

# Presto e bene... Indagine sulla soddisfazione degli utenti dei codici bianchi del PS

Enrico Baldantoni, Daniela Chiusole<sup>o</sup>, Ivo Fauri\*, Franca Refatti\*, Marco Scillieri<sup>oo</sup>, Pierluigi Torboli\*\*

Direttore dell'Ospedale di Trento, APSS

<sup>o</sup>Direzione dell'Ospedale di Trento, Ufficio Relazioni con il Pubblico, APSS

<sup>oo</sup>Direzione medica dell'Ospedale di Trento, APSS

\*Dirigente del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Trento, APSS

\*\*Direttore del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Trento, APSS

## SINTESI

*Il sovraffollamento del Pronto Soccorso (PS) e le conseguenti inevitabili ricadute negative sull'immagine del servizio sanitario pubblico sono inquadrati metodologicamente alla luce di una recente valutazione di tecnologia sanitaria della Canadian Agency for Drugs and Technology in Health. Questa ricerca individua nel fast track, cioè in percorsi veloci e diversificati per i pazienti che accedono impropriamente in PS, l'unica misura correttiva che si è dimostrata efficace. Gli Autori, dopo aver brevemente descritto l'esperienza condotta nell'ospedale di Trento con un*

*ambulatorio per i codici bianchi annesso al PS, riportano i dati di un'indagine di soddisfazione condotta sui pazienti, dalla quale emerge che l'ambulatorio codici bianchi non induce un'ulteriore domanda inappropriata, ma è molto gradito ai pazienti probabilmente perché fornisce, oltre che una risposta in tempi certi, anche se differiti, una effettiva presa in carico dei problemi sanitari che hanno indotto i pazienti a rivolgersi al PS che, sotto questo profilo, svolge un'azione vicariante nei confronti di altri livelli assistenziali.*

Come è ben noto, per lo meno agli addetti ai lavori, il Pronto Soccorso (PS) dovrebbe essere, in base agli indirizzi della programmazione sanitaria, la struttura ospedaliera specificamente deputata all'effettuazione dell'attività diagnostica e terapeutica per i pazienti che accedono all'ospedale in condizioni di emergenza o di urgenza.

L'emergenza è una condizione di immediato pericolo di vita, determinato dalla compromissione di almeno una delle funzioni vitali (cardiaca, respiratoria o nervosa) rilevabile dall'alterazione dei relativi parametri; l'urgenza si caratterizza invece per una condizione di potenziale pericolo di vita, con parametri vitali ancora nei limiti della norma. Entrambe le condizioni richiedono un'attenzione immediata seguita da adeguati provvedimenti<sup>1</sup>. Le condizioni di emergenza e urgenza sono pertanto definite secondo parametri tecnici e devono essere ben distinte dalla cosiddetta urgenza soggettiva, cioè quella percepita dal paziente o dalla famiglia e che deriva da una valutazio-

ne non tecnica, spesso determinata al desiderio di ricevere "presto e bene"<sup>2</sup> l'assistenza sanitaria ritenuta necessaria dal paziente stesso, che talora è mosso anche dal desiderio di eludere eventuali liste di attesa e/o la compartecipazione alla spesa<sup>3</sup>.

Nel corso degli ultimi anni il PS, porta di ingresso all'ospedale e spesso primo e talora unico punto di contatto con il Servizio Sanitario, è stato sempre più frequentemente utilizzato in modo inappropriato da parte di cittadini che ricorrono al PS stesso per ottenere prestazioni sanitarie in situazioni né di emergenza né di urgenza che in quanto tali potrebbero, o meglio, dovrebbero trovare una risposta più appropriata, programmabile e talora anche più tempestiva nel livello essenziale di assistenza distrettuale, con ciò intendendo sia la medicina generale sia la specialistica ambulatoriale.

Una recente ricerca canadese<sup>4,5</sup> fa il punto sul problema del sovraffollamento del Dipartimento di Emergenza (assimilabile al nostro Pronto Soccorso ospeda-

liero), definendolo come una situazione nella quale la domanda rivolta ai servizi di emergenza eccede la capacità di fornire le cure in un tempo ragionevole. Le conclusioni che la ricerca propone a chi deve assumere decisioni, da un lato di politica sanitaria o dall'altro di gestione dei servizi, sono le seguenti:

- il sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza è un'occorrenza significativa e comune nel Canada e nei Paesi con economia avanzata;
- la carenza di posti letto negli ospedali può condurre al sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza;
- la misurazione del sovraffollamento richiede coerenza metodologica nella raccolta e nell'analisi dei dati di attività;
- le strategie correttive basate sulla deviazione delle ambulanze, la creazione di unità di osservazione breve, la modifica delle dotazioni di personale, nonché su interventi di sistema più complessi necessitano di ulteriori approfondimenti;
- alcuni interventi largamente attuati in Canada (inserimento di personale medico esperto nella turnistica, dotazione di letti soprannumerari nelle corsie, utilizzo di team infermieristici flessibili, sinergia con le risorse della comunità) non hanno fornito sufficienti dimostrazioni di essere efficaci;
- il singolo intervento dimostratosi efficace per ridurre il sovraffollamento nei Dipartimenti di Emergenza è il così detto *fast track*, cioè la creazione di un percorso veloce e diversificato per i pazienti con lesioni o patologie di importanza minore. Il *fast track* si è dimostrato efficace nel ridurre il tempo di attesa e la durata di permanenza nel dipartimento di emergenza, nonché gli allontanamenti volontari dei pazienti<sup>6-8</sup>.

La ricerca canadese sembra dimostrare che la nostra decisione di creare un percorso facilitato, definito ambulatorio codici bianchi, forse non è del tutto sbagliata, anche se essa presta il fianco alla critica che l'aumento dell'offerta di prestazioni nel PS, oltre che diseducativa, potrebbe indurre a sua volta un ulteriore incremento di domanda<sup>9-14</sup>.

Cercheremo, di seguito, di descrivere la nostra esperienza e il gradimento dei pazienti nei confronti dell'opzione loro offerta di accedere all'ambulatorio codici bianchi, istituito nel settembre 2003 per cercare di ovviare in parte al problema determinato dalle lunghe attese dei pazienti<sup>15,16</sup> tramite l'istituzione di un canale alternativo alla inevitabile attesa in PS, oltre che per migliorare indirettamente la capacità di filtro e di selezione dei ricoveri da parte del personale dello stesso PS. Il personale infermieristico addetto al *triage* del PS offre ai pazienti adulti classificati con codice bianco, che presentano problemi previsti nella sezione dedicata ai percorsi facilitati dell'apposita procedura per il *triage* adottata dall'ospedale<sup>17</sup>, l'opzione di rivolgersi, con una prenotazione nella fascia oraria 16-20, all'ambulatorio codici bianchi situato in una sede prossima, ma separata e distinta, dal PS stesso. In tale ambulatorio i pazienti sono visitati da un medico del PS che può trattare direttamente i pazienti, ovvero prescrivere gli accertamenti specialistici ritenuti necessari. Gli accertamenti per la definizione diagnostica non devono, di norma, essere effettuati con carattere d'urgenza, come avviene solitamente in PS, bensì secondo le priorità cliniche previste dal modello dei raggruppamenti di attesa omogenei denominato RAO<sup>18,19</sup> adottato nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento alla quale appartiene il nostro ospedale. Il medico invita inoltre il paziente a rivolgersi al proprio medico di medicina generale per la successiva presa in carico.

Per dare una dimensione quantitativa, ricordiamo che nel corso dell'anno 2003 gli accessi al PS di adulti classificati con codice bianco sono stati il 54% del totale (28.561 su 53.212); nel 2004, anche a seguito dell'adozione di un criterio di attribuzione del codice leggermente diverso, i codici bianchi sono scesi al 39% del totale degli accessi (20.756 su 53.240); infine nel 2005, a fronte di 57.613 accessi (Tabella 1), i codici bianchi sono stati 19.109, pari al 33,2% degli accessi (Tabella 2, Figura 1).

**TAB. 1**

Distribuzione per esito degli accessi dei pazienti in PS adulti, anno 2005.

	Numero	%
Visitati e dimessi	35.565	61,7
Ricoverati	9059	15,7
Inviati in osservazione di reparto	913	1,6
Trasferiti in altri istituti	3102	5,4
Si allontanano o rifiutano prestazioni e/o ricovero	8911	15,5
Deceduti	63	0,1
<b>Totale</b>	<b>57.613</b>	<b>100</b>

TAB. 2

Distribuzione per codice di *triage* degli accessi al PS adulti, anno 2005.

	Numero	%
No <i>triage</i>	55	0,1
Bianco	19.109	33,2
Verde	24.141	41,9
Giallo	13.119	22,8
Rosso	1.189	2,1
Totale	57.613	100

All'ambulatorio codici bianchi, attivato dal mese di settembre del 2003, accedono circa 2800 pazienti all'anno, pari a una media di 11 al giorno. Questi numeri possono sembrare ridotti rispetto al totale degli accessi in PS, ma costituiscono una quota significativa di coloro che devono attendere senza limite la visita del medico in PS. Se ci viene passata l'espressione, i candidati all'ambulatorio codici bianchi sono pazienti che, tra quelli classificati con codice bianco al *triage*, rappresentano una sorta di "bianco Dash"<sup>20</sup>, cioè accessi giudicati al *triage* stesso potenzialmente del tutto inappropriati. I dati di attività dell'ambulatorio codici bianchi sono riportati nella Tabella 3 (nota 1).

## Obiettivo dell'indagine di soddisfazione

Dopo oltre due anni di attività dell'ambulatorio codici bianchi, abbiamo ritenuto utile effettuare un'indagine allo scopo di:

- valutare la soddisfazione dei cittadini/utenti codificati al *triage* del PS con codice bianco per l'opzione offerta di poter accedere in modo differito alla visita del medico, con prenotazione nello specifico ambulatorio codici bianchi, in alternativa a un'attesa spesso prolungata e comunque indefinita in PS;
- valutare la soddisfazione dei cittadini/utenti per l'esperienza vissuta relativamente alle modalità di erogazione delle successive prestazioni sanitarie, ovvero per il rinvio al sistema ambulatoriale e/o al curante senza esecuzione "urgente" di eventuali indagini successive, se non ritenute strettamente indispensabili.

## Materiali e metodi

Per poter stimare le valutazioni soggettive dei pazienti abbiamo scelto di somministrare un questionario *ad hoc* a risposta chiusa per raccogliere in modo relativamente semplice le informazioni e le valutazioni soggettive espresse da un campione sufficientemente rappresentativo degli utenti dell'ambulatorio codici bianchi<sup>20</sup>.

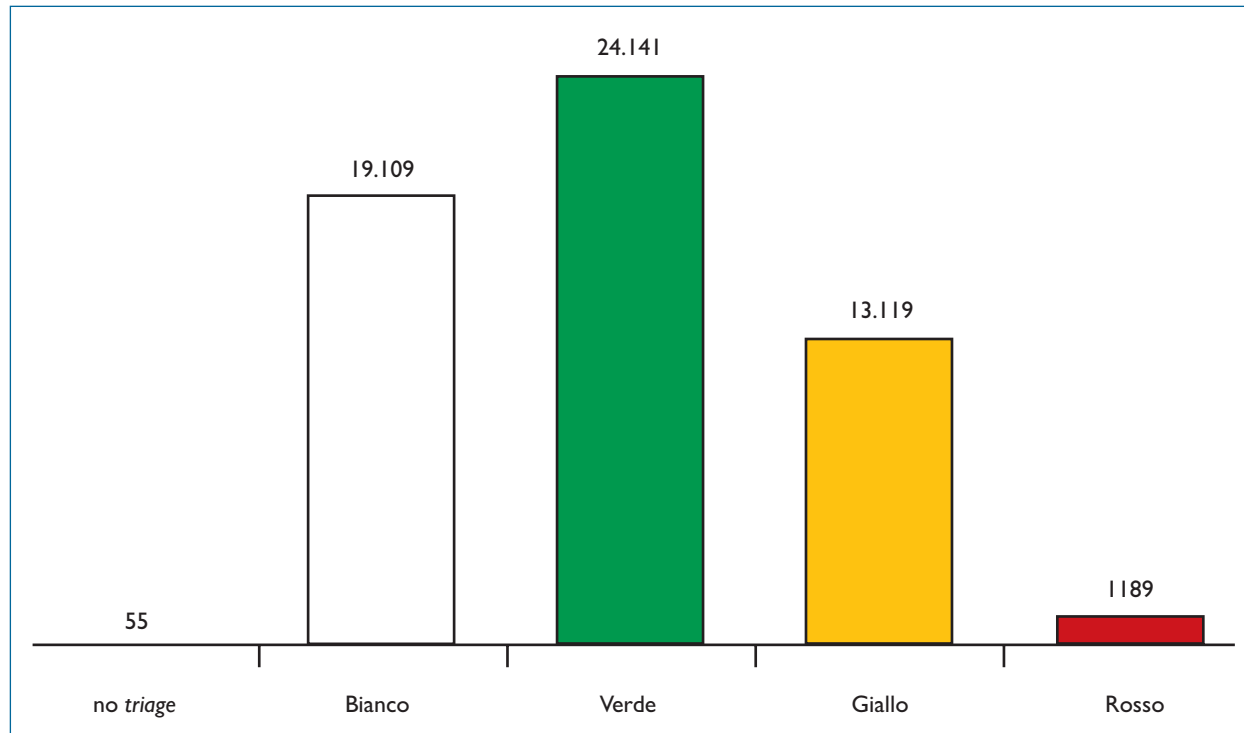


Fig. 1 - Distribuzione per codice di *triage* degli accessi al PS adulti, anno 2005 (numero accessi 57.613).

NOTA 1. Dash, nota marca di detersivo conosciuta per la promessa pubblicitaria di lavare «di un bianco che più bianco non si può». [www.dash.it/it\\_IT/news.html](http://www.dash.it/it_IT/news.html)

TAB. 3

Distribuzione per mese dei pazienti codici bianchi visitati in ambulatorio.

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
Gennaio		191	234
Febbraio		168	213
Marzo		217	281
Aprile		238	191
Maggio		235	299
Giugno		273	303
Luglio		317	239
Agosto		311	262
Settembre	148	210	244
Ottobre	193	193	192
Novembre	169	207	194
Dicembre	165	201	146
Totale	675*	2761	2798

\*L'ambulatorio codici bianchi ha iniziato l'attività nel mese di settembre 2003.

Le dimensioni della qualità dell'assistenza che il questionario si proponeva di esplorare erano quelle relative all'accessibilità al servizio, agli aspetti organizzativi e a quelli relazionali<sup>21</sup>.

Nella costruzione del questionario, che comprendeva ovviamente la raccolta dei principali dati socio-demografici del paziente, si è cercato di ripercorrere il processo assistenziale scomposto nelle principali tappe a partire dal primo contatto del paziente con il personale del PS: accettazione in PS e proposta di differimento della visita con prenotazione; fruizione della prestazione; programmazione/prenotazione delle successive indagini.

Alcune domande esploravano la conoscenza da parte del paziente delle finalità istituzionali del servizio di PS, ivi inclusa quella dell'ambulatorio codici bianchi. Altre indagavano la conoscenza del percorso per la fruizione della prestazione sanitaria. Un gruppo di domande era rivolto alla valutazione dell'esperienza del paziente dopo la visita nell'ambulatorio codici bianchi, in quanto spesso questa determinava una successiva prestazione ambulatoriale specialistica. Un'ultima domanda richiedeva al paziente di esprimere un giudizio sul gradimento complessivo del servizio.

Nel questionario erano previsti valori nominali in scala ordinale di valutazione con quattro livelli di soddisfazione corrispondenti ai seguenti giudizi: "molto", "abbastanza", "poco", "per niente soddisfatto". La qualità percepita è stata considerata di livello buono per i giudizi "molto soddisfatto" e "abbastanza soddisfatto". Il giudizio "poco soddisfatto" poteva evidenziare la necessità di attenzione e il giudizio "per niente soddisfatto" poteva identificare una criticità in atto.

Il campione oggetto dell'indagine non è stato selezionato con un campionamento casuale, bensì con modalità sequenziale. Le modalità adottate sono state le seguenti:

- il medico al termine della visita ambulatoriale proponeva di rispondere al questionario, dando una breve spiegazione dello scopo dell'iniziativa, nonché una rassicurazione sul rispetto dell'anonimato;
- i questionari compilati dai pazienti venivano depositati in un'apposita cassetta in sala d'attesa;
- la durata della fase di raccolta dei questionari è stata di 3 mesi (da novembre 2005 a gennaio 2006), periodo che ha consentito di raccoglierne oltre 200 (numero campionaria stimata sufficientemente rappresentativa rispetto alla popolazione di riferimento).

Nella fase di progettazione era stata decisa la somministrazione del questionario a tutti i pazienti visitati in ambulatorio in giornate prefissate. Nonostante sia stato difficoltoso somministrare con regolarità i questionari, nell'intervallo di tempo previsto sono stati distribuiti 300 questionari, pari al 60% del totale di 496 pazienti visitati nell'ambulatorio codici bianchi nello stesso periodo, che rappresentano il 6% degli 8136 pazienti classificati codici bianchi.

La Tabella 4 riporta la distribuzione per fasce di età degli 8136 pazienti che si sono presentati al PS nel periodo di riferimento e ai quali è stato assegnato il codice bianco.

## Risultati e commenti

### Tasso di risposta

Dei 300 questionari distribuiti ne sono stati restituiti 223 compilati, con un tasso di risposta pari al 74,3%.

### Distribuzione dei rispondenti per fasce di età, per sesso, per scolarità e per provenienza

I rispondenti al questionario sono per circa la metà maschi (49%), di cui il 38,1% di età compresa tra 26 e 45 anni, il 24,7% tra 46 e 65 anni e il 24,2% inferiore a 25 anni (Tabella 5).

TAB. 4

Distribuzione per fasce d'età dei pazienti classificati al triage con codice bianco nel periodo di somministrazione del questionario.

	Numero	%
Fino a 25 anni	3202	39,4
Tra 26 e 45 anni	3224	39,6
Tra 46 e 65 anni	1047	12,9
Oltre i 65 anni	663	8,1
Totale	8136	100

La scolarità del campione è risultata elevata: quasi il 50% è in possesso di diploma di scuola media superiore (specie nella fascia 26-45 anni), segue il 36% di persone con scuola media inferiore e il 13% di laureati. Per quanto riguarda la provenienza, la Tabella 6 evidenzia che la maggioranza del campione (86%) è composta da cittadini italiani. La quota di cittadini stranieri, in considerazione dei Paesi di provenienza, è verosimilmente costituita da migranti e non da turisti, tale percentuale corrisponde a quella complessiva di cittadini stranieri che accedono al Pronto Soccorso adulti: 1027 su un totale di 8136 codici bianchi, pari al 14,5%<sup>22</sup>.

### Conoscenza dei pazienti sulle finalità istituzionali del PS e dell'ambulatorio codici bianchi

La Tabella 7 riporta i risultati del primo gruppo di domande riguardanti le conoscenze degli utenti circa l'appropriatezza di utilizzo del PS, ivi inclusa la modalità con cui viene effettuata la scelta di priorità di accesso alla visita medica, così detto *triage*. Dall'analisi delle risposte emerge che la maggior par-

te dei pazienti era consapevole di doversi rivolgere al PS solo per le urgenze (85%). Peraltro deve essere rilevato che l'urgenza viene in parte identificata con l'urgenza percepita relativamente al proprio stato di salute. Infatti, tutti i pazienti indirizzati all'ambulatorio codici bianchi si erano presentati in PS per problemi che, valutati al *triage*, sono stati classificati come non urgenti.

Più del 65% del campione era a conoscenza del fatto che l'accesso alla visita medica era legato non alla cronologia di presentazione, bensì all'assegnazione di un codice di priorità effettuato da personale del PS al momento dell'arrivo; solo il 30% era a conoscenza della possibilità di ricevere un appuntamento per essere visitati nell'ambulatorio codici bianchi e la maggior parte degli utenti (86,5%) vi accedeva per la prima volta. Solo l'11,2% dei rispondenti (in valore assoluto 25 utenti) era già stato visitato in altra occasione presso l'ambulatorio codici bianchi.

Complessivamente non pare emergere un incentivo alla fruizione opportunistica di un canale accelerato per ottenere prestazioni sanitarie determinato dalla possibilità di essere visitati nell'ambulatorio codici bianchi.

TAB. 5

Distribuzione dei rispondenti al questionario per età e per sesso.

	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Fino a 25 anni	22	20,4	32	28,1	54	24,2
Tra 26 e 45 anni	45	41,7	40	35,1	85	38,1
Tra 46 e 65 anni	24	22,2	30	26,3	55	24,7
Oltre i 65 anni	16	14,8	11	9,6	27	12,1
Non risponde	1	0,9	1	0,9	2	0,9
<b>Totale</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

TAB. 6

Distribuzione dei rispondenti al questionario per Paese di provenienza e per sesso.

	Numero	%	M	F	Non risponde
Italia	191	85,7	93	97	1
Albania	5	2,2	3	2	
Marocco	5	2,2	3	2	
Moldavia	3	1,3	1	2	
Algeria	2	0,9	2		
Pakistan	2	0,9	2		
Ucraina	2	0,9		2	
Cina popolare	1	0,4		1	
ex Jugoslavia	1	0,4	1		
Rep. Dominicana	1	0,4		1	
Non risponde	10	4,5	3	7	
<b>Totale</b>	<b>223</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>114</b>	<b>1</b>

**TAB. 7**

Distribuzione delle risposte dei pazienti circa la conoscenza delle finalità istituzionali del servizio di PS e dell'ambulatorio codici bianchi.

	Sì		No		Non so		Non risponde		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Sapeva che il PS è specificamente destinato a trattare solo i problemi di salute urgenti?	189	84,8	32	14,3	0	0	2	0,9	223	100
Sapeva che in PS viene definita per ogni utente una priorità per l'accesso alla visita mediante l'assegnazione di un codice-colore?	151	67,7	67	30	0	0	5	2,24	223	100
Sapeva che in PS viene proposto un appuntamento ai pazienti con problemi non urgenti (codici bianchi)?	66	29,6	153	68,6	0	0	4	1,79	223	100
È la prima volta che viene indirizzato all'ambulatorio codici bianchi?	193	86,5	25	11,2	3	1,35	2	0,9	223	100

**TAB. 8**

Distribuzione del gradimento degli utenti per il percorso proposto.

	Molto		Abbastanza		Poco		Per niente		Non risponde		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
L'attenzione del personale per il suo problema di salute al suo arrivo in PS la soddisfa?	108	48,4	96	43	12	5,38	3	1,35	4	1,79	223	100
La proposta di poter usufruire di una visita su appuntamento la soddisfa?	135	60,5	73	32,7	8	3,59	4	1,79	3	1,35	223	100
La soddisfa l'orario assegnato per la visita?	147	65,9	63	28,3	5	2,24	1	0,45	7	3,14	223	100
La visita è stata puntuale rispetto all'orario di appuntamento assegnato?	169	75,8	38	17	5	2,24	4	1,79	7	3,14	223	100
La soddisfa il modo in cui il medico si è preso cura del suo problema di salute?	181	81,2	35	15,7	1	0,45	2	0,9	4	1,79	223	100

**Soddisfazione per il servizio offerto**

La Tabella 8 riporta la distribuzione delle risposte al secondo gruppo di domande, focalizzate sul percorso del paziente dall'arrivo in PS alla visita nell'ambulatorio codici bianchi. Le risposte evidenziano un'elevata soddisfazione; in particolare, il gruppo di coloro che si dichiarano "molto soddisfatti" e quello degli "abbastanza soddisfatti" considerati congiuntamente rappresenta, per ogni domanda, il 90% delle risposte. Più del 60% dei rispondenti ha gradito molto sia la modalità di visita con prenotazione sia l'orario pomeridiano della medesima. Sono stati particolarmente apprezzati sia la puntualità della visita (75,8% "molto soddisfatti") sia la modalità di effettuazione della stessa (81,2% "molto soddisfatti").

**Modalità di prescrizione e di prenotazione di visite specialistiche per la definizione diagnostica**

Come mostrato dalla Tabella 9, il medico che ha effettuato la visita ha consigliato in circa la metà dei casi l'esecuzione di ulteriori accertamenti specialistici, mentre per la rimanente metà la visita nell'ambulatorio ha rappresentato la conclusione dell'episodio di accesso all'ospedale.

Tra coloro che hanno ricevuto la prescrizione di ulteriori indagini strumentali o visite specialistiche, più del 60% sono risultati "molto soddisfatti" e più del 25% "abbastanza soddisfatti" per la modalità di prenotazione e i tempi di attesa per ricevere l'accertamento specialistico prescritto secondo il modello RAO,

TAB. 9

Distribuzione delle risposte relative alla prosecuzione dell'iter diagnostico terapeutico.

	Sì		No		Non risponde		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Il medico dell'ambulatorio codici bianchi le ha consigliato di eseguire altri accertamenti, esami o visite?	107	48	107	48	9	4	223	100

TAB. 10

Distribuzione del gradimento degli utenti per il percorso successivo alla visita nell'ambulatorio codici bianchi.

	Molto		Abbastanza		Poco		Per niente		Non risponde		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
La soddisfa la prenotazione diretta delle visite e degli accertamenti consigliati dal medico dell'ambulatorio codici bianchi?	70	65,4	27	25,2	0	0	1	0,93	9	8,41	107	100
Il tempo di attesa per eseguire le visite/esami consigliati dal medico dell'ambulatorio codici bianchi la soddisfa?	67	62,6	29	27,1	0	0	1	0,93	10	9,35	107	100

che tiene conto delle priorità cliniche (Tabella 10). La soddisfazione per il trattamento ricevuto da parte del medico dell'ambulatorio codici bianchi non appare collegata alla conclusione del percorso diagnostico-terapeutico. Infatti, tra i 181 pazienti che si sono dichiarati "molto soddisfatti" (81,2%) per il modo in cui il medico si è preso cura del loro problema, circa la metà ha ricevuto il consiglio di eseguire altri accertamenti/visite, mentre gli altri hanno probabilmente concluso il loro accesso con la visita presso l'ambulatorio codici bianchi (Tabella 11).

### Gradimento complessivo

Il livello di gradimento complessivo è risultato molto elevato, infatti il 71,3% dei rispondenti si è dichia-

rato "molto soddisfatto" e il 22,4 % "abbastanza soddisfatto" del percorso proposto, dei tempi e modi di fruizione del servizio, del trattamento e delle prestazioni ricevute (Tabella 12).

### Conclusioni

Riprendendo il concetto espresso nell'introduzione, il PS rappresenta la porta di ingresso non solo all'ospedale, ma spesso ai servizi sanitari. L'esperienza comune nei Paesi a economia avanzata, indipendentemente dal modello pubblico o privato di erogazione dei servizi, è che il PS viene sottoposto a una sorta di "assedio" perché in esso confluiscono aspettative che non trovano soluzione in altri livelli assistenziali, con il conseguente e pressoché inevitabile ingenerarsi di tensioni e conflitti<sup>23-25</sup>.

TAB. 11

Distribuzione delle risposte sulla soddisfazione relativa all'esito della visita nell'ambulatorio codici bianchi.

	N.	%
Mi soddisfa molto il modo in cui il medico si è preso cura del mio problema di salute.	90	49,7
Il medico mi ha prescritto altri accertamenti		
Mi soddisfa molto il modo in cui medico si è preso cura del mio problema di salute.	85	47
Il medico non mi ha prescritto altri accertamenti		
Non risponde	6	3,3
Totale	181	100

**TAB. 12**

Distribuzione dei rispondenti secondo il gradimento complessivo.

	Molto		Abbastanza		Poco		Per niente		Non risponde		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Esprima la sua soddisfazione complessiva per quanto riguarda l'ambulatorio codici bianchi	159	71,3	50	22,4	0	0	1	0,45	13	5,83	223	100

**TAB. 13**

Distribuzione per tipologia delle segnalazioni degli utenti, anno 2005.

	N.	%
Denuncia di disservizio	322	67,8
Segnalazione positiva	109	22,9
Suggerimenti e richiesta di chiarimenti	26	5,5
Non specificato	5	1,1
Richiesta di risarcimento e rimborso pervenuta all'URP	13	2,7
<i>Totale</i>	475	100

Questo stato di cose è favorito dal fatto che l'ospedale pubblico, oltre a rappresentare tradizionalmente il luogo ben identificato dove i "malati" trovano accoglienza, è aperto giorno e notte, nonché è favorito dalla presenza spesso solo virtuale, per lo meno in molte ore della giornata, degli altri livelli assistenziali che potrebbero, o meglio dovrebbero, erogare una risposta maggiormente appropriata ai pazienti con problemi di salute né urgenti né emergenti.

Le attese dei pazienti, in particolare di quelli che accedono impropriamente al PS, esercitano peraltro un'importante influenza negativa sulla percezione e sulla conseguente valutazione del cittadino/utente nei confronti del PS stesso e più in generale dell'intero Servizio Sanitario. Va peraltro precisato che il numero di reclami trattati dall'URP del nostro ospedale riguardanti le lamentele per le attese prolungate in PS è invero esiguo rispetto al volume di accessi. Infatti nel 2005, su un totale di 475 segnalazioni da parte dei cittadini, di cui 109 di apprezzamento e 322 per disservizio, solo 8 reclami riguardavano il PS adulti, che, è bene ricordarlo, ha avuto 57.613 accessi. Numerosità e tipologia dei reclami sono evidenziati nella Tabella 13.

Quindi, di fronte al problema reale e contingente di un sovraffollamento del PS, con conseguenti inevitabili più o meno lunghe attese, il nostro ambulatorio codici bianchi può rappresentare una risposta interessante.

La possibilità offerta ai pazienti di essere visitati in un ambulatorio dedicato, previo appuntamento, in alternativa all'attesa in PS, è risultata essere molto ap-

prezzata dagli stessi, che hanno confermato di aver ricevuto un servizio che ha soddisfatto le loro aspettative. Ci sembra interessante il fatto che non emerga dalla nostra indagine una particolare tendenza a servirsi ripetutamente delle prestazioni erogate dall'ambulatorio codici bianchi.

La soddisfazione per il trattamento ricevuto non appare riferita al fatto che la visita ambulatoriale si concluda con la definizione del problema di salute, ovvero che il medico prescriva ulteriori accertamenti. Sembra di poter affermare che sostanzialmente i pazienti sono soddisfatti perché trovano nel medico dell'ambulatorio codici bianchi un valido interlocutore per i loro problemi di salute, che propone il percorso assistenziale più appropriato e anche si fa carico di prenotare direttamente i successivi accertamenti diagnostici che, vantaggiosamente per l'organizzazione, non vengono svolti in regime di urgenza.

In conclusione, la nostra opinione è che la modalità adottata di gestione dei pazienti non urgenti che si presentano in PS sia un intervento utile a ridurre i livelli di conflittualità dovuti alle attese, senza indurre peraltro un utilizzo opportunistico del canale alternativo offerto. Infatti la preoccupazione alimentata dall'incertezza indotta nel paziente non solo dal proprio problema di salute, ma anche dal non sapere quando verrà visitato, trova una soluzione gradita nel fatto di ottenere una visita in tempi certi, ancorché differiti.

Pertanto, riteniamo che l'esperienza dell'ambulatorio codici bianchi sia da proseguire e, come sempre, da migliorare. Il passo successivo dovrebbe vedere il



coinvolgimento per lo meno dei medici della continuità assistenziale, ma questa è un'altra storia.

## Bibliografia

1. *Procedura per l'accesso alla struttura in emergenza-urgenza*. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento (APSS), Ospedale di Trento, Presidio ospedaliero Santa Chiara, ACC\_PR\_01, Revisione 01, 1° settembre 2004, area intranet del sito [www.apss.tn.it](http://www.apss.tn.it)
2. *Presto e bene non stanno insieme, Presto e bene raro avviene, Presto e bene tardi avviene*. Raccolta di proverbi consultabile nel sito [www.homolaicus.com/linguaggi/proverbi/hypertext/0012.htm](http://www.homolaicus.com/linguaggi/proverbi/hypertext/0012.htm)
3. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effect. *Ann Emerg Med* 2000; 35 (1): 63-68.
4. Canadian Agency for Drugs and Technology in Health. *Emergency department overcrowding in Canada: what are the issues and what can be done?*, HTA, issue 21, may 2006, [www.cadth.ca](http://www.cadth.ca)
5. Rowe BH et al. *Frequency, determinants and impact of emergency department overcrowding in Canada* Technology report no 67.3, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Ottawa, 2006.
6. Kilic YA et al. Prospective, double-blind, comparative fast-tracking trial in an academic emergency department during a period of limited resources. *Eur J Emerg Med* 1998; 5 (4): 403-406.
7. Sanchez M et al. Effects of a fast-track area on emergency department performance: determinants of effectiveness and quality of care. *Acad Emerg Med* 2004; 11.
8. Ardagh MW et al. Effect of a rapid assessment clinic on the waiting time to be seen by a doctor and the time spent in the department: a controlled prospective trial. *N Z Med J* 2002, [www.nzma.org.nz/journal/115-1157/28/content.pdf](http://www.nzma.org.nz/journal/115-1157/28/content.pdf)
9. NHS Modernisation Agency. *Improving the flow of emergency admission: key questions and action steps*. The Agency, London, 2001. [www.modern.nhs.uk/5566/Improving\\_the\\_flow.pdf](http://www.modern.nhs.uk/5566/Improving_the_flow.pdf)
10. Cardin S et al. Intervention to decrease emergency department crowding: does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003; 41 (2): 173-185.
11. Asplin BR et al. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med* 2003; 42 (2): 181-184.
12. Rowe BH et al. Reasons why patients leave without being seen for emergency department. *Acad Emerg Med* 2003; 10.
13. Schull MJ et al. Urban emergency department overcrowding: defining the problem and eliminating misconception. *CJEM* 2002; 4.
14. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Managing patient flow: strategies and solutions for addressing hospital overcrowding*. Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace (IL), [www.jcrinc.com](http://www.jcrinc.com)
15. Saposnik G et al. *Understanding emergency department wait times: who is using emergency departments and how long are they waiting?* Canadian Institute for Health Information, Toronto, 2005.
16. Solberg LI et al. Emergency department crowding: consensus development of potential misures. *Ann Emerg Med* 2003; 42 (6): 824-834.
17. *Procedura per il triage nel pronto soccorso dell'ospedale Santa Chiara di Trento*. (ACC\_PR\_02), (APSS), Ospedale di Trento, Presidio ospedaliero Santa Chiara, ACC\_PR\_02, Revisione 04, 15 novembre 2004, area intranet del sito [www.apss.tn.it](http://www.apss.tn.it)
18. *Manuale Operativo RAO per l'accesso alle Prestazioni Specialistiche ambulatoriali (ad uso dei medici dipendenti e convenzionati dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento)*. Revisione 01, 1° gennaio 2005, consultabile nel sito [www.apss.tn.it](http://www.apss.tn.it)
19. Mariotti G. *Tempi d'attesa e priorità in Sanità*. Angeli, Milano, 1999.
20. Baley KD. *Metodi della ricerca sociale*. Ed. it. Il Mulino, Bologna, 1995.
21. Cipolla C (a cura di). *Manuale di Sociologia della Salute*. II. Ricerca. Angeli, Milano, 2004.
22. Ambrosini M, Boccagni P (a cura di). *L'immigrazione in Trentino. Rapporto annuale 2005*. Infosociale, PAT.
23. Derlet R et al. Frequent overcrowding in U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med* 2001; 8 (2) 151-155.
24. Asplin BR et al. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med* 2003; 42 (2): 73-80.
25. Orspina MB et al. Measuring overcrowding in emergency departments: a call for standardization. Technology report no 67.1, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Ottawa, 2006.

## ABSTRACT

Emergency Department (ED) overcrowding is a situation in which the demand for emergency services exceeds the ability to provide care within a reasonable time. A recent report by the Canadian Agency for Drugs and Technology in Health addresses the issue. Among the implication for decision making, a strong point is the fact that evidence suggests that fast tracking patients with minor injuries or illnesses can reduce ED length of stay, waiting time, and the number of patients who

leave without being seen. According to these findings, the Authors describe their experience with the so called white code ambulatory which is a strategy to divert patients with minor injuries or illnesses in a different setting. The experience has been evaluated with a customer satisfaction survey that has shown a good level of satisfaction among patients. There seems to be no opportunistic increase of demand by patients of health care delivery.