

Cosa c'è dietro un codice bianco



Giuseppe Pagano

PICU Major Civil Hospital "Borgo Trento"

L'aumento dei codici bianchi nei pronto soccorsi pediatrici (PSP) e dell'adulto rappresentano ormai un fenomeno globalmente diffuso, indipendentemente dalle caratteristiche del sistema sanitario pubblico o privato in tutte sue declinazioni, arrivando in Italia a picchi di prevalenza del 57% [1,2]. Uno studio caso-controllo condotto su una popolazione pediatrica di circa 1.640.000 bambini in Lombardia evidenziava una maggiore prevalenza dei cosiddetti "frequent users", al di sotto dei 5 anni; gli stessi autori segnalavano inoltre come l'utilizzo inappropriato del pronto soccorso fosse collegato a un aumentato utilizzo di risorse in termini di prescrizioni di farmaci, visite specialistiche e richiesta di indagini diagnostiche. Lo stesso studio mostrava, inoltre, come questo effetto rimanesse tale, non solo dopo l'accesso in pronto soccorso ma anche a distanza di 7 giorni dalla visita, ponendo l'ipotesi che l'intervento di una componente genitoriale fosse probabilmente responsabile di tale fenomeno [3]. Se a una percezione iniziale potrebbe sembrare che la prevalenza degli accessi in PSP in Italia sia da ascrivere maggiormente alla componente offerta dai bambini immigrati, come per altro sembra essere in alcuni Paesi del Nord Europa, una survey italiana del 2009 mostra invece come non vi sia una maggiore prevalenza degli accessi in PSP, per problemi non urgenti, nei bambini immigrati rispetto ai bambini italiani [4].

Cause

Valutare i fenomeni che stanno alla base dell'aumento degli accessi in PSP per problemi non urgenti sicuramente richiede uno sguardo in più direzioni, non potendo essere ascritto a poche cause e rappresenta probabilmente un fenomeno "culturale" oltre che antropologico. Uno studio recente condotto da Butun et al. che ha analizzato 24 studi, tutti condotti in Paesi sviluppati, ha evidenziato nell'urgenza percepita da parte del genitore, nei vantaggi del PS, nei problemi con le cure primarie e nella convenienza nell'accesso in PS i primi 4 fattori responsabili degli accessi in PSP per problemi non urgenti (Tabella 1) [1,5].

Se si guardano le diverse cause non è difficile notare come tutte siano in qualche modo connesse anche a un problema di

comunicazione, quindi potremmo affermare che una parte della responsabilità è legata all'efficacia del nostro modo di comunicare. Alcuni studi hanno dimostrato come dal 20 al 30% dei pazienti che lasciano l'ospedale non comprendono le istruzioni che ricevono in merito al follow-up [6,7], e cosa ancor più importante è che fino al 61% di questi pazienti può ripresentarsi in PS per lo stesso problema [8]. Vale tuttavia anche l'opposto cioè pazienti ai quali vengono fornite istruzioni chiare, scritte e personalizzate tornano meno frequentemente in PS per problemi non urgenti. È comprensibile che tale fenomeno è esacerbato dall'ansia legata alla visita in PS pediatrico che può avere un ruolo non indifferente nel far dimenticare le istruzioni date a voce rispetto a quelle fornite per iscritto [9]. Questa è un'altra ragione per la quale il setting del pronto soccorso, anche per i tempi molto stretti legati alle sue organizzazioni, risulta poco incline a veicolare messaggi di educazione sanitaria. C'è tuttavia una moderata evidenza in letteratura che fornire al genitore in attesa istruzioni personalizzate migliori l'outcome in termini di salute del bambino, oltre a migliorare le conoscenze del genitore in merito ai problemi di salute dei propri bambini.

Interventi utili e inutili

Dopo avere analizzato le cause possiamo passare quindi a quelli che sono gli interventi messi in atto per arginare il fenomeno. Una delle cose che capita di vedere nelle sale d'attesa del pronto soccorso pediatrico è la presenza di schermi che proiettano video educazionali relativi alla gestione dei problemi più comuni dell'età pediatrica. A tal proposito uno studio randomizzato controllato (RCT), su 230 genitori che si presentavano insieme ai loro bambini in pronto soccorso per febbre, si poneva come obiettivo quello di valutare l'efficacia di un breve video educazionale sulla gestione della febbre in età pediatrica durante il tempo di attesa in PS. I risultati di questo studio sono stati che i genitori del gruppo intervento, pur migliorando le proprie conoscenze sull'argomento, tornavano tuttavia più frequentemente in PS pediatrico per lo stesso problema rispetto ai controlli, cosa confermata anche in altri studi. Da

ciò l'inutilità dei video educazionali, per lo meno in un setting come quello della sala d'attesa del PS [10]. Un altro tentativo già sperimentato in alcune realtà è l'introduzione dei pediatri di base all'interno delle strutture sanitarie per la visita dei codici bianchi. Una revisione sistematica del 2018 che riguardava una popolazione di adulti aveva come obiettivo quello di analizzare l'introduzione del general practitioner all'interno del pronto soccorso, valutandone l'effetto sull'utilizzo delle risorse. I risultati si sono mostrati inconcludenti rispetto all'outcome prefissato, ma soprattutto gli studi inclusi nella revisione non analizzavano la percentuale di eventi avversi legati a questa strategia [11]. Le nuove linee guida ministeriali sulla riorganizzazione dei PS e OBI generali e pediatrici rivedono il ruolo della formazione infermieristica come elemento caratterizzante e migliorativo nel ridurre il sovraffollamento all'interno dei dipartimenti di emergenza urgenza accettazione (DEA). Uno studio svedese effettuato su una popolazione pediatrica, che prevedeva una gestione del paziente che afferiva al triage con una strategia a step da parte dell'infermiere e del medico, ha dimostrato come un triage eseguito da infermieri formati consentiva di reindirizzare circa il 30% dei bambini, in sicurezza, presso il proprio domicilio o dal proprio pediatra di base, infatti con questa strategia solo il 7,6% tornava in PS pediatrico entro 72 ore dalla dimissione e di questi solo il 26% veniva ricoverato mentre il resto veniva reinviato comunque presso il proprio domicilio [12].

Sempre riguardo l'efficacia di interventi educazionali, una revisione sistematica del 2009, che aveva come scopo quello di valutare l'efficacia degli interventi educazionali nel migliorare il livello di benessere nei bambini che vengono portati in pronto soccorso con asma acuto, includeva studi nei quali veniva fornito ai genitori un piano di azione scritto nel quale venivano educati riguardo i trigger ambientali dell'asma e venivano forniti loro materiali atti a evidenziare i sintomi di peggioramento dei loro bambini. In un periodo di follow-up compreso fra le 2 settimane e i 2 anni veniva osservato che tale intervento determinava una riduzione del 27% dei ritorni in PS per asma acuto, con una

TABELLA 1

FATTORE PREDISPONENTE	N° STUDI
Urgenza percepita: 35% dei genitori riteneva la visita inderogabile	17
Caratteristiche del PSP: maggiore expertise percepita, velocità nella presa in carico, qualità delle cure offerte, possibilità di accesso 24/24h, precedenti esperienze positive, maggior possibilità di eseguire indagini diagnostiche rispetto al pediatra extraospedaliero	17
Problemi con le cure primarie: difficoltà ad avere un appuntamento, insoddisfazione del proprio medico, mancanza di interazione con il proprio medico, mancata/incompleta conoscenza dei servizi sanitari offerti, mancanza di registrazione con un GP*	15
Convenienza e accesso: immediatezza della visita senza prendere un appuntamento, distanza fra PSP e il proprio domicilio	14
Fuori orario: il 28% dei partecipanti in due diversi studi riportava l'utilizzo del PS perché raggiungibile fuori dall'orario di lavoro, quando non era disponibile il medico di base	12
Invio da parte del pediatra: invio precauzionale da parte del pediatra (21-59% dei casi) o per mancanza della capacità di gestione del problema	10
Mancata copertura assicurativa: nel 17% dei casi di uno studio veniva riportato che l'assicurazione coprisse la visita in PS ma non quella da parte del GP	8
Bisogno di rassicurazione: i genitori non volevano prendersi da soli la responsabilità per la malattia del proprio bambino, manifestando la necessità di essere rassicurati data l'incapacità del proprio bambino di riferire rispetto alle sue condizioni di salute. Questo fattore era più rappresentato nei genitori di primi figli e neonati	7
Bisogno di una seconda opinione	4

* General Practitioner

riduzione complessiva del 21% del rischio di ricovero in ospedale. Studi simili con risultati sovrapponibili sono stati anche fatti con problemi quali febbre e malattie respiratorie. Tuttavia gli stessi autori concludono come non vi sia l'evidenza di una superiorità di una tipologia di materiale educativo rispetto all'altro e come non vi siano dati di altri marcatori di morbilità dell'asma come qualità di vita, sintomatologia e funzione respiratoria [13]. Una recente revisione sistematica ha esaminato l'efficacia di una serie di interventi nel ridurre i ritorni in PS pediatrico, dopo aver avuto un primo accesso per problemi non urgenti, eseguita su una popolazione di bambini statunitensi (la maggioranza dei quali con un'assicurazione o registrato presso un general practitioner). Questo studio includeva solo 2 RCT su 4 studi selezionati, che analizzavano anche risultati a lungo termine. Gli interventi analizzati erano: la fornitura di informazioni sulla gestione domiciliare di malattie minori, materiale informativo sulle cure primarie, in particolare sulle risorse da utilizzare al di fuori dell'orario di lavoro, informazioni sull'utilizzo appropriato dei servizi del dipartimento di emergenza con un follow-up dei partecipanti, finalizzato a organizzare e incoraggiare i successivi controlli presso le cure primarie. Queste informazioni venivano fornite ai genitori mediante materiale stampato, video e sessioni informative personalizzate. In qua-

si tutti gli studi comunque veniva fornito un qualche tipo di informazione sulle cure primarie. L'outcome primario era la riduzione degli accessi in PS per motivi non urgenti. Lo studio non forniva conclusioni riguardo l'efficacia dei diversi tipi di intervento, ma l'effetto migliore veniva osservato sul lungo termine, quando venivano coinvolti insieme nell'intervento sia il medico del pronto soccorso che quello delle cure primarie [14].

Sempre nell'ambito dell'integrazione tra ospedale e cure primarie, in un RCT condotto su una popolazione pediatrica di età compresa fra 6 mesi e 16 anni, il caregiver identificava un medico all'interno di una cooperativa di 35 medici di cure primarie. Nel gruppo intervento veniva fornita ai partecipanti una pagina sviluppata con la collaborazione del proprio medico di cure primarie. Su questo foglio venivano indicati: l'orario di visita, la sede, informazioni riguardo cosa fosse possibile fare nell'ambulatorio (radiografie, esami ematici, suture, ecc.), venivano riportate inoltre le indicazioni che i genitori dovevano seguire per rispondere ai problemi del loro bambino e l'eventuale disponibilità telefonica del loro medico al di fuori dell'orario di lavoro. Il gruppo intervento veniva inoltre informato che quanto loro fornito era stato sviluppato su indicazione e insieme al loro medico. Il gruppo controllo veniva gestito in modalità standard cioè mediante indicazioni alla dimissione fornite dall'infer-

miera del dipartimento di emergenza. Nel follow-up di 12 mesi veniva evidenziato come i genitori del gruppo intervento utilizzavano di più il loro medico di cure primarie ma, cosa più interessante, aumentavano le visite per i bambini malati, mentre non aumentavano quelle per bambini che stavano bene. Veniva evidenziata contestualmente una riduzione delle visite in PS nel gruppo intervento rispetto ai controlli (44% vs 53%) e nello stesso periodo non c'era una differenza degli accessi in PS per problemi di urgenza/emergenza. Questo studio dimostrava inoltre come questi effetti erano duraturi nel tempo, probabilmente per la personalizzazione dell'intervento che vedeva la collaborazione del proprio medico delle cure primarie, infatti un'elevata percentuale di pazienti riferiva di avere ancora conservato la pagina a distanza di 6 mesi, forse questo un fattore utile a mantenere l'effetto. È verosimile inoltre che un approccio di questo tipo possa anche portare a un aumento della fiducia nel proprio medico di cure primarie, anche se tale aspetto non veniva analizzato dagli autori [15].

Un'altra strategia utilizzata in maniera variabile è il ricorso al telefono come elemento di comunicazione efficace fra medico e paziente. Nel 2009 Racine et al. in un RCT si sono posti come obiettivo quello di valutare la ricaduta di un follow-up telefonico da parte del medico di cure primarie entro 72 ore dall'accesso del paziente in PS pediatrico, sul successivo ricorso al PS in periodo di follow-up di 12 mesi. In particolare veniva fornito ai genitori un intervento di counselling volto a dar loro informazioni in merito alla disponibilità di consulenza da parte del proprio medico curante al di fuori dell'orario di lavoro, fornendo anche informazioni sulle indicazioni all'accesso in pronto soccorso pediatrico. Questo studio si è dimostrato efficace nel ridurre gli accessi in PS in un anno nel gruppo intervento rispetto ai controlli, quindi ha mostrato di scoraggiare l'utilizzo del PS mentre sempre nel gruppo intervento si è osservata una differenza statisticamente significativa nel ricorrere a visite specialistiche, cosa che potrebbe essere interpretata come una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse [16].

Conclusioni

Qualità della comunicazione, qualità delle cure primarie e livello di conoscenza di ciò che offre il sistema sanitario – quello che gli anglosassoni definiscono come Health Literacy – in particolare, rappresentano i punti di partenza per cercare di arginare il fenomeno dell'elevato numero di codici bianchi in PSP. In particolare di Health

Literacy si parla dal 1970, ma mai più di adesso bisogna pensare a un'applicazione evoluta di questo concetto e dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso. Tutto questo passa, giocoforza, da un ripensamento complessivo dalla medicina di attesa, prevalentemente ospedale-centrica e specialistica che va proiettata verso una rete di strutture e professionisti diffusa (équipe multiprofessionali) e graduata a percorsi di cura e presa in carico di diverso grado e complessità, passando inoltre da una capillare integrazione del fascicolo elettronico (consultabile in tutte le sue parti) da un lato, delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici dall'altro che vanno condivisi fra ospedale e territorio. Il cambiamento della società e la multiculturalità ormai rappresentano delle condizioni che spingono inoltre verso un ripensamento dell'empowerment genitoriale dove la health literacy deve svolgere un ruolo guida verso un diritto di cittadinanza sanitaria agita e perseguibile, dando nuovo significato al vecchio ma attuale slogan: "nothing about me without me". Quando si parla di comunicazione va da sé che si parla di comunicazione efficace priva di paternalismi o giudizio e piena di empatia, una comunicazione che prenda nel tempo della verifica, mediante teach back, una risorsa e non uno spreco. Soprattutto però, come ha detto Fernando Leles, un collega brasiliano specialista nell'ambito dei sistemi e dei servizi sanitari, in un recente incontro sulle cure primarie svoltosi a Bologna: "per garantire il diritto alla salute, il medico del futuro nell'attuale panorama socioeconomico, è chiamato a uscire dagli ospedali e dagli ambulatori per collaborare con altre figure professionali e altri settori, con le istituzioni e con la comunità a cui appartiene" non solo nei Paesi a medio e basso reddito a cui egli si riferiva, ma

anche in quelli a reddito elevato. Vista la ricaduta importante della comunicazione nella vita del medico, inoltre, le tecniche di counselling andrebbero inserite nel core curriculum dello studente in medicina e nell'ambito delle scuole di specialità. La pediatria di gruppo dovrebbe rappresentare una risorsa non solo come assicurazione di maggior fruibilità delle cure primarie ma come elemento di congiunzione fra ospedale e territorio nello sviluppare una formazione comune e condivisa. Solo con questi interventi si potrà tener testa alle problematiche di salute della popolazione adulta e pediatrica, di cui l'accesso dei bambini per problemi non urgenti in PS è solo uno degli aspetti con cui doversi confrontare nei prossimi anni.

✉ peppepag@yahoo.it

1. Butun A, Hemingway P. A qualitative systematic review of the reasons for parental attendance at the emergency department with children presenting with minor illness. *Int Emerg Nurs*. 2018 Jan;36:56-62.
2. Kua PH, Wu L, Ong EL, et al. Understanding decisions leading to nonurgent visits to the paediatric emergency department: caregivers' perspectives. *Singapore Med J*. 2016 Jun;57(6):314-9.
3. Riva B, Clavenna A, Cartabia M, et al. Emergency department use by paediatric patients in Lombardy Region, Italy: a population study. *BMJ Paediatr Open*. 2018 May 30;2(1):e000247.
4. Grassino EC, Guidi C, Monzani A, et al. Access to paediatric emergency departments in Italy: a comparison between immigrant and Italian patients. *Ital J Pediatr*. 2009 Feb 22;35(1):3.
5. Butun A, Linden M, Lynn F, McGaughey J. Exploring parents' reasons for attending the emergency department for children with minor illnesses: a mixed methods systematic review. *Emerg Med J*. 2019 Jan;36(1):39-46.
6. Choudhry AJ, Baghdadi YM, Wagie AE, et al. Readability of discharge summaries: with

what level of information are we dismissing our patients? *Am J Surg*. 2016 Mar;211(3):631-6.

7. Waisman Y, Siegal N, Chemo M, et al. Do parents understand emergency department discharge instructions? A survey analysis. *Isr Med Assoc J*. 2003 Aug;5(8):567-70.
8. Watson M, Blair M. Emergency departments and minor illness: some behavioural insights. *Arch Dis Child*. 2018 Apr;103(4):309-10.
9. Jackson C, Shahsahebi M, Wedlake T, DuBard CA. Timeliness of outpatient follow-up: an evidence-based approach for planning after hospital discharge. *Ann Fam Med*. 2015 Mar;13(2):115-22.
10. Baker MD, Monroe KW, King WD, et al. Effectiveness of fever education in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2009 Sep;25(9):565-8.
11. Gonçalves-Bradley D, Khangura JK, Flodgren G, et al. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Feb 13;2:CD002097.
12. Ellbrant J, Åkeson J, Åkeson PK. Pediatric emergency department management benefits from appropriate early redirection of nonurgent visits. *Pediatr Emerg Care*. 2015 Feb;31(2):95-100.
13. Boyd M, Lasserson TJ, McKean MC, et al. Interventions for educating children who are at risk of asthma-related emergency department attendance. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD001290.
14. Poku BA, Hemingway P. Reducing repeat paediatric emergency department attendance for non-urgent care: a systematic review of the effectiveness of interventions. *Emerg Med J*. 2019 Jul;36(7):435-42.
15. Sturm JJ, Hirsh D, Weselman B, Simon HK. Reconnecting patients with their primary care provider: an intervention for reducing non-urgent pediatric emergency department visits. *Clin Pediatr (Phila)*. 2014 Sep;53(10):988-94.
16. Racine AD, Alderman EM, Avner JR. Effect of telephone calls from primary care practices on follow-up visits after pediatric emergency department visits: evidence from the Pediatric Emergency Department Links to Primary Care (PEDLPC) randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009 Jun;163(6):505-11.