

Porte girevoli.

Quando il Pronto Soccorso è, per molti, il principale riferimento per i bisogni di salute

Ivo Casagrande

Direttore Responsabile

Lo scopo del Pronto Soccorso, inserito all'interno dei Dipartimenti di Emergenza, è quello di fornire prestazioni di elevata qualità tecnico-professionale nei confronti dei cittadini che necessitano di interventi sanitari nell'ambito dell'emergenza-urgenza.

In realtà, pur essendo questa la sua vera *mission*, il Pronto Soccorso ha assunto successivamente anche altre funzioni che gli sono state attribuite dai cittadini, tanto da diventare nel tempo anche luogo deputato a risolvere sia problemi sanitari non urgenti sia situazioni di carattere sociale, in alternativa ad altre strutture o istituzioni, tanto da essere ormai identificato, da alcuni, come il principale riferimento per i propri bisogni socio-sanitari.

In un precedente editoriale dal titolo *Quando il sistema rischia di esplodere o di implodere* avevo preso in esame quella difficile situazione che affligge il Pronto Soccorso, determinata da una parte dall'iperafflusso e dall'altra dalla difficoltà a ricoverare i pazienti nei singoli reparti dotati di posto letto. Nello stesso sottolineavo che, essendo il Pronto Soccorso l'interfaccia tra l'ospedale e il territorio, risente necessariamente delle incongruenze organizzative e delle problematiche di ambedue i sistemi e che, proprio per questa sua collocazione, è un sensore molto attento in grado di percepire i mutamenti di carattere sociale accanto a quelli di tipo sanitario.

Un indicatore di questi fenomeni potrebbe essere rappresentato dall'analisi delle caratteristiche dei cittadini che utilizzano più frequentemente il Pronto Soccorso (*frequent users* detti altrimenti, *sliding doors*). Nel 2000 Mandelberg ha pubblicato un'indagine epidemiologica sui *frequent users* di un Pronto Soccorso di un ospedale pubblico, concludendo che il suo utilizzo riflette sostanzialmente i problemi presenti in città: povertà, abuso di alcol, pazienti con malattie psichiatriche e malattie croniche caratterizzate da frequenti esacerbazioni.

Proprio in considerazione delle trasformazioni sociali, dei mutamenti sanitari e dei progressi scientifici e tecnologici che si sono avuti negli ultimi dieci anni si può ipotizzare che i cittadini che si rivolgono più frequentemente al Pronto Soccorso appartengano essenzialmente a quattro gruppi:

- dipendenti da sostanze d'abuso, malati di mente e persone senza fissa dimora;
- immigrati;
- anziani fragili;
- lungo-sopravviventi grazie alle nuove tecnologie.

Si può anche presumere che, a seconda di come sia organizzata la risposta sanitaria ai bisogni di salute, diverso possa essere il ricorso al Pronto Soccorso.

Negli Stati Uniti, dove non esiste il sistema sanitario pubblico, i *frequent users* sono da sempre identificati come una popolazione con scadenti condizioni di salute, che frequentemente, versano in condizioni economiche difficili, non hanno una propria casa, sono affetti da dipendenza alcolica o da droghe e spesso presentano malattie psichiatriche.

In Canada, dove il sistema sanitario è abbastanza simile a quello italiano, le persone che frequentano più assiduamente il Pronto Soccorso sono quelle con basse condizioni socio-economiche o con problemi di salute complessi o cronici.

Il sistema sanitario australiano prevede la presenza dei medici di base sul territorio (*Primary Care*). In una ricerca condotta a Melbourne su 60 frequenti utilizzatori si è visto come questi fossero malati cronici (27%) o con problemi psicosociali (26%) o dipendenti da sostanze d'abuso (18%). Di questi il 58% era solo, il 2% sposato, il 10% separato, il 17% divorziato e il 13% vedovo.

In Svezia, la copertura assicurativa e l'offerta di servizi per la salute fanno capo al Sistema Sanitario pubblico; solo l'1% del settore sanitario è finanziato dal

privato. La medicina del territorio, *Primary Care*, è organizzata per centri e l'accesso ai servizi ospedalieri, compreso il Pronto Soccorso, avviene dopo il pagamento di una quota di compartecipazione alla spesa (*copayment*) che è il doppio di quanto si paga per le prestazioni di medicina generale. Nell'esperienza pubblicata da un gruppo svedese i *frequent users* sono quelli più anziani e più gravemente ammalati (in particolare con problemi respiratori) con una mortalità più elevata rispetto a quella attesa per gruppi omogenei per età e sesso. Questi pazienti hanno pure numerosi accessi all'ambulatorio del loro medico di base e spesso vengono ricoverati. Oltre al tipo di paziente appena descritto, il frequente accesso al Pronto Soccorso riguarda anche individui con problemi mentali, nonché alcolisti e tossicodipendenti. In Irlanda l'offerta sanitaria è in parte gratuita e in parte a pagamento, nel senso che un terzo della popolazione ha accesso gratuito al proprio medico curante e ai farmaci, mentre i restanti, con un reddito più elevato, pagano la prestazione sia dal proprio medico sia in Pronto Soccorso. Un lavoro condotto a Dublino su un campione di 100 pazienti su 1070 che in un anno avevano avuto più di 4 accessi al Pronto Soccorso ha mostrato come questi, rispetto a un gruppo di controllo, avessero anche molti più accessi dal proprio medico di base, dai servizi sociali o dallo psichiatra per problemi dovuti all'abuso di alcol o droghe e a problemi di tipo psico-comportamentale. Anche in Spagna l'assistenza sanitaria è finanziata dal governo centrale. I cittadini possono rivolgersi al proprio medico di base o al Pronto Soccorso senza alcuna compartecipazione alla spesa. Una ricerca condotta da un gruppo di medici d'urgenza di Barcellona su 86 cittadini che avevano utilizzato il Pronto Soccorso più di 10 volte in un anno, totalizzando 1263 visite, ha evidenziato come l'85% di questi non avesse interpellato il proprio medico di base. La maggior parte (52%) aveva problemi di salute di tipo cronico con frequenti esacerbazioni, mentre quelli con problemi di tipo psichiatrico o alcol-correlati erano circa il 9%. Durante l'anno di osservazione ne morirono 16 (18,6%) di cui 12 a domicilio. Questo lavoro sottolinea inoltre che i cittadini che utilizzavano più spesso il Pronto Soccorso erano anziani, maschi, con alte necessità assistenziali e con una percentuale elevata di mortalità. In Italia, anche se non esistono dati pubblicati, il fenomeno dei *frequent users* è diffuso in tutte le realtà di Pronto Soccorso. Chi legge sa bene che il nostro sistema sanitario è finanziato dallo Stato attraverso le Regioni con la compartecipazione in alcuni casi del singolo cittadino (il cosiddetto ticket) e che, pertanto, egli può rivolgersi gratuitamente al proprio medico di base, ai servizi sociali, ai servizi psichiatrici e a quelli per i tossicodipendenti. Una così estesa rete di

assistenza farebbe pensare che non vi sia la necessità di rivolgersi più volte al Pronto Soccorso per situazioni risolvibili all'interno dei servizi territoriali. In realtà così non è. Per valutare questo fenomeno siamo andati a vedere quante persone, oltre i 18 anni, si sono presentate per più di quattro volte nel 2006 presso il Pronto Soccorso di un DEA di II livello di una città capoluogo di provincia come Alessandria.

Nell'anno considerato si sono ripresentate nel suddetto servizio ben 1338 persone per più di quattro volte, per un numero di visite pari a 7084 su un totale di 48.802, (14,5%). Queste 1338 persone sono state divise in due gruppi: uno comprendente coloro che avevano avuto da 4 a 10 accessi/anno (gruppo A) e l'altro comprendente quelle con oltre 10 accessi/anno (gruppo B). Nel gruppo A, costituito da 1292 persone, l'età media era di 56 anni (DS \pm 23) con un rapporto M/F 1:1, mentre in quello B, di 46 pazienti, l'età media era di 53 anni (DS \pm 21) con un rapporto M/F 2,5:1. Dei 7084 accessi, 6283 si riferiscono al gruppo A, mentre 801 a quello B. Dei 6283 accessi, lo 0,5% erano codici rossi, il 21% gialli, il 60% verdi e il 18,5% bianchi. Nel secondo gruppo lo 0,1% apparteneva al codice rosso, il 17,2% al giallo, il 61,7% al verde e il 21% al bianco. Nel gruppo A i ricoveri sono stati 1019 (16,2%) e 127 (15,8%) in quello B. Per quel che riguarda il motivo dell'accesso al Pronto Soccorso, nella maggioranza dei pazienti appartenenti al gruppo A, questo era avvenuto per patologie di entità medio-lieve, mentre per altri minoritari era dovuto a patologie più importanti (malattie cardio-respiratorie) che hanno portato spesso al ricovero. Nel gruppo B la patologia prevalente era identificata con disturbi di personalità, mentre fra le patologie impegnative, anche in questo caso, erano frequenti le malattie cardio-respiratorie. Considerata la nazionalità, l'86% degli accessi del primo gruppo era costituito da cittadini italiani del posto, mentre il 10,4% riguardava individui appartenenti alla comunità marocchina, albanese o romena; anche gli accessi riferiti al secondo gruppo erano dovuti in gran parte a cittadini italiani (89%).

Questi dati, se confermati in altre realtà, farebbero ritenere che in Italia i *frequent users* siano costituiti in buona parte da pazienti che utilizzano il Pronto Soccorso per i loro bisogni di salute anche di basso impatto, probabilmente perché questa struttura offre loro rapidamente e gratuitamente una risposta a fronte di un sistema extraospedaliero lento, burocratizzato e poco efficace. Un gruppo più limitato è invece rappresentato da pazienti con disturbi di personalità di vario tipo, che contattano probabilmente più servizi che non pongono barriere all'accesso e tra questi anche il Pronto Soccorso. Inoltre, sempre in questa nostra esperienza, un discreto numero di persone accede a questa struttura con frequenza in quanto affette

da patologie, quali quelle cardiocircolatorie, soggette a esacerbazione e che quindi necessitano di un intervento efficace e spesso del ricovero.

Dall'analisi della letteratura e dai dati di un'esperienza locale come quelli appena esposti, si riesce a comprendere come il fenomeno dei *frequent users* dei Pronto Soccorso sia mutato nel tempo. Dai primi studi americani, in cui si trattava soprattutto di persone in difficoltà economica o con patologie mentali o dipendenti da sostanze d'abuso, si è passati a pazienti con necessità più complesse, legate soprattutto a patologie croniche e difficili da controllare durante le fasi di acutizzazione. L'elemento nuovo che abbiamo osservato e da cui dipende in parte il sovraffollamento dei Pronto Soccorso è l'utilizzo seriale di questo servizio da parte di persone che non appartengono a nessuna delle categorie citate sopra, per le quali, probabilmente, questa struttura sostituisce i servizi di base, e in particolare il medico di famiglia, per le proprie necessità di tipo sanitario, qualsiasi esse siano.

È difficile pensare a soluzioni organizzative extraospedaliere che eliminino questo fenomeno, visto che anche in altre realtà europee, come quella spagnola o svedese, la presenza di una rete di strutture sanitarie territoriali non ha ovviato al fenomeno. Addirittura nello stato di Vittoria, in Australia, un progetto che prevedeva l'utilizzo di un approccio assistenziale intensivo e multidisciplinare a valenza ospedaliera ed extraospedaliera nei riguardi di un gruppo di *frequent users*, al fine di ridurre i loro accessi al Pronto Soccorso, ebbe l'effetto opposto. Le conclusioni tratte dai ricercatori che hanno analizzato i risultati di questo insuccesso sono che, per questo tipo di popolazione, il Pronto Soccorso è il luogo più appropriato in quanto offre un accesso 24 ore su 24, senza criteri di esclusione, gratui-

tamente, in un ambiente sicuro e con un elevato livello di assistenza medica e infermieristica.

È difficile pensare a quale soluzione adottare in Italia per limitare questo fenomeno. La recente proposta del Ministro della Salute Livia Turco di istituire le cosiddette Case della Salute va in questa direzione e potrebbe avere una certa efficacia nell'intercettare i bisogni di questo tipo di utente. Certo è che nella fase di progettazione e organizzazione di queste strutture sarebbe necessario uno studio attento anche di questo fenomeno, per evitare che soluzioni apparentemente buone, nella pratica non siano poi così efficaci.

Bibliografia di riferimento

- Blank FSJ, Li H, Henneman PL *et al.* A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy users have better access to care than average users. *J Emerg Nurs* 2005; 31: 139-144.
- Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK *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.
- Fulde GWO, Duffy M. Emergency department frequent flyers: unnecessary load or lifeline? *MJA* 2006; 184: 595.
- Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S *et al.* Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 561-567.
- Lucas RH, Sanford SM. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med* 1998; 32: 563-568.
- Mandelberg J, Kuhn R, Kohn M. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 637-646.
- Phillips GA, Brophy DS, Weiland TJ *et al.* The effect of multidisciplinary case management on selected outcomes for frequent attenders at an emergency departments. *MJA* 2006; 184: 602-606.
- Pope D, Fernandes C, Bouthillette F *et al.* Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *CMAJ* 2000; 162: 1017-20.
- Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P *et al.* Inappropriate use of an accident and emergency department. Magnitude, associated factors, and reasons. An approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 568-579.

EMERGENCY MEDICINE

La Medicina d'Urgenza: dall'extra all'intraoemia. Percorsi assistenziali nella sincope e Risk management
Vibo Valentia, Auditorium Scuola Allievi di Polizia 8-9 Giugno 2007

Segreteria organizzativa: ASSOCIAZIONE CULTURALE "SANITARIA E SERVIZI".
 Tel. 0963/93357- 329/1094395 - e-mail: simeucalabria@virgilio.it

Segreteria Scientifica: DEUA- Dipartimento di Emergenza Urgenza Accettazione Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso A.S. N.8, SIMEU, Consiglio Direttivo Calabria

Evento in fase di accreditamento

Venerdì

La responsabilità professionale

La tutela del malato fra etica e risorse

Rapporto interdisciplinare e responsabilità in Medicina d'Urgenza

Il consenso e lo stato di necessità nell'atto medico

Come la buona pratica clinica difende il clinico ed il paziente

Percorsi assistenziali e linee guida

Il ruolo delle Società Scientifiche negli atti di indirizzo

Focus-on

Le avversità cliniche ed il cittadino: ruolo dei mezzi di comunicazione

Sabato

LA SINCOPE: pianificazione, organizzazione e gestione tra Territorio ed Ospedale

La classificazione fisiopatologica delle perdite di coscienza

Il percorso clinico-diagnostico della sincope

La sincope e l'osservazione breve intensiva

Disautonomia e monitoraggio cardiovascolare

Ottimizzazione della cura del diabete e riduzione del rischio di perdita di coscienza

Le Complicanze delle perdite di coscienza

Epilessia e sincope

Sincope e morte improvvisa

Cadute traumatiche accidentali o sincopali?