

# **La segmentazione comportamentale dei pazienti non urgenti in Pronto Soccorso: specificità degli utenti frequent user ed occasionali**

**di Massimiliano Gallo, Cinzia Panero e Milena Vainieri**

*Negli ultimi anni il servizio di Pronto Soccorso si è caratterizzato per un costante incremento degli accessi. Tra questi hanno assunto un peso rilevante quelli effettuati da pazienti con codici minori, segnaletici di bisogni di prestazioni non urgenti. La letteratura ha inoltre spesso rilevato che sono proprio questi pazienti ad essere maggiormente insoddisfatti per il servizio ricevuto.*

*Il paper si propone pertanto di analizzare le caratteristiche dei pazienti non urgenti del servizio di Pronto Soccorso, focalizzando l'attenzione su due cluster comportamentali, i frequent user ed i pazienti al primo accesso, con la finalità di comprenderne le specificità e le determinanti della soddisfazione, utili a meglio gestire l'erogazione del servizio nei loro confronti, incrementarne la soddisfazione ed evitare che i pazienti al primo accesso si trasformino in frequent user.*

*Parole chiave: pronto soccorso, pazienti non urgenti, segmentazione, frequent user, soddisfazione del paziente, survey*

*In recent years, the demand for services of Emergency Department has been increasing, with particular reference to non-urgent patients, who, by definition, should be treated elsewhere. Several researches have pointed out that these patients are the most unsatisfied.*

*The paper aims to analyze the characteristics of non-urgent patients, focusing the attention on two behavioural segments, that is patient without previous admissions and frequent users. The aim of the paper is to unveil the determinants of these patients' satisfaction. In this vein the healthcare services could better address the needs of these different segments of patients, at the same time increasing their satisfaction and avoiding that the patients without previous admissions become the frequent users of tomorrow.*

*Economia e diritto del terziario (ISSNe 1972-5256), 2017, 3*

*Keywords: emergency department, non-urgent patients, segmentation, frequent user, patient satisfaction, survey*

*JEL Classification: I10, I12, M31*

## 1. Introduzione

Negli ultimi anni, in tutti i Paesi occidentali, inclusa l'Italia, si è rilevato un crescente accesso di pazienti non urgenti in Pronto Soccorso: il numero di questi pazienti si attesta tra il 9% ed il 54,1% negli USA, tra il 25,5% ed il 60% in Canada, tra il 19,6% ed il 40,9% in Europa (Bissoni & Moirano, 2013).

I pazienti non urgenti sono pazienti che si sottopongono a visite per condizioni di salute per cui anche un differimento di diverse ore non incrementerebbe la probabilità di un evento avverso (Young et al., 1996; Uscher-Pines et al., 2013).

Nonostante la rilevante percentuale dei pazienti non urgenti in Pronto soccorso, pochi studi in letteratura hanno analizzato le modalità con cui soddisfare questa categoria particolare di utenti che spesso registra elevati livelli di insoddisfazione (Sun et al., 2000).

Il tema della soddisfazione dei pazienti del servizio di Pronto Soccorso è di estrema rilevanza: non è raro, infatti, che i livelli di insoddisfazione espressi si traducano in proteste, anche accese, sui media.

L'articolo pertanto approfondisce il tema della soddisfazione degli utenti con codici non prioritari del servizio di Pronto Soccorso, focalizzando in particolare l'attenzione sulle modalità con cui migliorarne i livelli di soddisfazione. Poiché i pazienti con codici minori sono costituiti da pazienti con caratteristiche, aspettative e comportamenti alquanto variegati, intraprendere iniziative per migliorare la loro soddisfazione può produrre risultati difforni a seconda dei destinatari. Si ritiene pertanto utile ricorrere alla segmentazione, individuando cluster di pazienti non urgenti simili. Più specificamente, l'analisi verrà condotta con riferimento a due cluster comportamentali, ossia i pazienti al primo accesso ed i *frequent user*.

Dopo aver delineato nel secondo paragrafo il contesto teorico di riferimento, l'articolo approfondisce la metodologia adottata per compiere le analisi statistiche, per soffermarsi quindi, in modo articolato, sui risultati della ricerca. Seguono alcune considerazioni conclusive.

## 2. Background teorico

Il fenomeno del crescente afflusso in Pronto Soccorso di pazienti non urgenti è stato oggetto di diversi studi (Padgett e Brodsky, 1992; Uscher-Pines et al., 2013) volti a comprendere le loro caratteristiche e le motivazioni sottostanti la scelta di ricorrere a strutture dell'emergenza-urgenza. Tra le caratteristiche di questi pazienti vengono riportate l'età relativamente giovane (Davis et al., 2010) e la percezione da parte del paziente di una situazione di urgenza (Shah et al., 1996), mentre altri fattori alla base della scelta di accedere al servizio di Pronto Soccorso sono stati identificati nella scarsa disponibilità di altre strutture, in particolare di primary care (Chan et al., 2013; Sarver et al., 2002) e nella migliore qualità percepita del servizio di emergenza-urgenza rispetto ad altri, anche in termini di possibilità di completezza diagnostica (Lega e Mengoni, 2008). Diversi studi concordano inoltre sulla maggiore insoddisfazione di questi pazienti (Hansagi et al., 1992; Taylor e Benger, 2004). Su altri aspetti risulta invece una grande difformità nei risultati delle ricerche, in parte dovuto alle diverse modalità con cui è stato classificato il paziente non urgente (Durand et al., 2011).

Poiché l'accesso in Pronto Soccorso di pazienti non urgenti sembra una tendenza difficilmente comprimibile anche per il futuro, incrementare la soddisfazione di questi utenti, spesso molto insoddisfatti (Sun et al., 2000; Trout et al., 2000; Taylor e Banger, 2004) può diventare un aspetto rilevante per i dipartimenti di emergenza-urgenza.

Il paziente non urgente per antonomasia, però, non esiste: esistono invece tanti individui, con esigenze e bisogni differenziati, non necessariamente riconducibili ad una sola caratteristica, quella della non urgenza. Essa, infatti, deriva da una valutazione clinica (oggettiva) delle condizioni di salute del paziente, che spesso ha una differente percezione (soggettiva) delle sue condizioni e della sua gravità (Gifford et al., 1980). Individuare questi pazienti solo come non urgenti può perciò non essere sufficiente ai fini dello sviluppo di adeguati strumenti volti ad accrescere la loro soddisfazione.

Questo paper si propone di individuare, all'interno di questa popolazione, la presenza di *cluster*, maggiormente omogenei, integrando all'approccio descrittivo (basato sulla valutazione clinica, ossia l'essere non urgenti) un approccio comportamentale.

Il comportamento di un individuo, infatti, è il frutto del suo processo decisionale e riflette pertanto, oltre alle sue esigenze, anche il suo processo di valutazione delle alternative (Howard e Shet, 1969; Olshavsky, Granbois, 1979; Howard, 1994): questo è un aspetto importante nell'ambito delle scelte di un paziente come quello non urgente che, pur dovendo compiere scelte in

merito ad un bene primario, come la salute, potrebbe rivolgersi ad altri professionisti, come il medico di famiglia.

Un comportamento particolarmente significativo è l'intensità d'uso del servizio, sulla base del quale si possono distinguere pazienti *frequent user*, occasionali e pazienti al primo accesso: in letteratura vengono spesso studiati i pazienti non urgenti e quelli frequenti utilizzatori, ma non congiuntamente.

La letteratura in tema di *frequent user* dei servizi di Pronto Soccorso, spesso però riferita al contesto statunitense, basato quindi su un sistema assicurativo, e compiuta senza distinguere per gravità all'accesso, evidenzia che questi pazienti presentano livelli di salute peggiori, sono insoddisfatti delle cure ricevute e sono ricorsi frequentemente a questo servizio nell'ultimo anno (Zuckerman, Shen, 2004), sono più frequentemente disoccupati o dipendenti dal welfare pubblico (Lang et al., 1996; Bieler et al., 2012), poveri e con titolo di studio basso, più anziani (Fuda, 2006), più frequentemente affetti da malattie croniche (Mandelberg, et al., 2000; Hung et al., 2003).

Si può perciò ipotizzare che, anche tra i pazienti non urgenti, un'elevata intensità d'uso del servizio di Pronto Soccorso sia riconducibile ad una maggiore fragilità del paziente, in termini di età, istruzione, salute, ad una mancanza di alternative assistenziali e ad una maggiore soddisfazione relativa per il servizio di emergenza-urgenza rispetto ad altri servizi sanitari.

Un aspetto che non viene spesso considerato è che la frequenza d'uso può innescare nel paziente *frequent user* un processo di apprendimento derivante dall'esperienza (Bettman, Park, 1980; Bettman et al., 1998) che può influire sulle valutazioni del paziente circa il servizio ricevuto.

Si può perciò ipotizzare che le determinanti della soddisfazione dei pazienti al primo accesso dei *frequent user* siano differenti, e influenzate dalla minore o maggiore familiarità con il servizio di Pronto Soccorso.

### 3. Metodologia

#### 3.1. Il contesto

La Basilicata, come le altre regioni italiane e in generale i Paesi occidentali, registra un continuo aumento di accessi al Pronto soccorso, in particolare per bisogni di lieve entità

Con una popolazione regionale residente di poco meno di 600.000 abitanti, nelle 6 sedi di Pronto Soccorso (collocate sotto la direzione delle due Aziende Sanitarie Territoriali, Azienda Sanitaria della provincia di Potenza (ASP) e Azienda Sanitaria della provincia di Matera (ASM), e dell'unica

Azienda Ospedaliera presente sul territorio (San Carlo) si sono registrati circa 200.000 accessi nell'anno 2011, suddivisi tra codice bianco (7,4% non critico), verde (53,9% poco critico, intervento differibile), codice giallo (38%, mediamente critico) e rosso (0,8%, molto critico).

I dati relativi al percorso emergenza-urgenza lucano, posto a confronto con quelli delle altre regioni aderenti al sistema di valutazione della performance dei servizi sanitari sviluppato dal Laboratorio MeS del Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, evidenziano alcune criticità (Nutti et al., 2015), soprattutto per quanto riguarda la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore, pari al 71% nel 2015 (percentuale più bassa del gruppo delle regioni del network), ed un tasso di accesso dei residenti al Pronto Soccorso sopra la media del network. Il primo indicatore evidenzia una scarsa fluidità nel percorso interno al Pronto Soccorso, il secondo, invece, una propensione superiore alla media, da parte della popolazione residente, all'uso delle strutture dell'emergenza-urgenza.

### 3.2. L'indagine

L'indagine è stata effettuata nel 2012 presso le Aziende Sanitarie della Regione Basilicata. È stata condotta su un campione di utenti maggiorenni estratto in modo casuale dalla lista dei pazienti che si sono recati presso un Pronto Soccorso lucano nel periodo ottobre-novembre 2012, con l'obiettivo di rilevare l'esperienza e la soddisfazione dei pazienti di questo servizio.

Nella definizione del campione è stata utilizzata come popolazione di riferimento il totale degli utenti maggiorenni che si sono recati in uno dei Pronto Soccorso lucani nel corso dell'anno 2011. Il campione è stato definito in modo da essere rappresentativo a livello di singolo Pronto Soccorso (significatività della stima del 95% e errore campionario del 7% per i PS di I livello, mentre per il PS di II livello l'errore campionario previsto è stato del 5%); il campione è stato poi successivamente stratificato, per ogni Pronto Soccorso, per codice colore.

Il questionario è stato sviluppato dai ricercatori sulla base di una *review* della letteratura (Boudreaux et al., 2003; Boudreaux et al., 2004; Trout et al., 2000; Seghieri et al., 2009; Marcacci et al., 2010) e condiviso con la Regione Basilicata, le Direzioni Aziendali e i professionisti lucani. Si articolava in 56 domande raggruppate in 10 sezioni, ovvero:

- Accesso, con 12 domande.
- Accettazione (triage), con 4 domande.

- Attesa, con 3 domande.
- Comfort e pulizia, con 3 domande.
- Assistenza e comunicazione, con 7 domande.
- Rapporto medico-paziente, con 5 domande.
- Rapporto infermiere-paziente, con 5 domande.
- Dimissioni, con 7 domande.
- Giudizio complessivo, con 5 domande.
- Caratteristiche socio-demografiche del paziente, con 5 domande.

Le scale utilizzate per misurare il grado di soddisfazione dei pazienti erano a 3 o 5 punte, con 1 come valore minimo e 3 (o 5) come valore massimo<sup>1</sup>.

I pazienti facenti parte del campione potevano compilare il questionario cartaceo ricevuto a casa, oppure scegliere di compilare il questionario con metodologia CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*)<sup>2</sup>, o di essere intervistato telefonicamente (metodologia CATI – *Computer Assisted Telephone Interviewing*)<sup>3</sup>. Le interviste concluse in Basilicata sono state 1.327, a fronte di 7.000 pazienti invitati a partecipare e di un successivo sollecito, a distanza di un mese, a 1.000 utenti del campione. Questo tasso di risposta è in linea con altre analoghe indagini condotte sugli utenti del Pronto Soccorso (Nuti et al., 2014).

### 3.3. Le caratteristiche dei pazienti non urgenti

Ai fini della ricerca si sono considerati i soli pazienti con codice bianco e verde (ossia i pazienti per cui l'emergenza, se presente, è differibile), pari a 976 (73,6% del totale degli accessi). I pazienti sono stati quindi suddivisi in tre gruppi: utenti al primo accesso, utenti occasionali (con un numero di accessi compresi tra 1 e 3) e utenti frequent user (ai fini della ricerca sono stati considerati tali i pazienti con almeno quattro accessi negli ultimi 12 mesi, incluso quello oggetto dell'indagine, come in Hunt et al., 2006; Locker et al., 2007; Pines et al., 2011; Bieler et al., 2012).

<sup>1</sup> Le uniche eccezioni sono costituite dalle domande relative all'umanizzazione del rapporto con medici ed infermieri che, per facilitare la comprensione ai pazienti, presentano una scala inversa.

<sup>2</sup> La metodologia CAWI è una metodologia per effettuare indagini e sondaggi on line. Nel caso specifico, il paziente poteva compilare il questionario accedendo ad una piattaforma online.

<sup>3</sup> La metodologia CATI è una modalità di svolgimento delle indagini con rilevazione diretta tramite interviste telefoniche. In questo caso il paziente poteva contattare un numero telefonico presso cui prenotare un'intervista svolta da ricercatori appositamente formati.

Tab. 1 – La distribuzione del campione tra i diversi cluster

Gruppo	N.	% sul totale dei non urgenti
Primo accesso	379	58,1%
Occasionali	152	23,3%
Frequent user	121	18,6%
Totale	652	100,0%

Per evidenziare se vi siano differenze significative, l'analisi si è concentrata sulle due categorie estreme (ossia i pazienti al primo accesso ed il gruppo dei frequent user), in modo da comprendere se anche in questo tipo di comportamento vi sia o meno un effetto legato all'esperienza, come ipotizzato da Bettman e Park (1980) e Bettman et al. (1998), e nello specifico comprendere su quali aspetti rilevanti si registrano differenze significative.

Le informazioni che descrivono le caratteristiche principali sono state quindi elaborate tenendo conto anche della significatività delle differenze rilevate sui pazienti dei due gruppi (test Chi-quadro).

Successivamente, l'analisi dei dati ha riguardato la valutazione dell'esperienza dei due gruppi di pazienti in maniera separata. In particolare, dal questionario sono state selezionate le domande di valutazione riportate nella tabella 2, e sulle risposte ricevute è stata condotta un'analisi fattoriale. Lo scopo principale di tale elaborazione è quello di verificare se esistono dimensioni diverse fra i due gruppi che sono in grado di spiegare i legami, le interrelazioni e le dipendenze tra i principali giudizi espressi dai pazienti sui servizi ricevuti.

Tab. 2 – Variabili di valutazione utilizzate per l'analisi fattoriale

---

**Giudizio (Valutazione) su:**

- Cortesía del personale al triage
- Capacità del personale al triage di comprendere la gravità del problema di salute
- Valutazione sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico
- Chiarezza delle informazioni fornite dai medici
- Cortesía del personale medico
- Sensazione di non essere considerato come una persona dal personale medico
- Fiducia nel personale medico
- Chiarezza delle informazioni fornite dagli infermieri
- Cortesía del personale infermieristico
- Sensazione di non essere considerato come una persona dal personale infermieristico
- Fiducia nel personale infermieristico
- Lavoro di squadra del personale medico e infermieristico
- Coinvolgimento nelle decisioni relative alle cure e ai trattamenti
- Disponibilità del personale
- Presenza in carico del dolore
- Comfort della sala di attesa
- Pulizia della sala di attesa
- Pulizia dei bagni

---

#### 4. Risultati

La tabella 3 mostra le caratteristiche del campione di utenti considerati.

Tab. 3 – Le caratteristiche dei pazienti non urgenti al primo accesso e non urgenti frequent user

Caratteristiche	Pazienti non urgenti al primo accesso	Pazienti non urgenti frequent user	Significatività
Genere (Maschile)	49,6%	48,7%	n.s.
Età:			n.s.
18-45	38,5%	39,7%	
46-65	32,5%	26,4%	
Over 65	29,0%	33,9%	
Arrivo tramite 118 (Si)	8,5%	11%	n.s.
Precedente consulto MMG (Si)	43,6%	53,4%	n.s.
Motivo esclusione consulto MMG:			n.s.
Urgenza percepita	49,3%	56,5%	
Inadeguatezza MMG	25,1%	24,5%	
Altro	25,6%	18,9%	
Gravità percepita all'accesso:			n.s.
Per nulla gravi/poco gravi	36,2%	25,2%	
Moderatamente gravi	54,4%	59,8%	
Molto/estremamente gravi	9,4%	15,0%	
Stato di salute al momento dell'intervista:			**
Pessimo/scarso	9,2%	23,4%	
Buono	64,8%	59,5%	
Molto buono/eccellente	26,0%	17,1%	
Presenza di cronicità (Si)	29,2%	53,2%	**
Livello di soddisfazione:			
Pessimo/scarso	8,3%	10,9%	
Sufficiente	21,1%	21,8%	
Buono/ottimo	70,6%	67,2%	
Livello di istruzione:			*
Nessuno/Scuola obbligo	49,2%	61,7%	
Medie superiori	39,2%	31,7%	
Laurea ed oltre	11,6%	6,7%	
Impiego:			n.s.
Impiegato	40,4%	28,8%	
Disoccupato	24,3%	29,7%	
Pensionato	35,4%	41,5%	

I due gruppi non differiscono in maniera statisticamente significativa per quanto riguarda il genere e l'età (nonostante tra i *frequent user* siano più presenti i cronici) e l'accesso tramite 118.

Ambedue i gruppi ricorrono al medico di famiglia prima di accedere al Pronto Soccorso, il 43,6% tra i pazienti al primo accesso ed il 53,4% tra i *frequent user*; ambedue i gruppi evidenziano come principale ragione dell'auto-presentazione il mancato ricorso al medico di famiglia e l'urgenza percepita (49,3% per i pazienti al primo accesso e 56,5% per i *frequent user*). La gravità percepita all'accesso è prevalentemente moderata, o meno, per ambedue i gruppi: 90,6% tra i pazienti al primo accesso e 85% tra i *frequent user*.

La tabella 3 evidenzia la presenza di una differenza statisticamente significativa tra l'intensità d'uso del servizio di Pronto Soccorso e due aspetti relativi allo stato salute: la presenza di malattie croniche e lo stato di salute percepito al momento dell'intervista. Tra i *frequent user* vi sono molti più cronici (53,2%, contro il 29,2% dei pazienti al primo accesso) e la percezione dello stato di salute all'atto dell'intervista è peggiore (il 23,4% dichiara infatti di essere in cattive condizioni rispetto al 9,2% dei pazienti dell'altro cluster).

Non si rilevano invece differenze significative per quanto riguarda il livello di soddisfazione per il servizio ricevuto, anche se i *frequent user* sono lievemente più insoddisfatti dei pazienti al primo accesso (10,9% di giudizi pessimo o scarso di questo cluster rispetto a 8,3% dell'altro).

Esiste invece una differenza statisticamente significativa tra l'intensità nel ricorrere al Pronto Soccorso ed il titolo di studio: i *frequent user* evidenziano un titolo di studio più basso (prevalgono le scuole dell'obbligo: 61,7% tra questi pazienti contro il 49,2% dell'altro cluster). Questa differenza può essere spiegata dalla nota relazione inversa fra educazione e salute: persone con livelli di studio più elevate registrano tassi di morbilità inferiori sia per le patologie croniche che acute (Cutler e Lleras-Muney, 2007).

I risultati, inoltre, non evidenziano differenze significative tra le varie Aziende e tra i Pronto Soccorso.

#### 4.1. I risultati dell'analisi fattoriale

In riferimento all'analisi fattoriale degli utenti al primo accesso, la misura di Kaiser-Meyer-Olkin ha verificato l'adeguatezza del campione per tale tipo di analisi ( $KMO = 0,866$ ), mentre il test di sfericità di Bartlett ( $\chi^2(153) = 1.411,14$   $p < 0,001$ ) ha indicato che le correlazioni tra gli *item* fossero sufficientemente alte per l'applicazione di questa tecnica. I fattori estratti sono stati 4, che nel complesso spiegano il 71,47% della varianza totale.

La tabella 4 mostra la sintesi dei risultati dell'analisi condotta sul gruppo dei pazienti al primo accesso. In particolare nella prima colonna viene mostrata la composizione dei fattori, estratti con il metodo dell'analisi delle

componenti principali con l'utilizzo della rotazione (metodo Varimax con normalizzazione di Kaiser), nella seconda colonna la percentuale di varianza spiegata, nella terza colonna la misura di attendibilità "alfa di Cronbach", nella quarta colonna i valori dei coefficienti in corrispondenza delle singole variabili di giudizio e nelle ultime due colonne i rispettivi valori medi e le deviazioni standard.

Per i pazienti al primo accesso il fattore 1, evidenzia una relazione positiva con diversi aspetti della relazione con il personale infermieristico, incluso quello del triage, la valutazione sulla capacità di lavorare in squadra di medici ed infermieri, la presa in carico del dolore, la valutazione sul tempo atteso prima della visita medica e la disponibilità del personale. I coefficienti più elevati si registrano per la chiarezza e la cortesia del personale infermieristico, la cortesia del personale al triage e la fiducia in esso, l'apprezzamento per il lavoro di squadra: questi aspetti, uniti alla presenza di fattori connessi alla gestione del dolore e al tempo atteso per la visita, fanno ricondurre il fattore 1 alla capacità di presa in carico empatica ed efficiente del personale infermieristico, in tutte le dimensioni in cui questo opera. I 9 fattori che lo compongono hanno valori medi diversi, che variano tra un valore medio minimo di 1,673 ("disponibilità del personale") ed un valore, positivo, di 3,04 ("presa in carico del dolore"). L'Alpha di Cronbach per questo fattore è 0,92 e, insieme ai coefficienti, tutti superiori a 0,5, evidenzia un'elevata coerenza interna. Questo fattore spiega il 28,3% della varianza complessiva.

Il fattore 2, che include variabili connesse alla relazione con il personale medico (fiducia, cortesia e chiarezza), nonché coinvolgimento nelle cure, può essere interpretato come "qualità della relazione di cura con il personale medico". I 4 fattori che lo compongono hanno valori medi che variano tra un valore minimo di 1,655 ("fiducia nel personale medico") ad un valore di 2,209 ("Chiarezza dei medici"). La coerenza interna è buona: l'Alpha di Cronbach per questo fattore è 0,79, mentre i coefficienti sono tutti superiori a 0,5. Il fattore "relazione con i medici" spiega il 19,1% della varianza.

Il fattore 3, che fa riferimento alla pulizia ed al comfort della sala d'attesa, nonché alla pulizia dei bagni è interpretabile come un fattore "comfort e pulizia delle strutture", con valori medi allineati. Anche questo fattore, con Alpha di Cronbach di 0,87 e coefficienti superiori a 0,8 mostra un'elevata coerenza interna. La varianza spiegata da questo fattore è pari al 14,7%.

Tab. 4 – Risultati dell'analisi fattoriale per i pazienti non urgenti al primo accesso e non urgenti frequent user

Fattori	Varianza spiegata (%)	Cronbach's alpha	Coefficienti	Media	Deviazione std.
Fattore 1: Empatia ed efficienza degli infermieri	28,341	,917			
Chiarezza delle informazioni fornite dagli infermieri			,858	2,464	,925
Cortesìa del personale infermieristico			,807	2,255	,893
Cortesìa del personale al triage			,797	2,173	,985
Capacità del personale al triage di comprendere la gravità del problema di salute			,749	2,236	,938
Lavoro di squadra del personale medico e infermieristico			,744	2,245	,859
Fiducia nel personale infermieristico			,647	1,800	1,156
Presa in carico del dolore			,605	3,036	1,133
Valutazione sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico			,542	2,655	1,104
Disponibilità del personale			,511	1,673	1,059
Fattore 2: Relazione con il medico	19,064	,788			
Fiducia nel personale medico			,803	1,655	1,087
Cortesìa del personale medico			,782	2,109	,839
Chiarezza delle informazioni fornite dai medici			,746	2,209	,879
Coinvolgimento nelle decisioni relative alle cure e ai trattamenti			,583	2,036	1,320
Fattore 3: Comfort e pulizia delle strutture	14,741	,861			
Pulizia della sala di attesa			,915	2,245	,869
Pulizia dei bagni			,854	2,436	1,000
Comfort della sala di attesa			,843	2,573	1,009
Fattore 4: Umanizzazione	9,325	,728			
Sensazione di non essere considerato come una persona dal personale medico			,857	1,655	1,330
Sensazione di non essere considerato come una persona dal personale infermieristico			,828	1,709	1,343

Tab. 5 – Risultati dell'analisi fattoriale per i pazienti non urgenti frequent user

Fattori	Varianza spiegata (%)	Cronbach's alpha	Coefficienti	Media	Deviazione std.
Fattore 1: empowerment	23,323	,905			
Fiducia nel personale medico			,773	1,655	1,018
Coinvolgimento nelle decisioni relative alle cure e ai trattamenti			,749	2,103	1,459
Cortesìa del personale medico			,741	2,121	1,027
Chiarezza delle informazioni fornite dai medici			,688	2,259	1,018
Lavoro di squadra del personale medico e infermieristico			,600	2,155	,933
Fiducia nel personale infermieristico			,584	1,931	1,197
Disponibilità del personale			,531	1,828	1,126
Fattore 2: efficacia del triage	19,063	,900			
Cortesìa del personale al triage			,794	2,259	1,101
Capacità del personale al triage di comprendere la gravità del problema di salute			,781	2,259	1,001
Valutazione sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico			,768	2,828	1,126
Presenza in carico del dolore			,636	2,828	1,011
Fattore 3: relazione empatica con il personale	16,669	,777			
Sensazione di non essere considerato come una persona dal personale infermieristico			,853	1,897	1,507
Sensazione di non essere considerato come una persona dal personale medico			,738	1,552	1,340
Chiarezza delle informazioni fornite dagli infermieri			,585	2,586	,899
Cortesìa del personale infermieristico			,529	2,345	,849
Fattore 4 Comfort e pulizia delle strutture	15,816	,860			
Pulizia della sala di attesa			,884	2,155	1,105
Comfort della sala di attesa			,839	2,397	1,169
Pulizia dei bagni			,664	2,517	1,173

Infine il fattore 4, che fa riferimento alla percezione di essere stati trattati con rispetto della persona, sia da parte dei medici, sia degli infermieri, può essere letto come “umanizzazione della relazione con il personale”. Comprende due soli fattori, con valori medi simili, e l'Alpha di Cronbach (0,728) e i coefficienti superiori a 0,8 evidenziano una buona coerenza interna.

Per quanto concerne l'analisi fattoriale dei *frequent user*, si conferma sia l'adeguatezza del campione per tale tipo di analisi con la misura di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,870) che l'opportunità di applicare questa tecnica; il test di sfericità di Bartlett ( $\chi^2(153) = 864,06$   $p < 0,001$ ) ha indicato che le correlazioni tra gli *item* sono sufficientemente alte. I fattori estratti sono stati 4, che nel complesso spiegano il 74,87% della varianza totale. La tabella 5 mostra la sintesi dei risultati dell'analisi condotta sul gruppo dei pazienti *frequent user*.

Il fattore 1 evidenzia una relazione positiva con diversi aspetti connessi alla relazione con il personale, specie medico, al coinvolgimento nelle cure, alla valutazione sulla capacità di lavorare in squadra di medici ed infermieri, alla fiducia negli infermieri ed alla disponibilità del personale. I coefficienti più elevati sono quelli relativi alla fiducia nel personale medico, al coinvolgimento nelle decisioni relative alle cure, alla cortesia e chiarezza dei medici: si tratta di aspetti che sono riconducibili alla presenza di fattori che favoriscono l'*empowerment* e la partecipazione consapevole del paziente al percorso di cura. I 7 fattori che lo compongono hanno valori medi diversi, che variano tra un valore medio minimo di 1,655 ("fiducia nei medici") ad un valore di 2,26 ("chiarezza dei medici"). L'Alpha di Cronbach per questo fattore è 0,91 e, insieme ai coefficienti, tutti superiori a 0,5, evidenzia un'elevata coerenza interna. Questo fattore spiega il 23,3% della varianza complessiva.

Il fattore 2 include la relazione con il personale al triage (cortesia e fiducia in esso), nonché il giudizio sul tempo atteso prima della visita medica e la gestione del dolore può essere interpretato come "accoglienza "pragmatica" (ossia rapida e risolutiva del problema del dolore) da parte del triage". L'Alpha di Cronbach per questo fattore è 0,9, mentre i coefficienti sono tutti superiori a 0,6, per cui anche in questo caso si registra un'elevata coerenza interna. Questo fattore spiega il 19,1% della varianza complessiva.

Il fattore 3 fa riferimento alla percezione di essere stati trattati con rispetto della persona, ed anche alla relazione che si ha con il personale infermieristico. Tale dimensione può essere interpretata come "accoglienza ed empatia", specie da parte degli infermieri. I valori medi variano tra 1,55 ("umanizzazione del personale medico") e 2,58 ("chiarezza degli infermieri"). Anche in questo caso la coerenza interna è buona (Alpha di Cronbach pari a 0,78 e coefficienti superiori a 0,5). La varianza spiegata da questo fattore è il 16,67%.

Il quarto fattore, infine, rappresenta anche per questo gruppo di pazienti la dimensione del "comfort e pulizia delle strutture" e spiega il 15,8% della varianza.

## 5. Discussione

La ricerca conferma la rilevanza dell'accesso di pazienti non urgenti al Pronto Soccorso che, nel caso della Basilicata, costituisce il 73,6% del totale.

La ricerca ha inoltre evidenziato che i pazienti non urgenti sono un insieme composito di individui, utilmente distinguibili in base al comportamento. In particolare, pazienti non urgenti *frequent user* e al primo accesso hanno infatti sia caratteristiche, sia determinanti della soddisfazione differenti.

Per quanto riguarda le caratteristiche, i pazienti non urgenti *frequent user* evidenziano una maggiore presenza, statisticamente significativa, di malati cronici e persone con livelli di istruzione meno elevati.

La presenza di cronici è un tratto distintivo, in quanto i due gruppi non differiscono per classi di età. Questo suggerisce l'opportunità di attivare programmi sul territorio che consentano una gestione di questo tipo di malati, tra l'altro crescenti nel tempo. Il dato relativo alla maggiore presenza di pazienti con livelli di istruzione bassi può essere invece segnaletico della maggiore difficoltà di questi pazienti a trovare *setting* diversi con cui gestire i loro bisogni di salute, anche di entità moderata e, quindi, ancora una volta, l'opportunità di attivare percorsi adeguati sul territorio, anche in ottica anticipatoria.

In questo senso è da segnalare che ambedue i gruppi ricorrono in maniera rilevante al medico di famiglia prima di rivolgersi al Pronto Soccorso: è quindi il servizio di medicina generale, in oltre il 40% dei casi, ad inviare il paziente per patologie non urgenti. Questo dato è in parte quindi in contrasto con la letteratura prevalente, che segnala il Pronto Soccorso come punto di riferimento sempre disponibile per chi non usufruisce di servizi di assistenza generale e dove è possibile ricevere un servizio completo, comprensivo di diagnosi ed eventuali accertamenti (Marcacci et al., 2010).

Per quanto riguarda le determinanti della soddisfazione, anche in questo caso i due gruppi presentano delle differenze, riconducibili ad una sorta di apprendimento all'uso del servizio di Pronto Soccorso, derivante dall'accumularsi di precedenti esperienze. In effetti per i pazienti al primo accesso assume particolare rilevanza l'empatia e l'efficienza degli infermieri, visti come i professionisti che accolgono e organizzano il percorso di cura, prendendosi carico del paziente, seguita dalla relazione con i medici e la pulizia delle strutture, mentre l'umanizzazione è un fattore decisamente meno rilevante.

I pazienti *frequent user*, invece, valutano l'esperienza innanzitutto sulla base delle condizioni che consentono loro di meglio risolvere il problema di salute, e quindi maggiore rilevanza è attribuita alla relazione con il medico ed al coinvolgimento nelle cure. Distinguono poi le diverse attività svolte dagli infermieri, ed in particolare l'efficacia della loro attività al triage e, in terzo luogo, valutano la relazione con il personale, in termini anche di umanizzazione, mentre la valutazione del comfort e della pulizia delle strutture, pur spiegando una percentuale di varianza analoga a quella dei pazienti al primo accesso, è il quarto fattore per importanza. Questo ordine di fattori, assieme alla precedente osservazione (40% dei pazienti è stato inviato dal medico), può aiutare a comprendere meglio come poter soddisfare le necessità dei *frequent users*: una revisione dell'assetto delle relazioni tra medicina

generale e servizi ospedalieri basato su uno scambio di informazioni e consultazioni fra specialisti e medici di medicina generale sui pazienti cronici (principali *frequent users*) permetterebbe di risolvere le problematiche degli utenti evitando l'accesso al Pronto Soccorso e la problematica del sovraffollamento del Pronto Soccorso (Hoot e Haronsky, 2008, Xin et al., 2015, Uscher-Pines et al., 2013, Grumbach et al., 1993).

## 6. Conclusioni

Questo studio conferma la rilevanza, in termini percentuali, dell'accesso al Pronto Soccorso dei pazienti non urgenti evidenziando l'opportunità di segmentarli sulla base dell'intensità di utilizzo del servizio. Infatti, analizzando le caratteristiche dei pazienti *frequent user* non urgenti emerge la rilevanza di ridisegnare i servizi offerti sul territorio ai pazienti cronici e ai pazienti con titolo di studio più basso, per evitare che ricorrano frequentemente al servizio di Pronto Soccorso.

La ricerca ha inoltre evidenziato la presenza di diverse determinanti della soddisfazione di questi gruppi di pazienti: sono diverse caratteristiche del servizio e delle relazioni con il personale ad incidere maggiormente sulla soddisfazione degli uni e degli altri. L'analisi delle caratteristiche demografiche e di percezione del servizio da parte dei due gruppi di utenti, individuati tramite questa suddivisione basata sulla frequenza d'uso, mette in evidenza come possano essere forniti servizi leggermente differenti per migliorare la loro percezione nei confronti dell'esperienza al Pronto Soccorso; fra questi appare utile ripensare al collegamento tra il Pronto Soccorso ed i loro medici di famiglia ma anche ad una diversa modalità di interazione con i *frequent user*.

Un ripensamento dei servizi offerti ai *frequent users* (persone facilmente identificabili) è una strategia che potrebbe essere d'aiuto nella riorganizzazione dei servizi di emergenza-urgenza. Inoltre, considerando l'incremento dell'anzianità della popolazione, è probabile che aumenti anche la presenza di malati cronici, che sono tra i principali utilizzatori *frequent user* del Pronto Soccorso. Quindi se da un lato potrebbe essere utile attivare canali diretti fra medici di medicina generale e specialisti o medici di Pronto Soccorso come ad esempio l'attivazione della *second opinion* in grado di rendere confidente il medico di medicina generale nel fornire la risposta più adeguata a risolvere il problema di salute dell'utente con malattie croniche; dall'altro lato potrebbe essere utile sperimentare, anche all'interno del Pronto Soccorso, nuove modalità di risposta per il *frequent users*, in particolare per il malato

cronico, come ad esempio percorsi dedicati (*fast track* o poli dedicati), rivedendo quindi l'intero percorso dal triage alla dimissione del paziente, come è avvenuto per altre tipologie di utenti (ad esempio quelli pediatrici) in alcuni Pronto Soccorso (si veda a questo proposito ad esempio Panero et al., 2016). Ad ogni modo le due strade (canali diretti con le cure primarie e percorsi dedicati ai cronici) non sono alternative e vanno calibrate in relazione alla più ampia revisione dei vari *setting* assistenziali e delle relazioni tra essi. Queste considerazioni, poiché provengono dallo studio effettuato in Basilicata, potrebbero non essere generalizzabili a tutti i contesti regionali, in relazione all'assetto organizzativo e programmi strategici in atto (ad esempio la sanità di iniziativa in Toscana) così come potrebbero essere condizionati dal contesto orografico regionale e di densità abitativa, che potrebbe evidenziare richieste e soluzioni differenziate rispetto alle città metropolitane o i grandi centri abitati.

### Riferimenti bibliografici

- Adinolfi, R., Qualità del servizio, soddisfazione e fedeltà del paziente, in «Mecosan», 22, 2013, n. 88, pp. 49-59.
- Bettman, J.R., Park, C.W., *Effects of prior knowledge and experience and phase of the choice process on consumer decision processes: A protocol analysis*, in «Journal of Consumer Research», 7, 1980, n. 3, pp. 234-248, doi: 10.1086/208812.
- Bettman, J.R., Luce, M.F., Payne, J.W., Constructive consumer choice processes, in «Journal of Consumer Research», 25, 1998, n. 3, pp. 187-217, doi: 10.1086/209535.
- Bieler, G., Paroz, S., Faouzi, M., Trueb, L., Vaucher, P., Althaus, F., Daepfen, J.-B., Bodenmann, P., *Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system*, in «Academic Emergency Medicine», 19, 2012, n. 1, pp. 63-68, doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01246.x.
- Bissoni, G., Moirano, F., Editoriale, in *11° Supplemento al numero 32 2013 di Monitor Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*, Roma, 2013.
- Boudreaux, E.D., D'Autremont, S., Wood, K., Jones, G.N., *Predictors of emergency department patient satisfaction: stability over 17 months*, in «Academic Emergency Medicine», 11, 2004, n. 1, pp. 51-58, doi: 10.1111/j.1553-2712.2004.tb01370.x.
- Boudreaux, E.D., O' Hea, E.L., *Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice*, in «The Journal of Emergency Medicine», 26, 2004, n. 1, pp. 13-26, doi: 10.1016/j.jemermed.2003.04.003.
- Chan, C.-L., Lin, W., Yang, N.-P., The association between the availability of ambulatory of care and non-emergency treatment in emergency medicine departments: a

- comprehensive and nationwide validation, in «Health Policy», 110, 2013, n. 23, pp. 271-279, doi: 10.1016/j.healthpol.2012.12.003.
- Cutler, D.M., Lleras-Muney, A., Education and Health. Policy Brief, #9. *National Poverty Center, University of Michigan*, 2007, doi: 10.1016/b978-0-12-375678-7.00309-6.
- Durand, A.C., Gentile, S., Devistor, B., Palazzolo, S., Vignally, P., Gerbeaux, P., Sambuc, R., *ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature*, in «The American Journal of Emergency Medicine», 29, 2011, n. 3, pp. 333-345, doi: 10.1016/j.ajem.2010.01.003.
- Fuda, K.K., Immekus, R., *Frequent users of Massachusetts emergency departments: a statewide analysis*, in «Annals of Emergency Medicine», 2006, n. 48, pp. 9-16, doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.03.001.
- Gifford, M.J., Franaszek, J.B., Gibson, G., *Emergency physicians' and patients' assessments: Urgency of need for medical care*, in «Annals of Emergency Medicine», 9, 1980, n. 10, pp. 502-507, doi:10.1016/S0196-0644(80)80187-9.
- Grumbach, K., Keane, D., Bindman, A., *A primary care and public emergency department overcrowding*, in «American Journal of Public Health», 83, 1993, n. 39, pp. 372-378, doi: 10.2105/ajph.83.3.372.
- Hansagi, H., Carlsson, B., Brismar, B., *The urgency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency department*, in «Health Care Management Review», 1992, n. 17, pp. 71-75, doi: 10.1097/00004010-199201720-00008.
- Hoot, N.R., Aronsky, D., *Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions*, in «Annals of Emergency Medicine», 52, 2008, n. 2, pp. 126-136, doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.03.014.
- Howard, J.A., Sheth, J.N., *The Theory of Buyer Behaviour*, New York, Wiley, 1969, doi: 10.2307/1250571.
- Howard, J.A., *Buyer Behaviour in Marketing Strategy*, IV ed., Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1994.
- Huang, J.-A., Tsai, W.-C., Chen, Y.-C., Hu, W.-H., Yang, D.-Y. (2003), *Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center*, in «Journal Formosan Medical Association», 1994, n. 102, pp. 222-8.
- Hunt, K.A., Weber, E.J., Showstack, J.A., Colby, D.C., Callaham, M.L., *Characteristics of frequent users of emergency departments*, in «Annals of Emergency Medicine», 48, 2006, n. 1, pp. 1-8, doi: 10.1016/j.annemergmed.2005.12.030.
- LaCalle, E., Rabin, E., *Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications*, in «Annals of Emergency Medicine», 56, 2010, n. 1, pp. 42-48, doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.01.032.
- Lang, T., Davido, A., Diakite, B., Agay, E., Viel, J.F., Flicoteaux, B., *Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», 50, 1996, n. 4, pp. 456-462, doi: 10.1023/A:1007372800998.
- Lega, F., Mengoni, A., *Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications*, in «Health Policy», 88, 2008, n. 2, pp. 326-338, doi: 10.1016/j.healthpol.2008.04.005.
- Locker, T.E., Baston, S., Mason, S.M., Nicholl, J., *Defining frequent use of an urban emergency department*, in «Emergency Medicine Journal», 24, 2007, n. 6, pp. 398-401, doi: 10.1136/emj.2006.043844.

- Mandelberg, J.H., Kuhn, R.E., Kohn, M.A., *Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users*, «Academic Emergency Medicine», 7, 2000, n. 6, pp. 637-646, doi: 10.1111/j.1553-2712.2000.tb02037.x.
- Marcacci, L., Nuti, S., Seghieri, C., Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana, in «Mecosan», 2010, n. 74, pp. 3-18.
- Nuti, S., *La valutazione della Performance in Sanità*, Bologna: il Mulino, 2008.
- Nuti, S., Vola, F., Amat, P., *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto – Report 2014*, Pisa, ETS, 2015.
- Olshavsky, R.W., Granbois, D.H., *Consumer decision making-fact or fiction?*, in «Journal of Consumer Research», 6, 1979, n.2, pp. 93-100, doi: 10.1086/208753.
- Panero, C., Nuti, S., Marcacci, L., Rosselli A., *Il quaderno del Pronto Soccorso*, Edizioni Polistampa, 2016.
- Padgett, D.K., Brodsky, B., *Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: A review of the literature and recommendations for research and improved delivery service*, in «Social Science & Medicine», 35, 1992, n. 9, pp. 1189-1197, doi: 10.1016/0277-9536(92)90231-e.
- Pines, J.M., Asplin, B.R., Kaji, A.H., Lowe, R.A., Magid, D.J., Raven, M., Weber, E.J., Yealy, D.M., *Frequent users of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda*, in «Academic Emergency Medicine», 18, 2011, n. 6, pp. 64-69, doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01086.x.
- Seghieri, C., Sandoval, G.A., Brown, A.D., Nuti, S., *Where to focus efforts to improve overall ratings of care and willingness to return: the case of Tuscan emergency departments*, in «Academic Emergency Medicine», 16, 2009, n. 2, pp. 136-144, doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00327.x.
- Shah, N.M., Shah, M.A., Jaafar, B., *Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait*, in «Social Science & Medicine», 42, 1996, n. 9, pp. 113-1123, doi: 10.1016/0277-9536(95)00233-2.
- Sun, B.C., Adams, J., Orav, E.J. Rucker, D.W., *Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care*, in «Annals of Emergency Medicine», 35, 2000, n. 5, pp. 426-434, doi: 10.1016/s0196-0644(00)70003-5.
- Taylor, C., Bengner, J.R., *Patient satisfaction in emergency medicine*, in «Emergency Medicine Journal», 21, 2004, n. 5, pp. 528-532, doi: 10.1136/emj.2002.003723.
- Trout, A., Magnusson, A.R., Hedges, J.R., *Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?*, in «Academic Emergency Medicine», 7, 2000, n. 6, pp. 695-709, doi: 10.1111/j.1553-2712.2000.tb02050.x.
- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., Mehrotra, A., *Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review*, in «The American Journal of Managed Care», 19, 2013, n. 1, pp. 47-59, doi: 10.1001/jama.271.24.1953.
- Young, G., Wagner, M., Kellermann, A., Bouley, E., *Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 hours in the ED Study Group*, in «Journal of American Medical Association», 276, 1996, n. 6, pp. 460-465, doi: 10.1001/jama.276.6.460.

- Zuckerman, S., Shen, Y.-C., Characteristics of occasional and frequent emergency department users: do insurance coverage and access to care matter?, in «Medical Care», 42, 2004, n. 2, pp. 176-182, doi: 10.1097/01.mlr.0000108747.51198.41.
- Xin, H., Kilgore, M., Sen, B., Wingate, M., Is patient satisfaction with ambulatory care systems associated with reduced non-urgent ED use? Empirical evidence from a US nationally representative sample, 143 APHA Annual Meeting and Exposition, October 31-November 4, APHA, 2015, doi: 10.5334/ijic.1479.