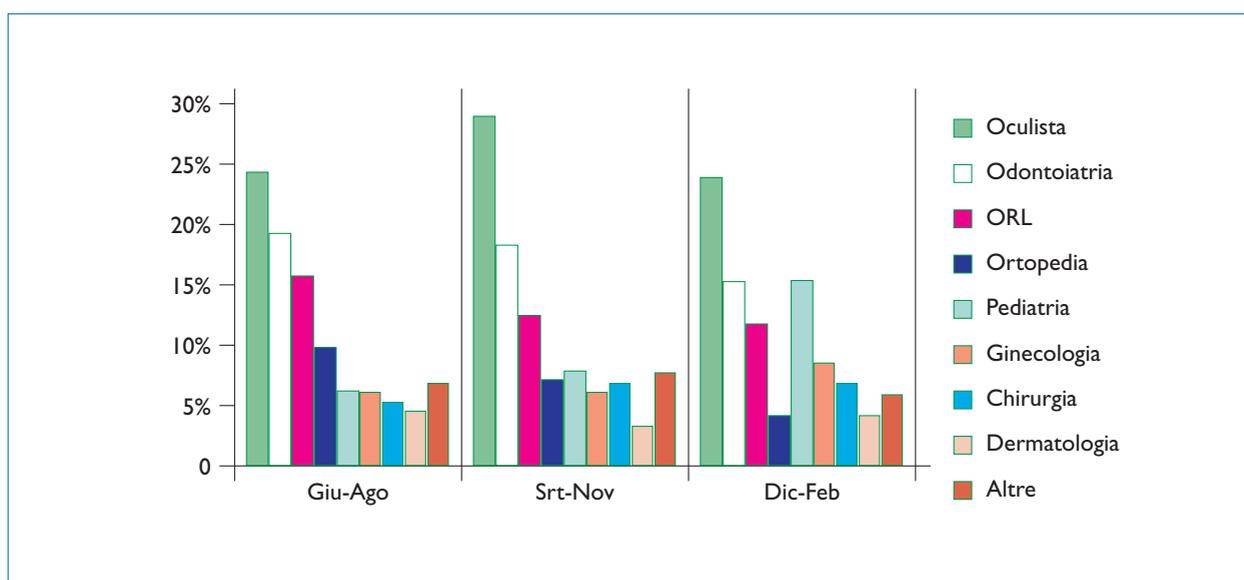


Fig. 2 - Il grafico indica la percentuale dei pazienti inviati in singola consulenza specialistica, riferiti al totale delle consulenze e divisi per trimestre.

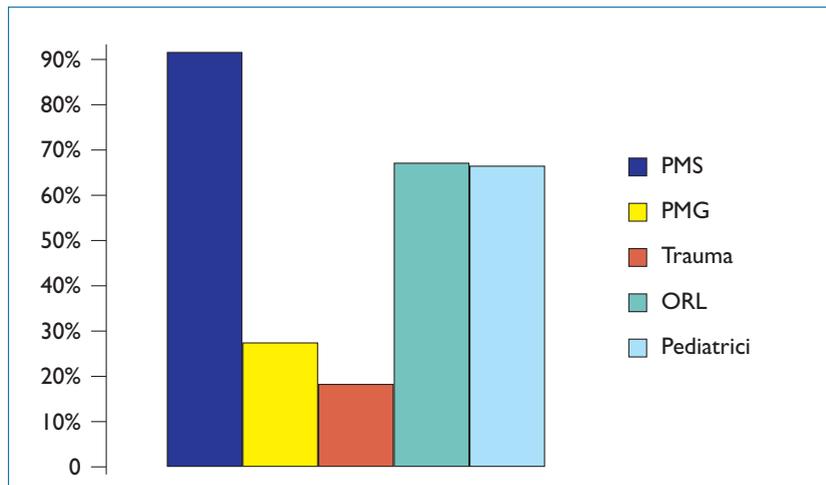


Fig. 3 - Il grafico indica la percentuale dei pazienti inviati in consulenza specialistica, riferiti alla tipologia di problema presentato.

## Bibliografia

1. McCaig LF, Burt CW. *National hospital ambulatory medical care survey. 2003 Emergency Department Summary*. In: *Advance Data from vital and health statistic* 2005; 358: 1-38.
2. Sartini M *et al.* (gruppo SIMEU). Quality in emergency departments: a study on 3.285.440 admissions. *J Prev Med Hyg* 2007; 48(1): 17-23.
3. Canadian Agency in Drug and Technology in Health. Emergency Department overcrowding in Canada: what are the issues and what can be done HTA. Issue 21, may 2006.
4. Vieth TL, Rhodes KV. The effect of crowding on access and quality in an academic ED. *Am J Emerg Med* 2006; 24(7): 787-794.
5. Hugli OW, Potin M, Schreyer N *et al.* Emergency department overcrowding: A legitimate reason to refuse access to urgent care for non-urgent patients? *Rev Med Suisse* 2006; 2(75): 1836-39. Review.
6. O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RW *et al.* "Inappropriate" emergency department use: a comparison of three methodologies for identification. *Acad Emerg Med* 1996; 3(3): 252-257.
7. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by non-urgent patients. *Am J Emerg Med* 2005; 23(2): 131-137.
8. Young GP, Wagner MB, Kellermann AL *et al.* Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 Hours in the ED Study Group. *JAMA* 1996; 276(6): 460-465.
9. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006; 184(5): 213-216.
10. George S. Evaluation of nurse triage in a British accident hospital. *BMJ* 1992; 304: 876-878.
11. Canadian Association of Emergency Physician and the National Nurses Affiliation. Access to acute care in the setting of emergency department overcrowding (joint position statement). *Can J Emerg Med* 2003; 5(2): 81-86.
12. Sanchez M, Smally AJ, Grant RJ *et al.* Effects of a fast-track area on emergency department performance. *J Emerg Med* 2006; 31(1): 117-120.
13. Baldantoni E, Chiusole D, Faur I *et al.* Presto e bene. Indagine sulla soddisfazione degli utenti dei codici bianchi del PS. *Emerg Care J* 2007; 1(3): 21-29.
14. Ragin DF, Hwang U, Cydulka RK *et al.* Emergency Medicine Patients' Access To Healthcare (EMPATH) Study Investigators. Reasons for using the emergency department: results of the EMPATH Study. *Acad Emerg Med* 2005; 12(12): 1158-66. Epub 2005 nov 10.
15. Koziol-McLain J, Price DW, Weiss B *et al.* Seeking care for non-urgent medical conditions in the emergency department through the eyes of the patient. *J Emerg Nurs* 2000; 26(6): 554-563.
16. Guttman N, Zimmerman DR, Nelson MS. The many faces of access: reasons for medically non-urgent emergency department visits. *J Health Polit Policy Law* 2003; 28(6): 1089-120.
17. Rieffe C, Oosterveld P, Wijkkel D *et al.* Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. *Accid Emerg Nurs* 1999; 7(4): 217-225.
18. Han JH, Zhou C, France DJ *et al.* The effect of emergency department expansion on emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med* 2007; 14(4): 338-343.
19. Diesburg-Stanwood A, Scott J, Oman K *et al.* Non-emergent ED patients referred to community resources after medical screening examination: characteristics, medical condition after 72 hours, and use of follow-up services. *J Emerg Nurs* 2004; 30(4): 312-317.
20. Brousseau DC, Bergholte J, Gorelick MH. The effect of prior interactions with a primary care provider on non-urgent pediatric emergency department use. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158(1): 78-82.
21. Rowe BH, Channan P, Bullard M *et al.* Characteristics of patients who leave emergency departments without being seen. *Acad Emerg Med* 2006; 13(8): 848-852. Epub 2006 may 2.
22. Mohsin M, Forero R, Ieraci S *et al.* A population follow-up study of patients who left an emergency department without being seen by a medical officer. *Emerg Med J* 2007; 24(3): 175-179.

## ABSTRACT

*The non-urgent patients in the Emergency Department (ED) are a widespread challenging problem. In the present study we investigated the relationship between the non-urgent patients in ED and the primary care services in an urban area (Mestre-Venezia). An alternative management of these patients supported by a group of family doctors in a separate laboratory, close to the ED, and using the ED triage system, has also been studied. The management of these patients in terms of wait-*

*ing time, percent of patients who have left the ED without being seen and inappropriate dismissals, was satisfactory. Otherwise 50% of the patients were sent to an urgent specialist advisory in spite of their non-urgent problem presented. The involvement of primary care providers and a reasonable limit to an unjustified specialist advisory are required to achieve a reliable alternative management for non-urgent patients in ED.*