

Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige

**IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DI
BOLZANO: UN DELICATO RUOLO TRA MEDICINA DI
BASE E ACCESSO OSPEDALIERO. ANALISI
STATISTICA DI UN MESE DI ATTIVITA'.**

Medico in formazione: Dr. Giulia De Salvador

Triennio 2014-2017

Indice

ABSTRACT.....	2
INTRODUZIONE.....	6
OBIETTIVO DELLO STUDIO.....	8
MATERIALI E METODI.....	9
RISULTATI.....	10
DISCUSSIONE.....	19
CONCLUSIONI.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	27
ALLEGATO 1.....	28

ABSTRACT

INTRODUZIONE: Negli ultimi mesi stanno sempre più emergendo, sia per gli addetti ai lavori che per la popolazione, le difficoltà del Pronto Soccorso dell' Ospedale Centrale di Bolzano a gestire le richieste dei cittadini soprattutto durante il fine settimana, quando i Medici di Medicina Generale non sono in servizio e al loro posto è attivo il servizio di Guardia Medica.

Le proposte avanzate da più parti sono differenti; la possibile soluzione al problema, che al momento sembra essere la più accreditata, è il trasferimento dei medici della continuità assistenziale in ambulatori attigui al Pronto Soccorso.

Molto spesso i colleghi medici del Pronto Soccorso attribuiscono parte della responsabilità del sovraccollamento del Pronto Soccorso a mancanze dei Medici di Medicina Generale e in particolare, proprio nei fine settimana, dei medici di Continuità Assistenziale.

Per provare a comprendere meglio se questa sensazione possa risultare fondata oppure no, si è pensato di indagare con questa tesi quali siano le principali patologie per le quali i pazienti accedono al servizio di Guardia Medica e quale sia la modalità di intervento/risposta del servizio di Continuità Assistenziale nei confronti delle domande pervenute.

OBIETTIVI: l'obiettivo dell'elaborato è quello di analizzare un campione di interventi per comprendere meglio quali tipologie di pazienti si rivolgono maggiormente al servizio di Continuità Assistenziale, se questi utenti avevano (soprattutto nel caso di patologie insorte da più di 48 ore) già avuto un contatto col proprio Medico di Medicina Generale o meno e, in quest'ultimo caso, comprendere, se possibile, il motivo del mancato contatto.

I dati ottenuti saranno confrontati con quelli di altre realtà italiane per una migliore valutazione dell'attività dei medici del servizio di Continuità Assistenziale del Comprensorio sanitario di Bolzano.

Obiettivo secondario è tentare di valutare quanto il potenziale sovraccarico del Pronto Soccorso dell' Ospedale San Maurizio possa essere effettivamente dovuto alla gestione degli utenti da parte della Guardia Medica, calcolando la percentuale di pazienti che in seguito all'intervento del servizio di Continuità Assistenziale è stata inviata in Pronto Soccorso e le patologie che maggiormente sono alla base dell'invio al servizio ospedaliero, per un percorso diagnostico terapeutico più specifico; in questo modo si potrebbe determinare momentaneamente un primo criterio di appropriatezza.

MATERIALI E METODI: sono stati raccolti, attraverso un apposito modulo da me elaborato (Allegato 1), i dati relativi ad un campione degli interventi (telefonici/ambulatoriali e domiciliari) effettuati dal servizio di Guardia Medica di Bolzano nel mese di maggio 2017 nei turni diurni e notturni (sia infrasettimanali che nel week-end). Il modulo è stato messo a disposizione dei medici del servizio con delle brevi istruzioni per la corretta compilazione.

Dalla rilevazione dei dati si è deciso di escludere solamente gli interventi pediatrici (<14aa) e quelli legati a constatazioni di decesso – che non possono essere effettuate dal Pronto Soccorso - , nonché schede di raccolta non correttamente ed integralmente compilate. Si è optato per escludere dalla raccolta dei dati gli interventi pediatrici in quanto, soprattutto per i bambini più piccoli, molti colleghi riscontrano difficoltà operative nella visita e quindi nel formulare una corretta diagnosi e per questo, per garantire un servizio corretto e salvaguardare la salute di questa tipologia di utenti, spesso si preferisce che questi pazienti vengano visitati dai pediatri e si procede all'invio al servizio ospedaliero.

RISULTATI: Sono stati presi in esame un totale di 289 interventi erogati dal servizio di Continuità Assistenziale di Bolzano; essi risultano essere così suddivisi: 39,79% telefonici; 50,17% ambulatoriali e 10,04% domiciliari. È emerso che il 61,9% degli interventi si è reso necessario a seguito di una patologia acuta, il 24,9% a seguito di una patologia subacuta, il 7,3% in pazienti affetti da patologia cronica e solo il 5,9% in utenti con riacutizzazione di una patologia cronica preesistente.

Solo il 17% dei pazienti aveva precedentemente interpellato il proprio medico curante. La mancanza del contatto con il Medico di Medicina Generale è da attribuire nel 64,5% dei casi al fatto che si trattasse di una

patologia acuta; un 7,4% dei pazienti lamenta invece un Medico di Medicina Generale non raggiungibile e/o disponibile; un ulteriore 4,5% degli utenti dichiara di rivolgersi al servizio di Continuità Assistenziale, in quanto il proprio curante riceve solo su appuntamento e non avrebbe quindi tempi di risposta adeguati alla patologia acuta in essere.

Dalle schede raccolte emerge come il 12,11% degli utenti sia stato indirizzato al Pronto Soccorso per un approfondimento clinico-diagnostico, prevalentemente per patologie di natura cardiovascolare, traumatica e palliativa.

DISCUSSIONE: I dati elaborati ci forniscono un quadro in cui il carico di lavoro del servizio di Bolzano risulta essere ben superiore alla media nazionale del 2014 con un numero di interventi/ora di servizio superiore del 33%. A fronte di ciò il servizio di Continuità Assistenziale di Bolzano risulta essere quello con il minore tasso di visite domiciliari e il maggiore di accessi telefonici.

Circa un quarto degli accessi risulta avvenire in seguito a patologie subacute, caratterizzate quindi da una tempistica di insorgenza che avrebbe permesso un contatto con il proprio medico curante.

Secondo una percentuale non trascurabile di pazienti il Medico di Medicina Generale era difficilmente raggiungibile oppure non disponibile: questo potrebbe trovare spiegazione nella difficoltà di far conciliare gli orari di lavoro degli utenti con quello di apertura dei Medici di Medicina Generale, oppure almeno parzialmente far ipotizzare che gli orari di apertura dei curanti siano concentrati in fasce orarie non equamente distribuite nell'arco della giornata.

La percentuale di pazienti inviata al Pronto Soccorso risulta essere del 12,1%. Il servizio di Continuità Assistenziale si è rivelato perfettamente capace di gestire in autonomia i casi di infezioni delle alte vie respiratorie, le patologie otorinolaringoiatriche, odontoiatriche, così come i pazienti affetti da febbre o con morsi di zecca e le richieste di informazioni su farmaci ed esami: nessuno degli utenti che si è rivolto al servizio per queste ragioni è infatti stato dirottato al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Bolzano. I pazienti traumatizzati, quelli con patologie cardiovascolari e palliative/neoplastiche sono quelli in cui il servizio di Continuità Assistenziale meno riesce a garantire cure adeguate e per cui ricorre più frequentemente all'invio in ospedale.

CONCLUSIONI: La distribuzione dei pazienti appare ben suddivisa tra i diversi ambiti specialistici della medicina e in linea generale le richieste di intervento appaiono motivate ed appropriate con l'attività di competenza del servizio di Continuità Assistenziale.

Molti accessi dell'utenza risulterebbero però anticipabili o differibili agli orari di attività del proprio medico curante; la scelta di rivolgersi al servizio di Continuità Assistenziale è spesso dettata dalla comodità di orari.

Dal confronto con i dati nazionali emergerebbe un carico di lavoro superiore alla media italiana.

L'attività svolta nel servizio di Continuità Assistenziale non sembrerebbe avere una correlazione con il sovraccarico di lavoro lamentato dal Pronto Soccorso dell'Ospedale San Maurizio di Bolzano, in quanto i medici della Guardia Medica inviano al servizio ospedaliero solo 12,1% dei loro utenti.

Sarebbe utile analizzare quanti dei pazienti che si rivolgono direttamente al Pronto Soccorso avrebbero in realtà un grado di gravità ed urgenza o patologie di competenza del servizio di Continuità Assistenziale e quindi quanto lavoro richiesto ai colleghi ospedalieri possa essere spiegato con un problema di informazione ed educazione della popolazione.

HINTERGRUND: In den letzten Monaten treten in der Ersten Hilfe (EH) des Krankenhauses Bozen zunehmend Schwierigkeiten auf die Nachfrage der Bevölkerung, vor allem während den Wochenenden zu befriedigen., wenn der Dienst der Allgemeinmediziner eingestellt ist und nur der Dienst der Betreuungskontinuität aktiv ist. Verschiedene Lösungen des Problems sind vorgeschlagen worden. Die Lösung die zur Zeit am stärksten vertreten wird, ist die, welche vorsieht Ärzte der Betreuungskontinuität in Praxen anliegend der EH unterzubringen. Oft schreiben die ärztlichen Kollegen der EH Teil der Verantwortung der Überfüllung der EH den Ärzten für Allgemeinmedizin zu, und gerade am Wochenende den Ärzten der Betreuungskontinuität.

Um zu verstehen ob dieser Eindruck fundiert sein kann, möchte man durch diese Arbeit versuchen, die wesentlichsten Krankheitsbilder zu erfassen für welche die Patienten den Dienst für Betreuungskontinuität aufsuchen und erläutern wie diese dann durch den Dienst gehandhabt werden.

ZIELE: Hauptziel der Arbeit ist es, anhand eines Musters von Eingriffen zu erfahren, welcher Patiententyp mehr den Dienst für Betreuungskontinuität aufsucht, und ob diese Patienten (vor allem bei Pathologien die schon mehr als 48 Stunden anhalten) den Arzt für Allgemeinmedizin kontaktiert hatten oder wenn nicht dann aus welchem Grund.

Die Ergebnisse werden dann mit anderen italienischen Realitäten verglichen.

Sekundäres Ziel: analysieren wie weit die Überfüllung der EH des Bozner KH wirklich von der Führung des Dienstes für Betreuungskontinuität abhängt, in dem man den Prozentsatz der Patienten errechnet die nach einer Beratung bei der Betreuungskontinuität der EH zugewiesen worden sind und der Krankheitsbilder, die zu einer KH-Einweisung führen; dadurch könnte man erstmals ein geeignetes Kriterium erfassen.

METHODEN: Durch ein von mir erstelltes Formular, sind alle Daten der Einsätze der Betreuungskontinuität (Telefonische/ ambulatoriel/ domiciliar) die im Monat Mai 2017 erfolgt sind (Tag-und Nachtdienst, während der Woche und am Wochenende) gesammelt worden. Das Formular wurde den Ärzten der Betreuungskontinuität zusammen mit einer kurzen Anleitung, zur korrekten Ausfüllung, zur Verfügung gestellt. Nicht mit einbezogen worden sind die pädiatrischen Einsätze und die Todesberichte, die nicht von einer EH durchgeführt werden können. Außerdem sind falsche oder nicht vollständig ausgefüllte Formulare ausgeschlossen worden.

ERGEBNISSE: Es sind im Ganzen 289 Eingriffe des Dienstes für Betreuungskontinuität Bozen analysiert worden. Diese sind wie folgt aufgeteilt: 39,79% telefonische; 50,17% ambulatoriel e 10,04% domiciliar. 61,9% der Einsätze war wegen einem Akutfall notwendig, 24,9% wegen subakuter Krankheit, bei 7,3% Patienten die an einer chronischer Krankheit leiden und bei 5,9% wegen Verschlechterung einer schon vorhandenen chronischen Krankheit. Nur 17% der Patienten hatte vorher den Arzt für Allgemeinmedizin aufgesucht. Der fehlende Kontakt zum Arzt für Allgemeinmedizin ist bei 64,5% dadurch bedingt, dass es sich dabei um Akutfälle handelte. 7,4% der Patienten aber beklagte sich über einen nicht erreichbaren Hausarzt. 4,5% der Patienten wenden sich dagegen direkt an den Dienst für Betreuungskontinuität weil der eigene Hausarzt nur durch Vereinbarung erreichbar ist, und sie deswegen in einem Akutfall nicht rechtzeitig behandelt würden.

Aus den erhaltenen Daten geht hervor dass 12,11% der Patienten anschließend der EH zugewiesen worden sind um das Krankheitsbild zu vertiefen, vor allem im Falle einer kardiovaskulären, traumatischen oder palliativen Krankheit.

DISKUSSION: Aus der Datenanalyse geht hervor dass der Arbeitsaufwand des Dienstes für Betreuungskontinuität Bozen weit ober dem nationalen Durchschnitt von 2014 liegt, mit einem Verhältnis Anzahl der Einsätze/ Dienststunden mehr als 33%. Der Dienst für Betreuungskontinuität Bozen weist mehr telefonische als domiciliere Einsätze auf. Ein Viertel der Zugänge kam einer subakuten Pathologie zufolge, deren zeitliches Auftreten einen Kontakt mit dem Hausarzt ermöglicht hätte.

Ein relativ großer Prozentsatz der Patienten berichtete, dass der Arzt für Allgemeinmedizin nur schwer erreichbar oder nicht verfügbar war: dies könnte dadurch bedingt sein, dass die Öffnungszeiten einer Hausarzt-Ordination nicht mit den Arbeitszeiten der Patienten vereinbar sind; oder dass die Öffnungszeiten der Ordinationen in bestimmten Zeiträumen konzentriert sind die nicht über den ganzen Tag verteilt sind.

Nur 12,1% der Patienten ist der EH zugewiesen worden. Der Dienst für Betreuungskontinuität hat bewiesen korrekt und autonom verschiedene Krankheitsbilder behandeln zu können, wie Infektionen der oberen Atemwege, HNO-Erkrankungen, Pathologien der Zahnmedizin, wie auch Patienten mit Fieber, Zeckenbiss, Patienten mit Fragen über Medikamente oder Analysen. Keiner dieser Patienten ist der EH zugewiesen worden. Bei Patienten mit Trauma, kardiovaskulären oder palliativen Fällen kann der Dienst für Betreuungskontinuität weniger eine angemessenen und korrekte Therapie garantieren und greift deswegen des Öfteren auf die Einweisung ins KH zurück.

SCHLUSSFOLGERUNGEN: Die Patienten scheinen auf die meisten Bereiche der Medizin verteilt zu sein und bei den meisten Fällen scheint die Einsatzanfrage motiviert und sachgerecht mit dem Dienst für Betreuungskontinuität zu sein.

Viele Zugänge der Patienten könnten aber mit den Öffnungszeiten der Hausarztordination entweder vorgezogen oder nachträglich ausgeführt werden. Die Entscheidung sich an den Dienst für Betreuungskontinuität zu wenden, ist meist der Bequemlichkeit der Öffnungszeiten zurückzuführen.

Aus dem Vergleich mit den nationalen Daten geht ein überdurchschnittlicher Arbeitsaufwand hervor.

Der Dienst für Betreuungskontinuität scheint nicht über die Überfüllung der EH des KH Bozen verantwortlich zu sein, da nur 12,1 % der Patienten der EH zugewiesen wurden.

Nützlich wäre es zu vertiefen, wie viele Patienten die sich direkt an die EH wenden eigentlich eine Pathologie aufweisen die wegen Schweregrad und Dringlichkeit dem Dienst für Betreuungskontinuität zustehen würde; und eben wie viel Arbeit der Kollegen der EH mit einem Problem der Information und „Erziehung“ der Patienten erklärt werden könnte.

INTRODUZIONE

Dopo tre anni di attività clinica e di didattica di approfondimento, sto per concludere il percorso per diventare Medico di Medicina Generale. Già da tempo mi sto chiedendo cosa succederà a termine dell'Accademia e quale sarà il mio ruolo all'interno del Sistema Sanitario Provinciale, visto che la richiesta è alta e la disponibilità di nuove leve risulta alquanto bassa.

Sicuramente durante questo lasso di tempo ho avuto modo conoscere, durante i mesi di tirocinio, l'attività del Medico di Medicina Generale ed al contempo mettermi alla prova come professionista autonoma con un incarico presso il Servizio di Continuità Assistenziale.

Le due esperienze mi hanno portato a conoscere le due realtà affini e creare una certa esperienza rispetto alle prerogative ed alle problematiche a cui si può andare incontro. Grazie al tirocinio presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Maurizio, ho potuto provare a rendermi conto di ciò che succede all'interno della struttura, la casistica che afferisce all'area verde ed il percorso che intraprendono i nostri utenti una volta inviati presso il servizio ospedaliero.

Si parla ormai quasi quotidianamente, sia tra addetti ai lavori che confrontandosi con i nostri utenti, delle difficoltà che ultimamente e progressivamente stanno emergendo: il Pronto Soccorso dell'Ospedale Centrale di Bolzano fatica sempre più a gestire le richieste dei cittadini, soprattutto durante il fine settimana. Gli accessi sono numerosi e probabilmente, almeno in parte, non riconducibili a criteri di emergenza/urgenza tipici e per cui tale servizio è creato, ed effettivamente il Pronto Soccorso dell'unico Ospedale di II Livello può trovarsi in difficoltà in caso di gestione simultanea di codici colore gravi (rosso e giallo) e di codici differibili (verde e azzurro). Secondo l'opinione di buona parte del personale ospedaliero, il sovraffollamento di codici azzurri e verdi sembra essere particolarmente elevato proprio nei lassi temporali durante i quali i Medici di Medicina Generale non sono in servizio e al loro posto è attivo il servizio di Continuità Assistenziale. Tra le possibili soluzioni al problema è stato proposto il trasferimento dei medici della Continuità Assistenziale in ambulatori attigui al Pronto Soccorso, in maniera tale da poter consentire all'infermiere triagista di inviare i pazienti differibili, o con accesso del tutto inappropriato al Pronto Soccorso, all'ambulatorio della Continuità Assistenziale senza causare troppo disagio all'utenza e senza incontrare troppa resistenza da parte della stessa.

Ricorrente è anche l'opinione che il servizio di Continuità Assistenziale sia frutto di lavoro ulteriore per il Pronto Soccorso per un numero ritenuto, in via teorica, troppo alto di utenti inviati al servizio ospedaliero.

Alla luce di queste ipotesi ed opinioni, ho quindi pensato indagare con la mia tesi quali siano le principali patologie per le quali i pazienti si rivolgono al servizio di Continuità Assistenziale e quale sia la modalità di intervento/risposta del servizio nei confronti della popolazione ed in quanti e quali casi i colleghi di Guardia Medica siano effettivamente responsabili di invii al Pronto Soccorso teoricamente appropriati oppure no.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo dell'elaborato é quello di analizzare un campione di interventi per comprendere meglio quali tipologie di pazienti si rivolgono maggiormente al servizio di Continuità Assistenziale, se questi utenti avevano (soprattutto nel caso di patologie insorte da più di 48 ore) già avuto un contatto col proprio Medico di Medicina Generale o meno e, in quest'ultimo caso, comprendere, se possibile, il motivo del mancato contatto.

I dati ottenuti saranno confrontati con quelli di altre realtà italiane per una migliore valutazione dell'attività dei medici del servizio di continuità assistenziale del Comprensorio sanitario di Bolzano.

Obiettivo secondario è tentare di valutare quanto il potenziale sovraccarico del Pronto Soccorso dell'Ospedale San Maurizio possa essere effettivamente dovuto alla gestione degli utenti da parte della Guardia Medica, calcolando la percentuale di pazienti che in seguito all'intervento del servizio di Continuità Assistenziale é stata inviata in Pronto Soccorso e le patologie che maggiormente sono alla base dell'invio al servizio ospedaliero, per un percorso diagnostico terapeutico più specifico; in questo modo si potrebbe determinare momentaneamente un primo criterio di appropriatezza.

MATERIALI E METODI

Sono stati raccolti, attraverso un apposito modulo da me elaborato (Allegato 1), i dati relativi ad un campione degli interventi (telefonici/ambulatoriali e domiciliari) effettuati dal servizio di Guardia Medica di Bolzano nel mese di maggio 2017 nei turni diurni e notturni (sia infrasettimanali che nel week end). Il modulo è stato messo a disposizione dei medici del servizio con delle brevi istruzioni per la corretta compilazione.

Dalla rilevazione dei dati si è deciso di escludere solamente gli interventi pediatrici (<14aa) e quelli legati a constatazioni di decesso – che non possono essere effettuate dal Pronto Soccorso - , nonché schede di raccolta non correttamente ed integralmente compilate. Si è optato per escludere dalla raccolta dei dati gli interventi pediatrici in quanto, soprattutto per i bambini più piccoli, molti colleghi riscontrano difficoltà operative nella visita e quindi nel formulare una corretta diagnosi e per questo, per garantire un servizio corretto e salvaguardare la salute di questa tipologia di utenti, spesso si preferisce che questi pazienti vengano visitati dai pediatri e si procede all’invio al servizio ospedaliero.

Per l’elaborazione statistica e grafica dei dati si è utilizzato il software Microsoft Excel 2011 per Mac, versione 14.4.0.

Per le informazioni di background e per il reperimento dei dati relativi ad altri contesti analoghi è stata effettuata una ricerca ecologica attraverso i principali motori di ricerca.

RISULTATI

Come già esposto nel capito “Materiali e Metodi”, al fine dell’analisi statistica, sono stati presi in esame un totale di 289 interventi erogati dal Servizio di Continuità Assistenziale di Bolzano.

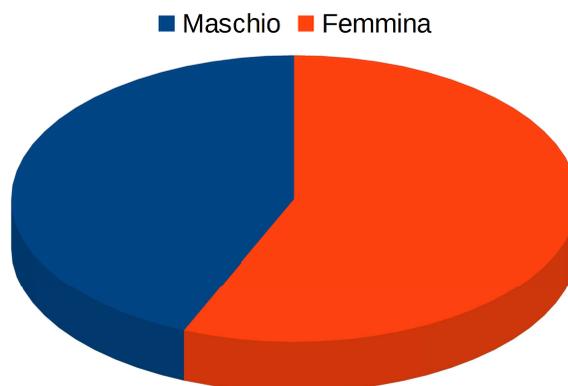
Tali interventi sono stati raggruppati, per prima cosa, rispetto ad una macrocategoria relative alla tipologia di impegno del Medico in servizio, indipendentemente dalla natura dell’intevento, e risultano così suddivisi:

- 39,79% telefonici
- 50,17% ambulatoriali
- 10,04% domiciliari

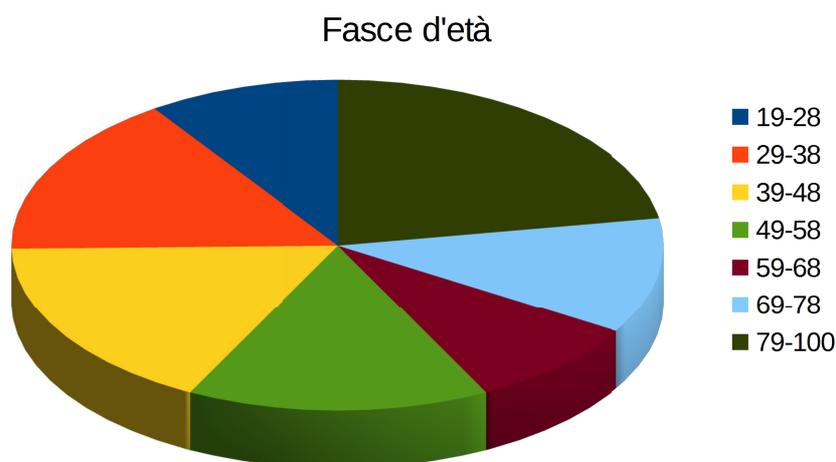


Dopo tale analisi, per verificare se il campione preso in esame è perfettamente comparabile con la totalità degli interventi del mese considerato, si è proceduto a verificare e confrontare le percentuali che emergono nello studio con i dati estrapolabili attraverso il gestionale Gmed. Da tale confronto emerge immediatamente una discrepanza: in particolare il numero degli interventi telefonici sarebbe sottostimato rispetto a quello reale (52,56%): una ragione per questa differenza riscontrata potrebbe essere il fatto che molti interventi telefonici consistano in semplici consigli che non sempre richiedono una preparazione medica specifica, quanto più uso del buon senso o siano semplici richieste di informazioni generiche; tale teoria potrebbe giustificare una mancata registrazione di alcune telefonate sull’apposito questionario, in quanto non percepite come intervento vero e proprio.

Dalle schede compilate è stato estrapolato il dato relative alla distribuzione degli interventi rispetto al genere degli utenti: emerge come siano in prevalenza le donne (56,4%) a richiedere l'intervento del servizio di continuità assistenziale.

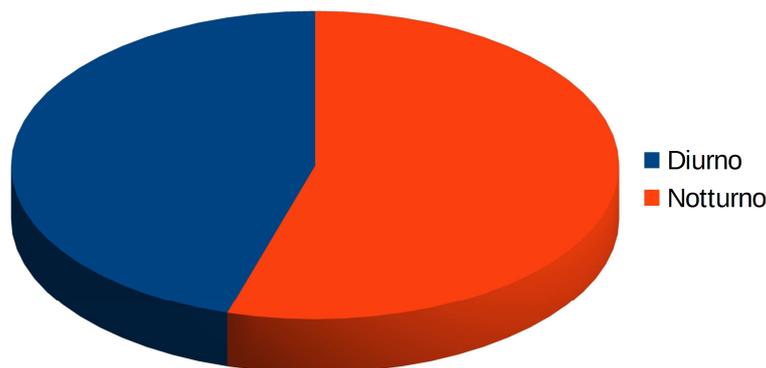


Si è provveduto, successivamente, a suddividere gli utenti per fasce d'età – ricordiamo che non sono state elaborate le schede relative a pazienti d'età inferiore ai 14 anni e pertanto la prima classe in esame è 14-18. È Interessante notare come esista una prima conferma ad un'opinione comune e cioè che la maggiore richiesta di interventi proviene dalle fasce più anziane: risulta, difatti, che il 21,2% dei pz che richiede l'intervento del medico ha un'età superiore ai 78 anni, un ulteriore 10,7% ha un'età compresa tra i 69 e i 78 anni. Non di poco conto è anche il bisogno assistenziale dei pazienti di età compresa tra 29 e 38 aa (14,9%), tra i 39 e i 48 (16,3%) e tra i 49 e 58 (14,2%), che risultano però avere una distribuzione abbastanza equamente suddivisa e quindi non particolarmente interessante.



Appare evidente una maggiore distribuzione degli interventi durante i turni notturni (54,7%) rispetto a quelli diurni (45,3%) Questo dato appare in linea con le informazioni degli interventi registrato attraverso il programma in uso al servizio (53,4% notturno e 46,6% diurno) e rende pertanto il campione significativo.

Si è deciso di calcolare statisticamente il valore relativo al rapporto interventi/ora di servizio: durante i turni notturni la GM di Bolzano effettua in media 1 intervento ogni ora e 20 minuti, mentre durante i turni diurni viene effettuato in media un intervento ogni 15 minuti.



Andando ad analizzare la fascia oraria con maggior numero di interventi appare chiaro come questa sia quella compresa tra le ore 20 e le ore 24, in cui si hanno il 43,6% degli interventi analizzati; significativa è anche la percentuale di interventi che si hanno nella fascia oraria diurna compresa tra le ore 8 e le ore 12, pari cioè ad un 27,3%. Questo dato appare ancor più rilevante se consideriamo il numero nettamente minore di turni diurni, rispetto a quelli notturni.

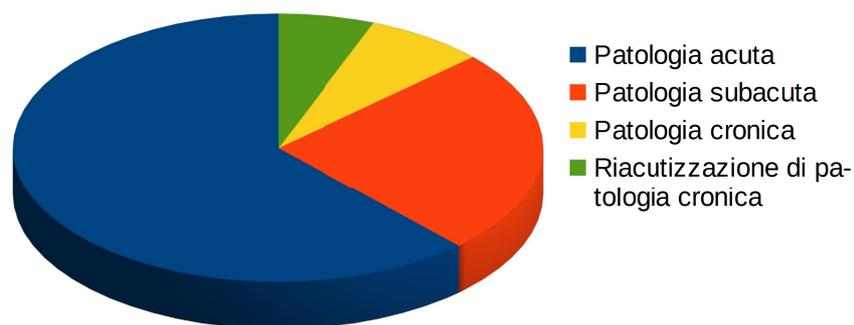


Dopo questa prima analisi relative alla tipologia di intervento ed a caratteristiche generali (non correlate con gli aspetti puramente medico/sanitari), è stato valutato il motivo dell'intervento, suddividendo in prima battuta la tipologia di intervento rispetto al tempo di insorgenza della sintomatologia, dei segni o di diagnosi di patologia specifica, come segue:

- patologia acuta (viene considerata tale se instauratasi da meno di 48 ore)
- patologia subacuta (con un tempo di insorgenza maggiore a 48 ore)
- patologia cronica (in questo caso si è chiesto ai colleghi di fare riferimento alla classificazione in letteratura della singola patologia)
- riacutizzazione di patologia cronica.

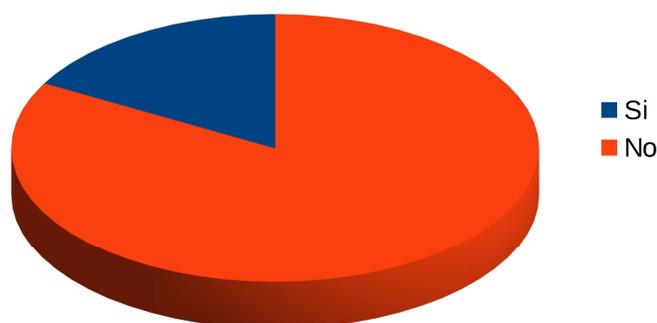
È emerso che il 61,9% degli interventi si è reso necessario a seguito di una patologia acuta, il 24,9% a seguito di una patologia cronica, il 7,3% in pazienti affetti da patologia cronica e solo il 5,9% in utenti con riacutizzazione di una patologia cronica preesistente.

Motivo intervento



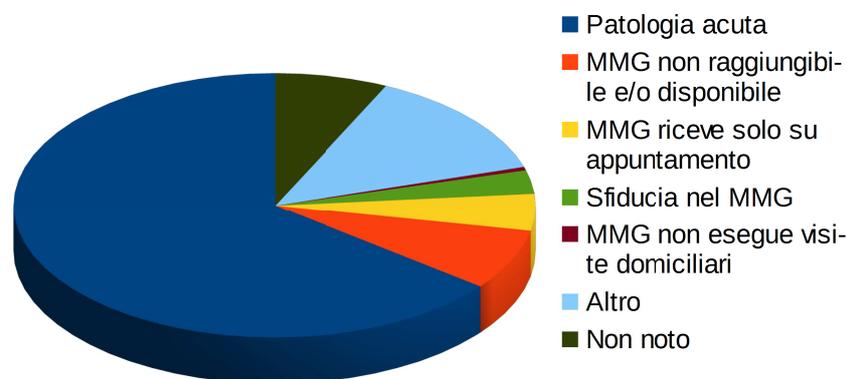
Si può notare come solo il 17% dei pazienti che ha contattato il servizio di continuità assistenziale di Bolzano avesse precedentemente interpellato il proprio medico curante per lo stesso motivo.

Contatto con proprio MMG



Rispetto a questo ultimo dato, attraverso la raccolta dati si è cercato di comprendere il motivo per il quale non ci fosse stato l'eventuale consulto con il curante. La mancanza del contatto con il Medico di Medicina Generale è da attribuire nel 64,5% dei casi al fatto che si trattasse di una patologia acuta (insorta o peggiorata nelle ultime ore); un 7,4% dei pazienti lamenta invece un Medico di Medicina Generale non raggiungibile e/o disponibile; un ulteriore 4,5% degli utenti dichiara di rivolgersi al servizio di Continuità Assistenziale, in quanto il proprio curante riceve solo su appuntamento e non avrebbe quindi tempi di risposta adeguati alla patologia acuta in essere. Solamente sette pazienti, pari al 2,9% del campione analizzato, manifestano sfiducia nei confronti del proprio medico e solo uno (0,4%) dichiara di essersi rivolto alla Continuità Assistenziale in quanto il proprio curante non effettua visite domiciliari. Interessante è notare che non si conosce la ragione del mancato contatto col curante nel 13,2% dei casi presi in esame e che in un ulteriore 7% dei questionari è stata compilata la voce "altro". Le motivazioni più frequenti addotte in questo caso sono state la mancanza di un curante e un orario di lavoro o studio non compatibile con gli orari del proprio MMG.

Motivo del mancato contatto

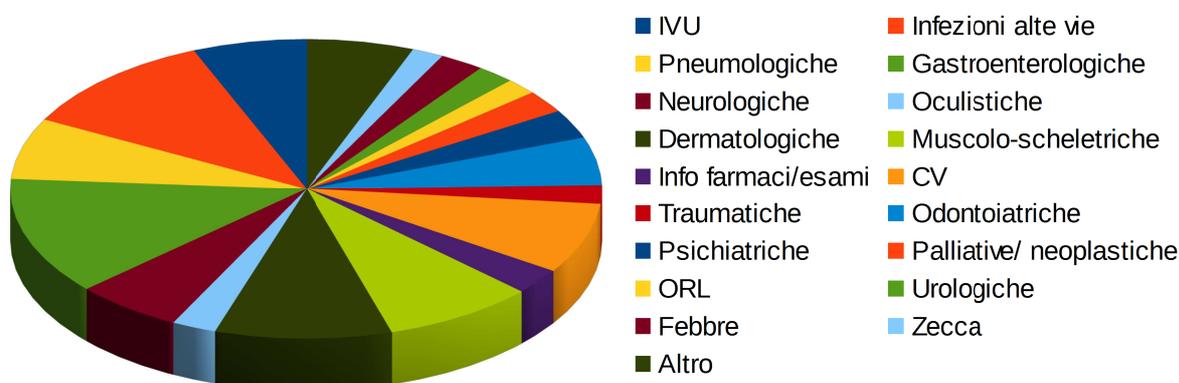


Si è proceduto in un secondo momento ad analizzare le caratteristiche cliniche del campione selezionato per desumerne informazioni specifiche di interesse medico.

Per fare questo il primo passaggio è stato quello di raggruppare sospetti diagnostici formulati dal medico di turno secondo le principali branche mediche specialistiche e/o patologie; per rendere l'analisi e la discussione dei dati più chiara, si è deciso di accorpate nella categoria "altri" le branche specialistiche o le patologie che non raggiungessero una frequenza in termini di valore assoluto pari a 5.

Si può notare come il servizio di Continuità Assistenziale sia stato interpellato soprattutto per patologie gastroenterologiche (12,8%), per infezioni delle alte vie respiratorie (11,1%), patologie dermatologiche (9,7%), muscolo-scheletriche (8,3%) e cardiovascolari (7,6%).

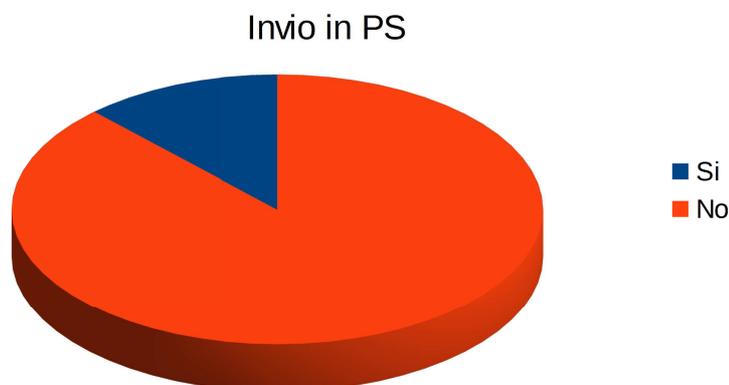
Branche specialistiche/ patologie	Percentuale
Gastroenterologiche	12,8
Infezioni alte vie	11,1
Dermatologiche	9,7
Muscolo-scheletriche	8,3
CV	7,6
Pneumologiche	6,6
IVU	6,2
Altro	5,9
Neurologiche	5,9
Odontoiatriche	5,2
Psichiatriche	3,1
Info farmaci/esami	2,8
Febbre	2,4
Oculistiche	2,4
Palliative/ neoplastiche	2,4
Traumatiche	2,1
Urologiche	2,1
ORL	1,7
Zecca	1,7



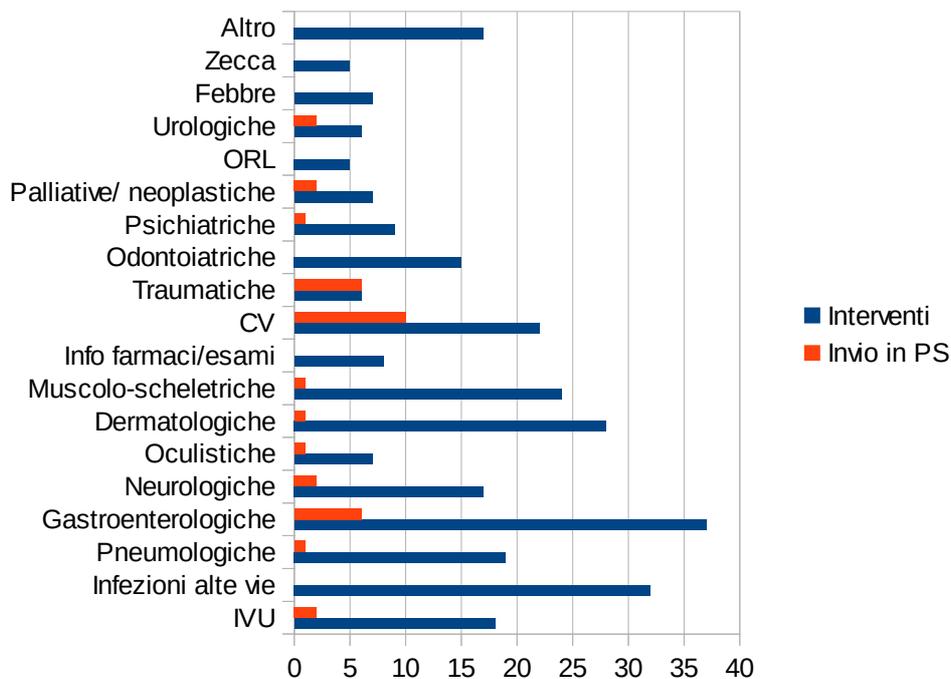
Un'ulteriore analisi è stata condotta elaborando i dati relativi all'esito dell'intervento da parte dei medici in servizio interpellati, per comprendere se il percorso diagnostico-terapeutico ha avuto origine e conclusione presso il servizio stesso, oppure se è stato necessario un immediato

approfondimento diagnostico (consulto specialistico, diagnostica strumentale e/o per immagini, etc.).

Dalle schede raccolte emerge come il 12,11% degli utenti sia stato indirizzato al Pronto Soccorso per un approfondimento clinico-diagnostico.

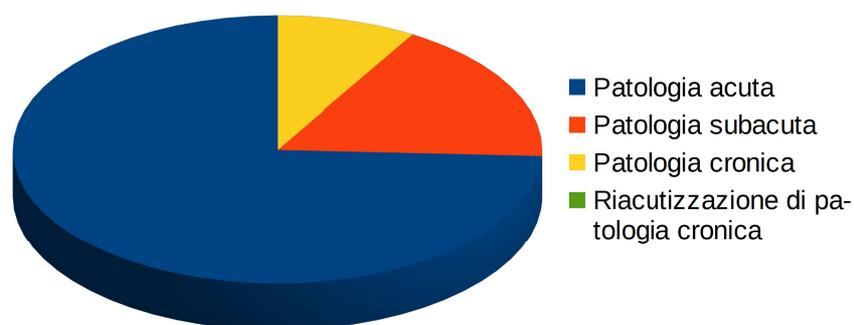


È da rilevare come, sul totale degli invii, il 28,6% si sia reso necessario a causa di una prima diagnosi di disturbo o patologia di origine cardiovascolare (pari al 45,5% dei pazienti con patologie CV che si è rivolta al servizio). Il 17,1% dei pazienti è stato invece inviato in Pronto Soccorso in seguito ad un evento traumatico (pari al 100% dei pazienti traumatici che si sono rivolti al servizio di continuità assistenziale), un altro 17,1% degli invii è stato eseguito a seguito di patologie gastroenterologiche (16,2% del totale).

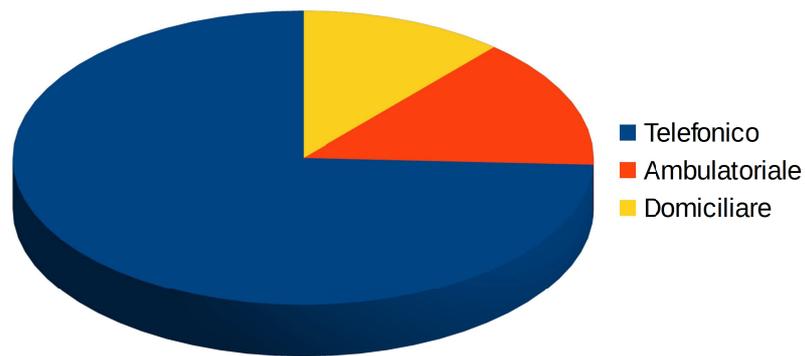


	Percentuale invii per singola patologia	Percentuale su tot invii
Traumatiche	100	17,1
CV	45,5	28,6
Urologiche	33,3	5,7
Palliative/ neoplastiche	28,6	5,7
Gastroenterologiche	16,2	17,1
Oculistiche	14,3	2,9
Neurologiche	11,8	5,7
IVU	11,1	5,7
Psichiatriche	11,1	2,9
Pneumologiche	5,3	2,9
Muscolo-scheletriche	4,2	2,9
Dermatologiche	3,6	2,9
Infezioni alte vie	0	0
Info farmaci/esami	0	0
Odontoiatriche	0	0
ORL	0	0
Febbre	0	0
Zecca	0	0
Altro	0	0

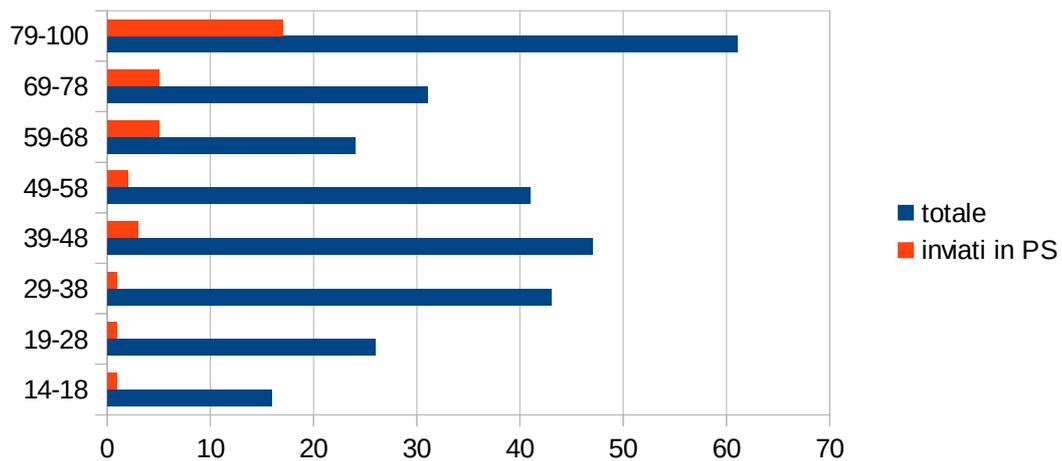
Rispetto all'insorgenza temporale del disturbo che ha spinto l'utente a contattare il servizio di Continuità Assistenziale, il 74,3% dei pazienti inviati al pronto soccorso aveva in atto una patologia acuta, il 17,1% lamentava una patologia subacuta e l'8,6% soffriva di una patologia cronica.



Nel 74,3% dei casi si è consigliato l'accesso diretto al Pronto Soccorso immediatamente dopo un triage telefonico non strutturato; nel 14,3% dei casi si è consigliata la visita in Pronto Soccorso a seguito della visita ambulatoriale ed in un 11,4% si è resa necessaria l'ospedalizzazione a seguito della visita domiciliare effettuata dal medico di Continuità Assistenziale.



Si è deciso di incrociare ed analizzare i dati relativi all'invio al Pronto Soccorso con le fasce d'età dell'utenza. Dall'analisi dell'età dei pazienti inviati in PS è emerso che quasi la metà (il 50%) degli invii (48,6%) sia relativa a pazienti con età superiore ai 78 anni, pari al 27,9% dei pazienti di quella fascia d'età che si sono rivolti al servizio di Continuità Assistenziale.



Fasce d'età	Percentuale su totale invii
14-18	2,9
19-28	2,9
29-38	2,9
39-48	8,6
49-58	5,7
59-68	14,3
69-78	14,3
79-100	48,6

DISCUSSIONE

La presenza del servizio di Continuità Assistenziale sul territorio di ogni regione è sancita per legge ed è regolata dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) stipulato con i Medici di Medicina Generale (MMG) e dagli accordi applicative delle singole regioni. Per stabilire il numero di Medici per il servizio di Continuità Assistenziale da impiegare in ogni ASL, si fa riferimento all'articolo nr. 64 comma 2 dell'Accordo siglato in data 23/5/2005; con tale articolo viene fissato il rapporto di riferimento medico/abitanti, che risulta essere quantificato in uno ogni 5.000 abitanti residenti.

Dai dati forniti dal Ministero della Salute, riguardanti l'anno 2014, risulta che in Italia fossero impiegati nel servizio di continuità assistenziale un totale di 11.921 medici titolari, distribuiti in 2881 postazioni sul territorio nazionale. Ogni postazione di Guardia Medica forniva mediamente una prestazione ogni due ore di turno, pari a 5,5 prestazioni per turno. I dati elaborati in questo lavoro ci forniscono un quadro in cui il carico di lavoro del servizio di Bolzano risulta essere ben superiore alla media nazionale del 2014, con una media complessiva di una prestazione ogni ora e 20 minuti (+33% rispetto alla media nazionale), con una media diurna che arriva ad essere di un intervento ogni 15 minuti. La fascia oraria in assoluto più impegnativa per numero di richieste è quella dalle ore 20 alle ore 24 (43,6% degli interventi campione), fatto che potrebbe indicare quanto potenzialmente il servizio di Continuità Assistenziale venga preso in considerazione della popolazione di lavoratori, che si trova in difficoltà a recarsi dal proprio Medico di Medicina Generale durante le ore diurne per motivi appunto lavorativi; tale affermazione è avvalorata da un complessivo 18,9% di utenti che lamenta un MMG non disponibile o raggiungibile, che riceve solo su appuntamento oppure altre motivazioni (tra cui nello specifico orari di lavoro non compatibili). Considerando che il 60% degli accessi riguarda la popolazione di età compresa tra i 14 ed i 68 anni, tale informazione prende ancora più consistenza.

Il medico di continuità assistenziale, sulla base della valutazione del bisogno espresso dall'utente attraverso un primo contatto telefonico, può rispondere secondo tre modalità:

- tramite consulto solamente telefonico;
- attraverso visita ambulatoriale (ove possibile secondo i criteri di trasportabilità dell'utente);
- mediante visita domiciliare (limitata ai casi di intrasportabilità del paziente presso la postazione più vicina attiva al momento della richiesta).

Secondo i dati forniti dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas, 2011) le prestazioni della Continuità Assistenziali sono costituite soprattutto da interventi e prescrizioni fatte

presso la sede della guardia medica (60% in media) e da consulenze telefoniche. Le visite domiciliari sono assai più rare.

Rispetto al 60% riportato da Agenas, possiamo affermare che nel campione in esame si è rilevato un 50,17% di interventi ambulatoriali (quasi 10 punti percentuali in meno a Bolzano rispetto alla media nazionale) ed un quasi 40% di interventi telefonici (che ricordiamo essere sottostimati nel campione rispetto alla media reale registrata dal programma gestionale utilizzato presso il servizio). Si conferma quindi in linea di massima il dato nazionale del 2014, secondo cui le visite domiciliari siano da ritenersi effettivamente rare anche nella nostra realtà provinciale.

Si sono ricercati dati relativi ad altre realtà in letteratura ed è stato possibile reperire quelli dell'ex ASL di Senigallia (Ancona), ASL di Torino ed ASL di Alessandria. Confrontando i dati campione di Bolzano con le statistiche delle tre realtà sopraccitate, possiamo notare come il numero di visite ambulatoriali effettuate nel 2009 a Senigallia (52,8%) sia sostanzialmente in linea con il dato bolzanino (50,17%) e sempre significativamente al di sotto della media nazionale; molto differente è invece l'impegno di lavoro legato agli interventi telefonici (solo il 16% a Senigallia rispetto al 39,79% di Bolzano, più del doppio nella nostra realtà) ed alle visite domiciliari (31,2% di Senigallia rispetto al 10% di Bolzano) che risultano essere nettamente invertiti come numerosità.

I dati dell'ex ASL di Senigallia, che abbiamo detto avere analogia solo per quanto riguarda le visite ambulatoriali, sono però molto diversi da quelli di uno studio effettuato nelle ASL di Torino ed Alessandria, da cui emergono un 18% di visite domiciliari – molto più vicino al 10% bolzanino ma ancora parecchio distanti dal nostro dato, un 38% di visite ambulatoriali contro il quasi 53% di Bolzano e 60% nazionale, un 44% di consulti telefonici (dato molto vicino invece a quello del nostro campione di riferimento e dell'intero periodo) possiamo quindi riassumere che il servizio di Continuità Assistenziale di Bolzano sia quello con il minore tasso di visite domiciliari (10%BZ vs 18%TO-AL vs 31%Senigallia), mentre gli accessi telefonici appaiono in linea con quelli piemontesi e sostanzialmente maggiori di quelli di Senigallia(40% vs 44% vs 16%). In assenza di ulteriori dati specifici e recenti, si può solo affermare che le realtà del nord Italia registrino più analogie rispetto alla realtà del centro del nostro Paese.

Il paziente tipico che si rivolge al servizio di Continuità Assistenziale è un paziente di sesso femminile e di età avanzata. Il dato sull'età dei pazienti è in linea con quello che emerge anche da uno studio effettuato dalle Asl di Torino e Alessandria, in cui la fascia d'età per la quale si è rilevata maggiormente necessaria l'assistenza a domicilio è risultata essere quella tra 75-84 anni e gli over 85 anni, che sono le fasce d'età dove troviamo una situazione di maggiore fragilità per la presenza di patologie croniche o di più patologie.

L'osservazione di una maggiore presenza di interventi notturni (54,7%) rispetto a quelli diurni (45,3%) si può facilmente spiegare col fatto che numericamente, nell'arco di un mese e dell'anno, i turni notturni siano molto maggiori di quelli diurni: il servizio di continuità assistenziale è infatti attivo in orario diurno solo durante le giornate di sabato e domenica e in eventuali giorni festivi e prefestivi; il turno notturno è invece attivo sette giorni su sette. Nel periodo preso in esame, nello specifico, oltre che nei weekend, è stato attivo solo nella giornata festiva del primo maggio. Questa interpretazione trova conferma nel dato, già discusso precedentemente, della media di prestazioni che risulta essere di una ogni ora e 20 minuti di attività nei turni notturni e una ogni 15 minuti in quelli diurni.

Analizzando i dati relativi al tempo di insorgenza della condizione di salute o patologia, è interessante notare come poco più di due terzi delle chiamate (67,8%) giungano al nostro servizio a seguito di patologie acute o riacutizzazioni di patologie croniche, ovvero proprio per quelle condizioni che ricadono indiscutibilmente nella casistica specifica che dovrebbe caratterizzare il lavoro del servizio di Continuità Assistenziale. Circa un quarto degli accessi, per la precisione il 24,9%, risulta avvenire in seguito a patologie subacute, e che sono caratterizzate quindi da una tempistica di insorgenza della condizione che avrebbe permesso un contatto con il proprio medico curante durante il periodo in cui quest'ultimo è in servizio. Non si ritiene trascurabile, anzi il contrario, il 7,3% delle richieste di intervento che provengono da pazienti che lamentano patologie croniche, senza riacutizzazione in corso: questa tipologia di interventi risulta non rientrare nella casistica tipica di competenza del servizio di Continuità Assistenziale e non fa altro che aumentare il carico di lavoro – che ricordiamo essere più alto rispetto alla media nazionale – con consultazioni e/o accessi che non appaiono motivati durante l'orario notturno o in giornate festive; tali condizioni di salute dovrebbero essere riconosciute e percepite dagli utenti e dalla popolazione provinciale come situazioni da sottoporre alla valutazione del Medico di Medicina Generale.

Quanto appena sostenuto sembrerebbe trovare conferma anche dall'analisi riguardante l'eventuale contatto o meno degli utenti della Continuità Assistenziale con il proprio medico curante prima dell'accesso al servizio. Solo il 17% dei pazienti dichiara di aver già interpellato il proprio medico per la patologia in atto, mentre il restante 83% nega ogni contatto col curante, confermando proprio quanto sia potenzialmente possibile che la popolazione non comprenda che il servizio di Continuità Assistenziale sia riservato a situazioni relativamente urgenti e legate a condizioni acute o riacutizzazioni e che si sostituisca al Medico di Medicina Generale solo in questi specifici casi.

Approfondendo le motivazioni addotte dagli utenti rispetto al non contatto con il curante, circa 2/3 di essi (64,5%) riferisce al medico di turno che la mancanza del contatto è da ricondursi

all'insorgenza acuta della patologia: il fatto che il numero di pazienti che fornisce questa spiegazione come causa del mancato contatto con proprio MMG sia inferiore rispetto a quelli con patologie acute (o riacutizzata) in corso, potrebbe essere spiegato dalla definizione stessa di patologia acuta, ossia insorta da meno di 48 ore, che soprattutto per quanto riguarda i turni infrasettimanali potrebbe avere lasciato il tempo al paziente di contattare il proprio curante o almeno la sensazione che il motivo del non contatto fosse diverso dal tempo di insorgenza della patologia.

Ad una prima analisi sembrerebbe buono il rapporto di fiducia esistente tra gli assistiti ed i propri Medici di Medicina Generale; infatti, solo il 4,5% degli utenti dichiara di essersi rivolto al servizio di Continuità Assistenziale ed aver atteso quindi l'inizio dell'attività degli ambulatori per sfiducia nei confronti del proprio curante.

Dall'analisi delle cause del mancato contatto col proprio curante emergerebbe come per una percentuale non trascurabile di pazienti il medico fosse difficilmente raggiungibile oppure non disponibile: questo potrebbe trovare spiegazione nella difficoltà di far conciliare gli orari di lavoro degli utenti con quello di apertura del Medici di Medicina Generale, oppure almeno parzialmente far ipotizzare che gli orari di apertura dei curanti siano concentrati in fasce orarie non equamente distribuite nell'arco della giornata, soprattutto agli estremi e nella fascia centrale. La motivazione addotta da una parte degli utenti, secondo i quali vi sia incompatibilità tra il proprio orario di lavoro e l'orario di visita del curante, fa in ogni caso riflettere su un probabile utilizzo improprio del servizio di Continuità Assistenziale: tale servizio dovrebbe di norma rivolgersi, come già detto in precedenza, a pazienti con patologie che richiedono cure non differibili agli orari di attività dei MMG, e che quindi, in linea generale, non dovrebbero essere compatibili con una continuazione dell'attività lavorativa del paziente ma che ne richiederebbero l'interruzione più o meno immediata.

L'analisi delle patologie per le quali gli utenti si sono rivolti al servizio di Continuità Assistenziale ci mostra come al primo posto si possano trovare quelle gastroenterologiche: questo dato può trovare spiegazione nella presenza, sul territorio di competenza e nel periodo analizzato dallo studio, di una forma di gastroenterite virale che ha almeno parzialmente modificato il dato a favore di questa classe di diagnosi; le gastroenteriti diagnosticate all'interno del campione di studio rappresentano, infatti, il 51,4% di tutte le patologie classificate come gastroenterologiche.

Molto frequenti sono i pazienti che si rivolgono al servizio di Continuità Assistenziale per infezioni delle alte vie respiratorie, per patologie dermatologiche, muscolo-scheletriche o cardiovascolari che nella maggior parte dei casi trova giusta collocazione all'interno delle prerogative del servizio interpellato.

È interessante come negli ultimi giorni del periodo preso in esame abbia fatto il suo ingresso, nell'elenco degli interventi prestati, la rimozione delle zecche: tale motivo di consulto del servizio, che molto probabilmente diventerà sempre più frequente durante il periodo estivo, ha per sua stessa natura andamento stagionale ed è quindi atteso che cessi durante la stagione fredda.

In ogni caso la distribuzione percentuale delle diagnosi nelle varie specialità mediche non dovrebbe essere considerata valida in assoluto, in quanto molto variabile durante i vari mesi dell'anno; si è deciso per questo motivo di non scendere nel dettaglio della discussione, in quanto per avere un dato più consistente ed affidabile sarebbe stato necessario analizzare i dati di un campione temporale più lungo, che comprendesse in maniera ponderata tutti i periodi dell'anno.

La percentuale di pazienti inviata al Pronto Soccorso risulta essere del 12,1%. Da questo dato, che ricordiamo essere relativo ad un campione relativamente ristretto ma con caratteristiche rispecchianti per molti aspetti la realtà, il servizio di Continuità Assistenziale si è rivelato perfettamente capace di gestire in autonomia i casi di infezioni delle alte vie respiratorie, le patologie otorinolaringoiatriche, odontoiatriche, così come i pazienti affetti da febbre o con morsi di zecca e le richieste di informazioni su farmaci ed esami: nessuno degli utenti che si è rivolto al servizio per queste ragioni è infatti stato dirottato al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Bolzano, andando a sovraccaricare una situazione che viene descritta come molto critica.

È emerso, invece, come il servizio non sia in grado di offrire una risposta, ritenuta adeguata dai medici stessi in servizio, ai pazienti traumatizzati: in tutti i casi di questa natura il medico della Continuità Assistenziale ha ritenuto ragionevole ed indicato far accedere gli utenti al Pronto soccorso per approfondimenti diagnostici di natura strumentale non erogabili presso la sede della Continuità Assistenziale. Risultano significative anche le percentuali di pazienti con patologie di natura cardiovascolare e palliativa che sono stati affidati alle cure ospedaliere, ossia rispettivamente il 45,5% e il 28,6% degli utenti con quelle diagnosi che si sono rivolti al servizio. Riteniamo, però, che la spiegazione non sia accomunabile ed anzi differisca nelle due aree: mentre la presa in carico del paziente che riferisce sintomatologia di probabile natura cardiovascolare o affetto da patologie cardiovascolari richiede spesso approfondimenti diagnostici di natura strumentale (quali ECG ed esami ematochimici non eseguibili presso la sede del servizio di Continuità Assistenziale) a conferma o ad esclusione del sospetto diagnostico, nel caso di presa in carico del paziente con diagnosi neoplastica o palliativa potrebbe manifestarsi da parte dei medici in servizio la percezione o la consapevolezza che si renda necessario un immediato consulto dello specialista palliativista, più per aspetti terapeutici (prescrizione/somministrazione di nuovo farmaco, dosaggio di farmaco già impostato dallo specialista, gestione dell'evento acuto), invece che di un percorso diagnostico

atto ad includere l'utente nella categoria specialistica di riferimento, anche alla luce del fatto che i medici del servizio di Continuitá Assistenziale non hanno a loro disposizione farmaci adeguati al trattamento domiciliare del dolore neoplastico, come ad esempio la morfina.

CONCLUSIONI

Come è stato esposto nel capitolo “Discussione”, la distribuzione dei pazienti appare ben suddivisa tra i diversi ambiti specialistici della medicina, con una maggiore rappresentatività per quanto riguarda le patologie gastroenterologiche e le infezioni delle alte vie aeree: per questo motivo le richieste di intervento appaiono motivate ed appropriate con l’attività di competenza del servizio di Continuità Assistenziale.

Molti accessi dell’utenza risulterebbero però anticipabili o differibili agli orari di attività del proprio medico curante; la scelta di una buona percentuale di pazienti è invece quella di rivolgersi al servizio di Continuità Assistenziale, spesso per una comodità di orari; a dimostrazione di ciò, la fascia oraria con il maggior numero di richieste è quella 20-24, che non può essere correlata a patologie specifiche, ma risulta essere sicuramente quella più appetibile ed apprezzata dai pazienti in età produttiva.

Dal confronto con i dati nazionali emergerebbe un carico di lavoro superiore alla media italiana, anche se la maggior parte delle richieste di intervento riescono ad essere gestite dal servizio di Continuità Assistenziale di Bolzano attraverso il solo consulto telefonico, a differenza di quanto sembra avvenire in altre realtà italiane.

L’attività svolta nel servizio di Continuità Assistenziale non sembrerebbe avere, come invece ipotizzato da alcuni, una correlazione con il sovraccarico di lavoro lamentato dal Pronto Soccorso dell’Ospedale San Maurizio di Bolzano, in quanto i medici della Guardia Medica gestiscono in autonomia una percentuale altissima degli interventi (l’87,9% degli utenti che vi fanno accesso) e inviano al servizio ospedaliero solo il restante 12,1%. Questi invii sembrerebbero, almeno da una prima analisi sul campione in esame, appropriati per la necessità di approfondimenti diagnostico-terapeutici in nessun modo eseguibili in sede extra-ospedaliera.

Si ritiene che sarebbe invece utile analizzare quanti dei pazienti che si rivolgono direttamente al Pronto Soccorso avrebbero in realtà un grado di gravità ed urgenza o patologie di competenza del servizio di Continuità Assistenziale e quindi quanto lavoro richiesto ai colleghi ospedalieri possa essere spiegato con un problema di informazione ed educazione della popolazione.

Appare realistico e molto probabilmente economicamente sostenibile pensare che l’introduzione di programmi di informazione della cittadinanza rispetto alle rispettive finalità ed ambiti di

competenza dei servizi di Pronto Soccorso e Continuità assistenziale, possano permettere una migliore scelta da parte dei pazienti del servizio a cui rivolgersi per trovare una soluzione più adeguata e rapida alla propria richiesta di salute.

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della salute 2014 –“ Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle aziende ospedaliere “- anno 2011
- La riorganizzazione della continuità assistenziale in Italia e nelle Marche-Franco Pesaresi-2014
- Cure primarie, attività di PS e d esperienza dei codici bianchi . AO Desio e Vimercate. Dr . Bosio
- Il Lavoro della Continuitá Assistenziale puó essere affidato al servizio 118? Domenico Montemurro, Chiara Rivetti- Anao Assomed
- Da zero a cento-Accessi pediatrici in Continuità Assistenziale. La Continuità Assistenziale nelle cure territoriali del paziente fragile- Piacentino C, Palombella T.
- La Qualità del Triage telefonico nelle sedi di Guardia Medica dell’ULSS20 di Verona- Pasini, Rigon, Vaola
- La continuità assistenziale come sentinella di un disagio riguardante la medicina generale
- Agenas- Monitor 27
- Ricerca sull’accesso di codici verdi e bianchi non stp nei pronto soccorso di cinque aziende ospedaliere della provincia di Bergamo. Quaderno del Dipartimento di Economia Aziendale N° 8/2009

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO RELATIVO ALLE PRESTAZIONI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Iniziali Utente: _____ Sesso: _____ Anno di nascita: _____

Data chiamata: _____ Ora chiamata: _____

Tipologia di Intervento:

- Telefonico
- Ambulatoriale
- Domiciliare

Motivo della chiamata:

- Patologia acuta (<48 h)
- Patologia subacuta (>48 h)
- Patologia cronica (in base alla diagnosi specifica)
- Episodio di riacutizzazione di patologia cronica

Diagnosi riscontrata/sospetto diagnostico: _____

Precedente contatto con MMG: SI NO

Motivo del non contatto con MMG:

- Patologia acuta (<48h)
- MMG non raggiungibile e/o disponibile
- MMG riceve solo su appuntamento
- Sfiducia nel MMG
- MMG non esegue visite domiciliari
- Altro: _____
- Non noto

Esito dell'intervento:

- Paziente mantenuto a domicilio
- Paziente inviato in PS