

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

In una finestra storica caratterizzata da una nuova austerità della spesa sanitaria e a importanti opportunità di investimento consentite dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il rinnovamento dei sistemi sanitari è più che mai al centro del dibattito politico e scientifico.

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS si conferma punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano. Allo stesso tempo, vuole offrire una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del SSN.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2023

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo in ottica comparativa nazionale e internazionale. Vengono inoltre approfonditi il ruolo del privato accreditato nel SSN, i consumi privati di salute, il sistema di offerta di servizi sociosanitari;
- analizza le principali sfide che attendono il SSN: il divario tra bisogni e risposte di salute e le direzioni di fondo per la trasformazione dei servizi; la sostenibilità ai diversi livelli istituzionali; i nuovi modelli di organizzazione del territorio derivanti dal DM 77/22; le riforme regionali dell'emergenza urgenza e i modelli di servizio centrati sul paziente e sostenuti dalle tecnologie digitali;
- discute le soluzioni adottate dalle aziende per fronteggiare lo shortage di personale medico; il tema del governo dei costi nelle strutture territoriali; il ruolo della funzione di audit; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

ISBN 978-88-238-4763-7



9 788823 847637

€ 75,00

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2023

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



Parte seconda

Modelli di servizio, personale e tecnologia

9 **Governmento e logistica degli accessi in PS: diagnosi, trasformazioni in corso e prospettive¹**

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Alexander M. Hiedemann, Francesca Meda, Valeria Rappini

9.1 **Introduzione**

I Pronto Soccorso (PS) rappresentano oggi una delle realtà maggiormente sotto i riflettori dell'attenzione pubblica e delle autorità sanitarie che ne stanno facendo oggetto di riforma. Il PS, con i suoi 20 milioni di accessi l'anno e l'elevata varietà di domanda, costituisce da sempre un oggetto particolarmente rilevante e critico. Le questioni del sovraffollamento e dei tempi di attesa sono, poi, ben conosciute da tempo a livello globale ed è ampia la letteratura che ne ha trattato determinanti e soluzioni (Asplin, 2003; Mengoni e Rappini, 2007; Mazzocato *et al.*, 2012; Fee *et al.*, 2012; Chen *et al.* 2014; Mary P. Mercer *et al.*, 2019). Il periodo che stiamo attraversando da qualche anno è però caratterizzato da forti elementi di discontinuità che rendono queste strutture del SSN particolarmente vulnerabili. I PS e tutta la rete di Emergenza-Urgenza (E-U), a inizio 2020, si sono trovati a fronteggiare in prima linea l'emergenza Covid-19, dimostrando elevate capacità di adattamento e di risposta attraverso l'implementazione di innovazioni gestionali, la disponibilità di personale e l'attivazione di forti sinergie con l'ecosistema sanitario (cfr. Rapporto OASI 2020). Lo scenario post-pandemico restituisce un quadro ancora più problematico e articolato. Allo sforzo eroico è seguito un graduale rientro alla normalità caratterizzato da più protocolli (ad esempio, Covid-19 e non-Covid-19) e più pazienti. Sul lato della domanda vi sono poi delle pressioni fisiologiche che si fanno sempre

¹ Sebbene il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, il § 9.1, § 9.6.1, § 9.7 sono da attribuirsi a Lorenzo Fenech; il § 9.5 è da attribuire a Lorenzo Fenech e Valeria Rappini; il § 9.2, § 9.3, § 9.6.2 sono da attribuirsi a Francesca Meda; il § 9.4 è da attribuirsi ad Alexander M. Hiedemann; § 9.8 è da attribuirsi a Mario Del Vecchio. Si ringraziano per i materiali forniti e il supporto offerto nella ricostruzione dei casi (in ordine alfabetico): Mattia Altini, Francesca Bravi, Francesca Cartellaro, Andrea Duca, Fabia Franchi, Roberta Mazzoni, Mattia Quargnolo, Giuseppe Maria Sechi, Alberto Zoli.

più intense. L'invecchiamento demografico determina non solo un incremento della domanda sanitaria, ma anche di quella sociale, aumentando quindi sia la quantità che la varietà di domanda che può affluire nei PS. Il consolidamento della c.d. industrializzazione dei servizi (Levitt, 1976) e la recente trasformazione digitale dei servizi (Verhoef *et al.*, 2021) stanno poi innalzando le attese-pretese dei pazienti-consumatori rispetto alla fruibilità e ai tempi di risposta anche dei servizi sanitari. Queste pressioni sul lato della domanda sono associate a una profonda difficoltà nel reclutare, se non addirittura mantenere, le professionalità che operano nei PS. In tale contesto, si susseguono in ordine sparso gli interventi che vanno più o meno direttamente a impattare sulla gestione dei PS: dal PNRR, alla rivisitazione del DM 70/2015, all'aumento delle risorse per i medici d'urgenza. Alcune riforme, specialmente quelle portate avanti a livello regionale, vanno poi riconfigurare i servizi attorno ai bisogni che afferiscono al PS e saranno quindi oggetto di attenzione del presente capitolo.

Prima di entrare in merito agli obiettivi che il presente contributo vuole consegnare al dibattito e alla letteratura, è necessaria una premessa sulla definizione dell'oggetto di analisi: il Pronto Soccorso. Secondo la definizione ministeriale il «Pronto Soccorso è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. In riferimento a tale definizione, la mission del PS appare complessa: garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziale attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita» (Ministero della Salute, 2019). Il PS è dunque un oggetto complesso e dai confini non molto netti.

Il PS gestisce innanzitutto una gamma di servizi che va a rispondere a una domanda molto ampia e variegata. Si tratta, da un lato, di servizi di emergenza (*emergency care*) il cui scopo è quello di dare risposta a pazienti in condizioni di pericolo di vita, che necessitano di assistenza immediata attraverso una diagnosi rapida e la somministrazione di un trattamento medico o chirurgico in tempi brevi; e, dall'altro, dai servizi d'urgenza (*urgency care*) che si occupano di chi non è in situazione di pericolo di vita, ma che richiede e necessita un'attenzione sollecita e urgente². La realtà, come è noto, presenta molte più gradazioni: l'emergenza (rosso), l'urgenza (arancione), l'urgenza differibile (azzurro), l'urgenza minore (verde) e la non urgenza (bianco). Il periodo Covid-19 e il recente passaggio dai 4 ai 5 codici colore rendono le rilevazioni poco confrontabili e i dati poco aggregabili. A puro scopo esemplificativo, prendendo come riferimento Emilia Romagna e Toscana che al momento dell'analisi ri-

² NHS England. About urgent and emergency care; 2023. Accessed 8 Aug 2023. <https://www.england.nhs.uk/urgent-emergency-care/about-uec/>.

portano i dati del 2022 secondo la classificazione aggiornata, si osserva che in queste regioni almeno il 10% degli accessi rientra nella non urgenza e almeno il 70% è collocabile nell'urgenza minore o differibile (cfr. parag. 9.5). Quello dell'urgenza è un sotto-universo molto ampio di bisogni la cui nomenclatura, le tipologie di servizio e l'intensità assistenziale variano di molto tra i sistemi sanitari a livello internazionale: nei paesi ad alto reddito i servizi di *urgency care* vengono variamente posizionati tra le cure primarie (*family o general practice care*) e i servizi di emergenza e di assistenza ospedaliera (Huibers *et al.*, 2009). A seconda della tipologia e della vocazione dei servizi ricompresi nelle cure di urgenza, la loro collocazione fisica può di conseguenza variare, spaziando dalla loro inclusione diretta nei dipartimenti di PS (*emergency departments*) a modelli che invece prevedono centri distaccati sul territorio (*urgent care centers, minor injuries units*, ecc.) (Chaundhry *et al.*, 2006).

Al momento, in Italia, il principale collettore sia dell'emergenza che dell'urgenza rimangono le 609 strutture di PS censite dal Ministero come servizi ospedalieri. Si tratta di strutture la cui centralità, gestione e configurazione sarà inevitabilmente influenzata da ciò che sta accadendo alla domanda, al ripensamento dell'intera offerta sanitaria, all'evoluzione delle tecnologie e delle conoscenze.

Nell'osservare, illustrare e interpretare le trasformazioni in corso, il capitolo adotterà prevalentemente le chiavi di lettura dell'Operations Management per capire in che modo si vuole incanalare meglio la variabilità naturale, ridurre quella artificiale e progettare dei percorsi più fluidi, a maggior valore per l'utente. A differenza di altri settori e di altri ambiti della sanità, riprogettare la logistica del paziente di PS assume, però, una connotazione di sistema e una dimensione di lavoro sovra-aziendale, andando così a incidere sulla ragion d'essere e sul ruolo dei PS, sulle interdipendenze tra gli stessi PS e sulle interdipendenze tra i PS e il resto del sistema territoriale e ospedaliero. Dopo anni di lavoro e di letteratura sulla logistica interna dei PS (*walk-in, See&Treat*, modelli previsionali di accesso, *visual management*, ecc.), oggi l'attenzione si concentra sulla capacità di separare a monte i flussi e sulla conseguente ridefinizione degli spazi, dei ruoli e dei saperi lungo tutta la filiera che va a comporre e ricomporre il flusso di «Input-Throughput-Output» (Asplin, 2003).

L'obiettivo del presente capitolo è pertanto triplice.

1. Fornire una diagnosi circa i fattori che riducono la capacità governare la domanda in entrata (limitare e separare i flussi a monte) e di allocare in modo efficiente ed efficace gli accessi lungo la filiera dei servizi di E-U.
2. Identificare le principali trasformazioni e innovazioni in corso nel ridisegno complessivo delle reti di offerta.
3. Trarre le prime indicazioni e lezioni manageriali dalle sperimentazioni in corso (risultati, ostacoli e fattori facilitanti).

9.2 Sovraffollamento e governo degli accessi in PS: background

Il sovraffollamento di pazienti in PS (*overcrowding*) può essere definito come «una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla» (Ministero della Salute, 2019); in altri termini, il sovraffollamento dei pazienti è caratterizzato da uno squilibrio tra offerta e domanda (Lindner *et al.*, 2021). Benché sia un problema noto da svariati anni in letteratura, tanto da essere definito «un problema globale di salute pubblica» (Di Somma *et al.*, 2015), attualmente non esiste un approccio o un metodo condiviso per misurarlo o quantificarlo precisamente (Asaro *et al.*, 2007; Welch *et al.*, 2012): le evidenze disponibili sono perlopiù a livello di singolo paese (cfr. paragrafo seguente). La letteratura internazionale si è invece lungamente concentrata nell'investigare, da un lato, le possibili cause dell'*overcrowding* e, dall'altro, gli impatti provocati in termini di efficacia delle cure e di performance del sistema sanitario.

Gli impatti riguardano principalmente l'incremento dei tempi di attesa, che a loro volta possono comportare un maggiore tasso di abbandoni del PS da parte di pazienti non ancora visitati da un medico (*left without been seen*). È stato osservato che questo gruppo di pazienti spesso vede un peggioramento delle proprie condizioni cliniche e ha maggiore probabilità di ripresentarsi in PS (Sartini *et al.*, 2022). Il rientro in PS viene spesso utilizzato come indicatore di qualità della struttura di emergenza poiché può essere causato da una dimissione prematura, da una mancata diagnosi o da una errata pianificazione di trattamento o dimissione (Kim *et al.*, 2020). Inoltre, numerosi rientri in PS comportano un incremento di utilizzo delle risorse e dei costi ad esse associate (Duseja *et al.*, 2015). Diversi studi hanno poi dimostrato come l'*overcrowding* impatti negativamente sulla qualità delle cure erogate in pronto soccorso, aumentando il rischio di outcome avversi per i pazienti, il rischio di infezioni ospedaliere e la probabilità di errori nella gestione dei pazienti (Jo *et al.*, 2015; Menon *et al.*, 2021). Può comportare la formulazione di diagnosi errate o il verificarsi di errori medici (Duseja *et al.*, 2015), poiché il sovraffollamento spinge i medici ad accelerare il processo di dimissione per liberare posti letto per altri pazienti (Lindner *et al.*, 2021). L'*overcrowding* non impatta solamente sui pazienti e sulla qualità delle cure che essi ricevono, ma anche sugli stessi professionisti dedicati all'emergenza, riducendo la loro soddisfazione, aumentando il rischio di *burn out* e diventando una delle principali cause di contrazione dell'organico (Crook *et al.*, 2004; Lindner *et al.*, 2021).

Rispetto alle cause dell'*overcrowding*, la letteratura è concorde nell'identificare diversi fattori. Se si guarda alle risorse interne (al PS e all'ospedale), il sovraffollamento può dipendere dalla carenza di personale d'emergenza, dalla

mancanza di posti letto disponibili, sia in PS che nei reparti di ricovero (il che genera il noto fenomeno del *boarding*), ma anche dalla necessità di richiedere consulti specialistici e/o indagini diagnostiche ulteriori che possono allungare i tempi di permanenza in PS (Jung *et al.*, 2021). Mentre nei primi casi si tratta di mancanza effettiva di risorse, nell'ultimo si tratta di gestione (non pienamente ottimale) di queste ultime.

Vi sono poi tutta una serie di «fattori d'ingresso» che influenzano, condizionano e «inflazionano» la domanda di servizi di PS. Tra questi, gli accessi non urgenti risultano essere una delle principali cause del sovraffollamento delle strutture di emergenza. Si tratta di pazienti che non richiedono attenzione immediata o interventi complessi e che potrebbero essere trattati in setting di cure primarie e ambulatoriali (van den Heede *et al.*, 2016). Si stima, a livello internazionale, che tali casi varino da un 20% ad un 40% degli accessi totali in PS (Berchet, 2015; Carret *et al.*, 2009). Vengono indicati come «accessi inappropriati» o «accessi evitabili», benché la loro inappropriata sia dibattuta. L'inappropriatezza non dovrebbe riguardare (esclusivamente) la bassa urgenza (codici verdi e bianchi) ma piuttosto quanto questi accessi contribuiscano a dirottare le risorse del PS da situazioni di pericolo di vita a problemi di salute meno gravi (Grunier *et al.*, 2011). Inoltre, è un tema anche di razionalità economica in quanto i costi associati alle cure primarie per pazienti non urgenti sono notevolmente inferiori a quelli dell'emergenza, sia in termini di costo del lavoro sia in termini di utilizzo di risorse di diagnostica (Eichler *et al.*, 2014). L'insieme degli «accessi inappropriati» è ampio e cambia a seconda del contesto; generalmente si intende ne facciano parte: pazienti con patologie croniche, pazienti che accedono per performance inadeguate delle strutture di offerta territoriale, accessi ripetuti (*frequent flyers*), pazienti anziani (*over85*) in cui si verifica un declino funzionale, deprivazione e isolamento sociale, mancanza di una rete familiare di supporto, ecc. Si tratta di un fenomeno che ha chiare radici nei trend socio-demografici che stiamo attraversando: invecchiamento progressivo della popolazione, aumento delle malattie croniche, cambiamenti nella struttura familiare con un incremento di persone sole in tarda età senza una rete di supporto attorno (Carret *et al.*, 2009).

Non si tratta però solamente di fattori sistemici, ma anche di preferenze e attitudini individuali dei pazienti. Coster *et al.* (2017) identificano sei ragioni che spiegano perché i pazienti scelgono di accedere al PS: accesso limitato o poca confidenza e conoscenza dei servizi di cure primarie; avversione al rischio e percezione della propria condizione come urgenza non differibile; maggiore convenienza percepita, in quanto il PS viene visto come un *one-stop shop* che offre cure complete, con sistemi e dotazioni di diagnostica avanzata e grazie ad un team di professionisti specializzati in medicina di emergenza (Lowthian *et al.*, 2011); l'influenza dei propri familiari, della rete sociale o degli stessi pro-

fessionisti sanitari; la convinzione di necessitare delle risorse e delle strutture offerte dal sistema di emergenza.

In sintesi, le motivazioni alla base dell'elevato accesso in PS sono variegata e possono dipendere da carenze nell'attività programmata (attese, incapacità di strutturare un servizio adeguato, assenza di PDTA, etc.), dall'assenza di servizi di urgenza alternativi o semplicemente dalle asimmetrie informative rispetto alle alternative disponibili o alle propensioni della popolazione.

Van den Heede & Van den Voorde (2016), nell'indagare gli interventi per ridurre l'utilizzo del PS, ne offrono una sistematizzazione, classificandoli a seconda che agiscano sul lato dell'offerta dei servizi o su quello della domanda. Rispetto ai primi, gli interventi riguardano: (i) l'ampliamento della disponibilità di risorse di cure primarie (in termini di numerosità di *general practitioners* (GPs), oppure aumento di ore di assistenza di cure primarie e ambulatorio (*out-of-hours access*), o ancora, apertura di centri dedicati, come i *walk-in centres* in UK, gestiti da personale infermieristico e dedicati alla bassa complessità, o i *community centres* negli USA, rivolti principalmente a cittadini che abitano in zone rurali, poco servite o che non possiedono assicurazione sanitaria; (ii) l'utilizzo di servizi telefonici, sia ex ante per svolgere triage telefonico e una prima valutazione del bisogno finalizzato alla prioritizzazione dei pazienti, sia in itinere come servizio di consulto, soprattutto per i servizi di cure primarie urgenti fuori orario prestabilito e sia ex post, come servizio di follow up in seguito alla dimissione, per monitorare lo stato di salute del paziente e minimizzare il rischio di ritorno in PS; (iii) l'istituzione di «*pre-hospital interventions*», intesi come la presenza di medici e personale che presta assistenza direttamente sulla scena o che, tramite valutazione del bisogno, riferisce e orienta il paziente presso un altro setting di assistenza, diverso dal PS (come ad esempio unità per infortuni minori); (iv) la formalizzazione di attività di *case management* e coordinamento dei percorsi di cura, che aiutino il paziente a «navigare» tra setting e professionisti (*individual care planning*) e che a livello di sistema prevedano dei percorsi strutturati per bisogni uniformi (es. per pazienti cronici, anziani fragili, *frequent flyers*, etc.).

Rispetto al lato della domanda, gli autori evidenziano: (i) interventi di sensibilizzazione, educazione e *self-management* diretti alla popolazione o anche a specifici target di bisogno (es. pazienti cronici), con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza sul proprio stato di salute e sull'utilizzo appropriato delle risorse sanitarie; (ii) l'introduzione di soluzioni di *cost-sharing*, sotto forma di compartecipazione alla spesa per l'utilizzo di servizi di PS, come disincentivo all'accesso. Gli autori evidenziano come l'uso efficace dei servizi di emergenza e urgenza sia complesso da definire e da valutare in quanto dipende da molteplici fattori interrelati, che riguardano sia la tipologia di bisogno sia l'organizzazione dei servizi, e che sono specifici di ogni contesto.

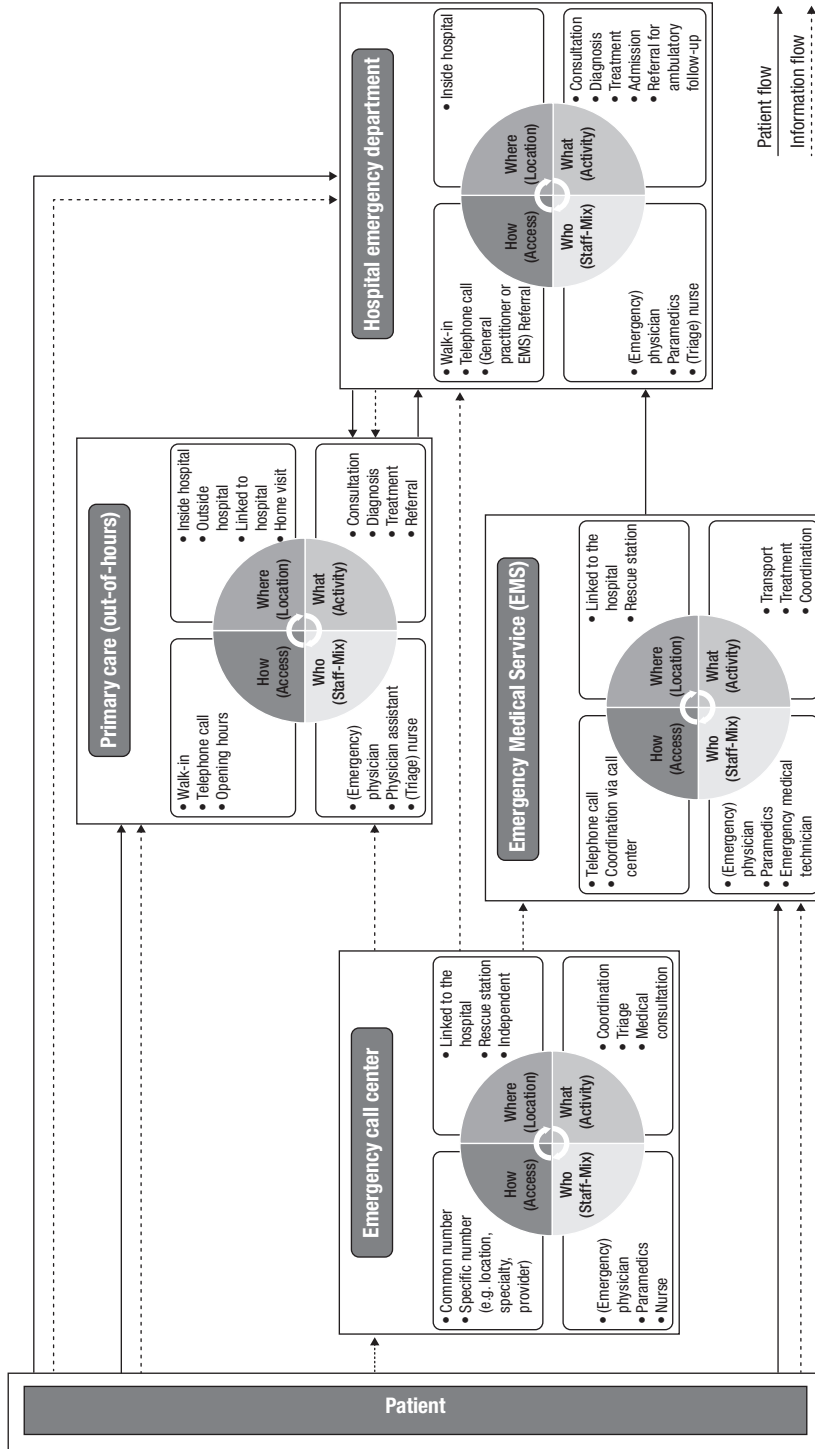
Inoltre, dalla letteratura emerge chiaramente come il sovraffollamento sia di certo un problema rilevante ma non l'unico: adeguata attenzione va dedicata infatti anche al durante (*throughput*), per evitare fenomeni di *boarding*, ma anche al post (*output*) per minimizzare il rischio di *frequent flyers* o di scarso coordinamento con il resto della filiera dei servizi (Sartini *et al.*, 2022).

Per sviluppare interventi che siano efficaci è prima necessario formulare una rappresentazione comprensiva del sistema di E-U per conoscerne il funzionamento e il relativo perimetro: a questo proposito, Baier *et al.* (2019), analizzando il sistema di *emergency and urgency care* in diversi paesi (Australia, Danimarca, UK, Francia, Germania e Olanda), hanno sviluppato un framework di analisi che ne permette la valutazione comparata, evidenziando quali attori lo costituiscono e quali relazioni e meccanismi di collaborazione sussistono tra di loro (Figura 9.1). Il framework mostra quattro «livelli» di servizio del sistema E-U: (i) il triage telefonico che indirizza i pazienti a seconda del bisogno rilevato; (ii) il servizio di medicina d'urgenza e di trasporto (equivalente al nostro 118); (iii) i servizi di cure primarie e ambulatoriali; (iv) il PS. Le caratteristiche di ciascun livello di servizio possono essere descritte da quattro dimensioni principali: accesso (come accedono i pazienti al servizio?), posizione (dove si trova il servizio?), attività (che tipo di servizi vengono erogati?) e staff-mix (chi eroga il servizio?).

Ciascun elemento del framework assume delle caratteristiche differenti a seconda del contesto territoriale di riferimento. Lo studio mostra come i diversi paesi indagati abbiano messo in campo una serie di riforme del sistema E-U per rispondere primariamente a tre obiettivi: (i) affrontare il costante incremento di accessi in PS; (ii) assicurare un coordinamento efficace tra gli attori del sistema; (iii) assicurare che i pazienti in condizioni più gravi vengano trattati con risposte appropriate, in termini sia di competenze specialistiche che di risorse tecnologicamente avanzate. Le riforme vengono raggruppate in quattro principali categorie.

1. Aumento della disponibilità dei servizi di cure primarie urgenti: si tratta dell'istituzione di nuovi servizi diretti a rispondere ai bisogni di urgenza minore, nella forma di call center con funzioni informative e di orientamento, visite domiciliari o centri di cure primarie per bisogni urgenti come i *walk-in centres* o le unità dedicate alle lesioni o infortuni lievi (*minor injuries units*);
2. Centralizzazione dei servizi di cure primarie urgenti: in alcuni casi si è provveduto a raggruppare questi servizi per aree geograficamente vaste, al fine di ottenere una serie di vantaggi quali, in particolare, offrire un unico punto di contatto per i cittadini facilmente accessibile (i centri di cure primarie sono di norma supportati da una infrastruttura informatica dedicata, che permette di svolgere triage telefonico in modo unitario e assicurando maggiore equità);

Figura 9.1 Rappresentazione del sistema di emergenza e urgenza



Fonte: Baier et al. (2019).

3. Coordinamento tra *emergency care* e cure primarie urgenti: il coordinamento ha lo scopo di assicurare che il cittadino si rivolga al servizio più appropriato per il suo bisogno; il coordinamento viene raggiunto utilizzando diverse modalità, ad esempio istituendo un numero per l'urgenza non grave che faccia una prima valutazione della richiesta e orienti il paziente oppure collocando i centri di cure primarie dentro l'ospedale per assicurare velocità di smistamento e presa in carico;
4. Centralizzazione dell'emergenza: in pochi casi si è provveduto a implementare una riforma di centralizzazione dei servizi di emergenza collocandoli in pochi grandi ospedali, per semplificare il sistema nel suo complesso, ridurre il rischio di dispersione e di parcellizzazione delle risorse.

In ogni caso si tratta di riforme sostanziali che cambiano profondamente la natura e la rete dei servizi e che non possono prescindere da una considerazione complessiva di sistema: per agire sui servizi di emergenza e sui PS in particolare, è necessario tenere in considerazione anche quanto di esterno è funzionalmente collegato al PS stesso.

9.3 Metodologia di ricerca

La ricerca ha previsto tre macro-fasi di attività: 1) l'analisi desk delle evidenze disponibili rispetto ai sistemi di E-U di quattro paesi benchmark (Francia, Inghilterra, Germania e Spagna) con l'obiettivo di posizionare il contesto italiano nel confronto internazionale; 2) l'analisi desk, la raccolta e la rielaborazione dei dati disponibili rispetto al sistema E-U italiano e la mappatura della normativa vigente a livello nazionale. In questa fase sono state consultate principalmente le seguenti fonti informative: l'Annuario Statistico del SSN, il database delle strutture di emergenza del Ministero della Salute, il portale TrovaStrutture di Agenas. Le evidenze raccolte sono state messe in relazione e interpretate alla luce della normativa vigente; 3) la realizzazione di due casi studio regionali (Lombardia ed Emilia Romagna), volti alla descrizione e all'analisi dei processi di trasformazione della rete E-U al momento in atto. Le due regioni sono state scelte in quanto rappresentano due modelli e due approcci differenti ma parimenti rilevanti per analizzare la trasformazione della rete E-U. Entrambe le regioni, infatti, hanno intrapreso un percorso di riforma sostanziale del sistema E-U, partendo da contesti differenti e agendo su leve di servizio diverse (cfr. paragrafi seguenti).

I casi studio sono stati condotti attraverso il seguente approccio metodologico: innanzitutto, è stata analizzata la normativa regionale e sono stati raccolti i dati disponibili relativi alle strutture di emergenza e al loro utilizzo. In particolare, per la Lombardia sono stati raccolti dati primari direttamente dall'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU), mentre per l'Emilia

Romagna è stato primariamente utilizzato il portale digitale open access della Regione (ReportER), integrato con dati direttamente forniti dagli interlocutori delle interviste. Questa prima fase è servita a formulare la «diagnosi» e l'interpretazione del contesto attuale da cui ha preso avvio il processo di riforma. Successivamente, sono state effettuate interviste semi-strutturate nel periodo giugno-luglio 2023, coinvolgendo diversi referenti che, nelle due regioni, hanno partecipato al processo di riforma. In Emilia Romagna sono stati ascoltati più livelli istituzionali, partendo da quello regionale (Dirigenti responsabili dell'Assistenza Ospedaliera e dell'Assistenza Territoriale della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare), per poi fare un carotaggio a livello aziendale (Direttore Sanitario dell'AUSL Romagna e un'unità in staff presso il Dipartimento di Cure Primarie e Medicina di Comunità per il Distretto di Ravenna) e a livello distrettuale (Direttore del Distretto di Ravenna). In Lombardia l'approfondimento qualitativo ha riguardato più livelli dirigenziali di AREU (l'Agenzia Regionale per l'Emergenza Urgenza) in qualità di Agenzia che supporta gli organi decisionali regionali dal punto di vista tecnico ed è coinvolta direttamente nelle innovazioni gestionali trattate nel capitolo; in particolare sono stati intervistati i vertici strategici dell'AREU, il Direttore Generale e il Direttore Sanitario, e i responsabili delle neo-funzioni di Integrazione percorsi di cura ospedale – territorio e Coordinamento regionale PS.

Le interviste sono state articolate in due principali aree tematiche: la prima incentrata sul contesto *as is*, chiedendo una descrizione sintetica del sistema E-U allo stato attuale, evidenziandone caratteristiche organizzative, strutturali, di coordinamento con il resto dei punti della filiera e le principali criticità ad oggi riscontrate. La seconda invece focalizzata sul processo di trasformazione *to be*, cogliendone obiettivi e impatti desiderati, interventi e azioni pianificate per il loro raggiungimento e infine il processo di governance e di decision-making adottato per la realizzazione del piano di riforma. Le domande sono state sufficientemente ampie per consentire al partecipante di introdurre nuovi temi e ulteriori spazi di riflessione. Le interviste sono state registrate, trascritte e successivamente analizzate e sistematizzate. Le informazioni raccolte durante le interviste sono state confrontate con i documenti aziendali e regionali rilevanti, precedentemente analizzati³.

³ Nel caso dell'Emilia Romagna, sono state condotte 5 interviste semi-strutturate online di circa 1 ora ciascuna con le figure istituzionali riportate nel paragrafo. Oltre a queste, è stata condotta in data 18 luglio 2023 una visita in loco presso il nuovo Centro di Emergenza Urgenza (CAU), ex Punto di Primo Intervento (PPI) presso la Casa di Comunità di Cervia, afferente al Distretto di Ravenna. La visita è stata accompagnata da quattro referenti regionali (uno dell'Assistenza Ospedaliera, due dell'Assistenza Territoriale e il Direttore dell'Area Cure Primarie), dal Direttore Sanitario dell'AUSL Emilia Romagna, il Direttore del Distretto di Ravenna. Nella prima parte della visita è stata svolta, dal Direttore del Distretto di Ravenna, una presentazione del CAU, evidenziandone il processo di trasformazione, il funzionamento, gli standard di funzionamento e i dati di attività. Successivamente, il personale clinico della struttura ha illustrato gli spazi del CAU, inseriti al piano terra della Casa di Comunità.

Le informazioni derivanti dall'analisi desk a livello nazionale, dalla mappatura dei processi di trasformazione regionali e dai casi studio sono state integrate e sistematizzate per restituire una visione aggiornata del PS e del sistema E-U e identificare quali sfide e quali traiettorie di cambiamento stiano attraversando.

9.4 Il PS e il sistema E-U nella prospettiva europea

Come anticipato nell'introduzione e nella parte di background teorico, la complessità, l'ampiezza e l'ambiguità del concetto di PS rende particolarmente difficile un confronto a livello internazionale. Il PS è universalmente riconosciuto come il principale punto di accesso (Schoor e Venkatesh, 2012) per l'assistenza medica in caso di emergenze mediche, traumi e condizioni acute potenzialmente letali (NHS, 2023; Gomez, 2006). Vi sono però diverse modalità di declinazione dei modelli di emergenza e di setting di cura che rendono le rilevazioni e le misurazioni non direttamente confrontabili (WHO, 2015).

Non essendoci dei rapporti aggiornati che riescano al momento a sistematizzare in modo uniformato i dati per un confronto internazionale, si è quindi proceduto con una rilevazione ad hoc attraverso la documentazione istituzionale di un campione di paesi. Si è deciso di prendere come riferimento, in particolare, i paesi più popolosi dell'Europa occidentale (Euro Health Consumer Index, 2018), ovvero Francia, Inghilterra, Germania e Spagna. Questi paesi presentano trend e soluzioni di governo distintive volte a fronteggiare le crescenti complessità di sistema come l'aumento dell'aspettativa di vita, il cambiamento della morbilità, la carenza di professionisti. Inoltre, condividono criticità specifiche del PS come l'inappropriatezza della domanda, la cultura dell'«immediatezza» nella gestione dei PS, l'aumento del numero degli accessi.

In questi paesi i PS si contraddistinguono come strutture ospedaliere dedicate, specificamente progettate e dotate di personale per fornire assistenza di emergenza 24 ore su 24. Diversamente, paesi come la Danimarca e i Paesi Bassi includono nella definizione di PS anche, rispettivamente, cliniche ambulatoriali e strutture aperte solo durante il giorno (Baier *et al.*, 2019). Rispetto ai paesi selezionati, i setting che meglio si avvicinano, per missione e struttura, ai PS italiani sono le *Structure des urgences* in Francia, gli *Accident & Emergency Department* di «Tipo 1»⁴ in Inghilterra, le *Zentrale Notaufnahmen* in Germania e i *Servicios de Urgencias Hospitalarios* in Spagna.

Dal confronto (si veda Tabella 9.1) si nota innanzitutto un'elevata differen-

⁴ In Inghilterra si distinguono 3 tipologie di A&E: «Tipo 1», pronto soccorso con servizio 24 ore su 24, sette giorni su sette; «Tipo 2», pronto soccorso mono-specialistico; «Tipo 3», centro di trattamento urgente aperto almeno 12 ore al giorno anche su appuntamento prenotabile tramite il Servizio NHS 111 o indicazione del MMG.

Tabella 9.1 **Confronto internazionale, 2022 o anno più recente disponibile**

	Popolazione (in 1000) ¹	Densità abitanti/km2 (2019)	Abitanti per PS (2019)	Km ² per PS (2019)	Accessi x 1.000 abitanti	Accessi totali PS (in 1000)	% di ricoverati (2016-17) ²	Contatti medico/anno (in %) ³		
								0	1	2+
Spagna (Servicios de Urgencias Hospitalarios)	46.934,6	94	166.434	1.794	444	20.860 ⁴	10	65,1	22,1	12,8
Inghilterra (Accident & Emergency Department)	56.300,0	432	331.176	766	441	24.827 ⁵	29 ⁶	67,4	19,4	13,2
Italia (PS)	60.359,5	195	96.635	496	340	20.000	16	48,3	22,7	29,1
Francia (Structure des urgences) ⁷	66.993,0	123	106.507	877	328	22.012 ⁸	20	49,8	26,9	23,3
Germania (Zentrale Notaufnahmen)	83.019,2	238	77.952	336	125	10.400 ⁹	43	46,9	21,8	31,3

¹ Eurostat (2019) EU population up to over 513 million on 1 January 2019 (11/4/2019). Il dato dell'Inghilterra è stato ottenuto togliendo dal dato relativo al Regno Unito il numero di abitanti di Scozia, Galles e Irlanda del Nord. ² LGCAS (2020 July). ³ Si tratta di medici generalisti (*general practitioners*). Eurostat (2022) Self-reported consultations of a medical professional by sex, age and degree of urbanization. ⁴ Ministerio de Sanidad (2021) Urgencias atendidas en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), frecuentación por 1.000 habitantes y porcentaje de urgencias ingresadas sobre el total de urgencias atendidas según comunidad autónoma (<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla27.htm>) ⁵ NHS, Hospital Accident and Emergency Activity 2019-20 (<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-accident--emergency-activity/2019-20>) ⁶ Dato stimato sulla base dei dati LGCAS (2020 July). ⁷ Compende le DROM (Martinique, Guyane, Mayotte, Guadeloupe, La Réunion). ⁸ DREES (2021) Les établissements de santé, Ch. 25, p. 140. ⁹ Regierungskommission (2023) Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstelle.

Fonte: elaborazione autori sui documenti istituzionali dei vari paesi (Ministeri, agenzie, etc.) e database Eurostat.

ziazione nella densità di PS nella popolazione (abitanti per PS) e nel tasso di accesso al PS (accessi per 1.000 abitanti). Quest'ultimo dato è in linea con i risultati di precedenti report EUSEM (LGCAST, 2020). Si osserva poi come il dato sui tassi di accesso sia poco associabile alla densità di PS sul territorio o sugli abitanti, mentre esiste una più chiara relazione inversa con il tasso di accesso dal Medico di Medicina Generale.

In questo quadro, la Germania spicca in quanto presenta numeri di gran lunga inferiori di accesso in PS nonostante l'elevata densità di PS sulla popolazione. Ciò può essere motivato dalla peculiarità del sistema tedesco in cui di 27,8 milioni di pazienti, solo 10,4 milioni si sono rivolti ai dipartimenti centrali di emergenza (ZNA - *Zentrale Notaufnahmen*) nel 2019, mentre 8,8 milioni di acuti hanno trovato risposta in regime «KV-Bereitschaftsdienst» ambulatoriale o di guardia medica (Mangiapane *et al.*, 2021) e 8,6 milioni nei PS «decentrati» (Regierungskommission, 2023). A ciò si aggiunge il ruolo dei medici sul territorio come punto di riferimento fondamentale nella presa in carico dei pazienti. In merito, dai dati Eurostat (2022) si evince che il 31,3% della popolazione tedesca ha avuto due o più contatti annui con un medico.

Cambiando prospettiva e guardando ai trend emergenti, le complessità vissute dai PS in Europa sembrano essere comuni: crescente numero degli accessi al PS, riduzione delle strutture sanitarie sul territorio, crescenti difficoltà nel rispetto dei tempi standard di trattamento dei pazienti. Tra i paesi oggetto di analisi, si evidenzia quanto segue.

- ▶ La Francia è caratterizzata da una crescita di oltre il 20% degli accessi, dalla riduzione di oltre il 6% delle strutture sanitarie tra 2013 e 2019 e da accessi inappropriati stimati da Naouri *et al.* (2020) fino a un 27,4% del totale degli accessi;
- ▶ L'Inghilterra è caratterizzata da un aumento degli accessi pari al 25% tra il 2007/2008 e 2017/2018 (Torjesen I., 2018) e da una decrescente capacità di dimissione o trasferimento dei pazienti entro quattro ore dall'accesso al PS passata da 93,5% a maggio 2020 a 72,3% ad aprile 2022 (NHS, A&E Attendances and Emergency Admissions) dovuta alla carenza di personale sanitario;
- ▶ La Germania, in cui il numero complessivo dei pazienti urgenti curati dal servizio di reperibilità (KV) e nei PS degli ospedali è passato da 24,9 milioni nel 2009 a 27,8 milioni nel 2019 (+12%), registra un graduale spostamento della domanda dai KV-Bereitschaftsdienst (-12%) verso le strutture «centrali» e «decentrate» (+28%) (Regierungskommission, 2023);
- ▶ La Spagna è caratterizzata da un significativo aumento del numero di accessi di cui l'80% si stima avvenga su iniziativa del paziente, senza essere indirizzato da altri servizi (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Guardando al futuro dei PS la Germania emerge come il sistema che, pur condividendo con gli altri paesi analizzati un'importante crescita della domanda di servizi di E-U tra il 2009 e il 2019, è stato in grado di metter in atto politiche capaci di ricostruire gradualmente il «patto» con i pazienti a livello «decentrato». Tale traguardo è confermato da un numero di emergenze trattate a livello centrale dai *Zentrale Notaufnahmen* in diminuzione (da 10,7 a 10,3 milioni di casi tra il 2016 e il 2019). Similarmente, anche gli altri paesi analizzati stanno sperimentando nuove soluzioni volte a far fronte alle complessità evidenziate. Tra le principali iniziative in Francia si segnalano (i) la definizione di un canale «breve», un canale «lungo» (paziente che richiede diversi esami aggiuntivi e deve essere ricoverato in ospedale) e, ove necessario, di un canale di semplice consultazione che ha portato alla riduzione a meno di 2 ore della permanenza in PS per il 50% dei pazienti; (ii) la creazione di un *Service d'accès aux soins (SAS)* nell'ambito del «patto di rifondazione del PS» di settembre 2019 per l'accesso a un professionista sanitario in grado di fornire consulenza medica, offrire un teleconsulto, indirizzare il paziente al servizio più idoneo e ove necessario, attivare l'intervento di un SMUR (Servizio Mobile di Urgenza e Rianimazione) o di un trasporto sanitario. In Inghilterra si sottolinea l'iniziativa NHS IMPACT (*Improving Patient Care Together*) volta a creare le condizioni per il miglioramento continuo delle performance agendo a livello sistemico – dall'aumento della forza lavoro e della loro flessibilità, al miglioramento della capacità di *discharge* e al rafforzamento della rete nel territorio attraverso la *Urgent Community Response (UCR)*.

9.5 Governo e logistica degli accessi in PS: diagnosi di sistema

Il nostro SSN presenta una variabilità di assetti e comportamenti con i suoi 21 SSR. Sebbene i dati siano anche in questo caso frammentati, godono comunque di una maggiore confrontabilità rispetto a quelli internazionali. Il confronto interregionale rivela una situazione variegata (Tabella 9.2): si passa dai quasi 500 accessi ogni 1.000 abitanti della Provincia di Bolzano ai circa 260 della Sardegna. Pur escludendo questi *outlier*, che presentano peculiarità territoriali significative, il coefficiente di variazione interregionale per il tasso di accesso si attesta comunque intorno al 15%. In Tabella 9.2 le regioni vengono mostrate in ordine decrescente rispetto alla frequenza di accesso al PS.

Da uno sguardo alle correlazioni positive più consistenti (quelle che superano il 60%) si osserva innanzitutto come il tasso di accesso in PS aumenti con la fruibilità percepita del servizio e si riduca in presenza di un maggiore tasso di utilizzo di risposte alternative presenti nel territorio (visite per guardia medica). La variabilità nel tasso di accesso in PS non sembra tanto legata all'intensità e al grado di sviluppo dell'assistenza territoriale (scarsa/nulla cor-

Tabella 9.2 Accessi PS per 1.000 abitanti per regione e variabili potenzialmente correlate, 2019 o anno più recente disponibile

Classificazione dati Indicatori	Accessi al PS		Distribuzione PS		Dotazione risorse		Utilizzo cure primarie		MMG per 10.000 abitanti (2021)
	Accessi x 1.000 abitanti	Accessi per PS	Densità abitanti/km ²	Km ² per PS	Abitanti per PS	Abitanti per ambulanza specialistiche	Tasso di accesso visite specialistiche	Visite Continuità Assistenziale per 100.000 abitanti	
PA Bolzano	496	37,732	72	1,057	76.181	0	n.d.	7	5
Emilia Romagna	407	44,362	197	549	107.974	23.750	50	8	6
Veneto	401	41,055	264	382	100.797	20.372	43	12	6
Liguria	398	43,303	277	387	107.330	14.448	48	21	7
Toscana	393	39,238	159	621	98.680	31.639	46	20	7
Umbria	383	23,783	101	605	61.010	7.793	44	26	8
Abruzzo	377	30,508	56	677	79.366	13.367	43	28	8
PA Trento	370	28,837	55	887	77.436	2.521	n.d.	10	6
Lombardia	353	36,169	47	244	101.538	66.560	48	10	6
Valle D'Aosta	346	43,276	47	3,261	122.955	4.345	46	8	6
Friuli Venezia Giulia	342	37,451	47	721	108.381	19.936	50	10	6
Sicilia	336	26,421	65	417	77.452	28.066	46	37	8
Marche	325	27,278	53	519	82.269	13.116	41	21	7
Basilicata	320	29,548	58	1,679	89.443	44.722	35	56	8
Puglia	317	36,911	60	575	114.731	23.219	33	23	8
Lazio	303	34,847	60	345	114.142	44.241	47	11	7
Molise	292	21,954	67	1,115	72.460	19.323	48	66	8
Piemonte	291	28,498	51	577	96.380	52.097	36	10	7
Campania	283	29,361	70	249	101.676	26.924	30	23	6
Calabria	269	25,449	70	761	92.065	29.555	32	43	6
Sardegna	261	19,151	57	1,095	71.592	16.773	50	53	7
Coeff. di deviazione*	13%	21%	13%	90%	17%	65%	15%	71%	12%
Correlazione con il tasso di accesso al PS*	-	58%	-58%	-7%	-1%	-34%	60%	-41%	-4%
ITALIA	340	33,374	195	496	96,635	30,968	43	19	7

* Esclusi Prov.di Bolzano e Sardegna (rispettivamente min e max).

Fonte: Elaborazione autori su varie fonti istituzionali (Ministero della Salute, Agenas, ISTAT).

relazione con la densità di MMG e correlazione addirittura positiva con il tasso di utilizzo di visite specialistiche), ma a quanta parte della risposta territoriale riesca effettivamente a soddisfare il particolare bisogno (percepito come) urgente della popolazione. Questa interpretazione sembra coerente con quanto emerge in letteratura e segnala la presenza di gap specifici e puntuali nelle forme e modalità di risposta a bisogni differenziati della popolazione piuttosto che generiche carenze nel sistema di offerta ospedaliera e territoriale (Mengoni e Rappini, 2007).

In mancanza di alternative percepite come adeguate, il PS ospedaliero resta quindi un collettore di un'elevata e variegata quantità di domanda che, tra l'altro, sembra essere distribuita in modo molto frammentato e disorganico nella rete dei PS. In media, i PS in Italia gestiscono 33.000 utenti (Tabella 9.3). Circa il 37% dei PS gestisce meno di 20.000 accessi, target minimo fissato dal Ministero per i PS di base. Solo il 6% dei PS gestisce più di 70.000 accessi, nonostante il 16% dei PS totali figurino come DEA di II livello, e pertanto dovrebbero gestire più di 70.000 accessi. Le evidenze sembrano quindi suggerire in alcuni casi un eccesso di dotazione, in altri difetti di posizionamento o comunque squilibri interni alle reti dei PS e a come queste si sono configurate e consolidate nel tempo.

Il fenomeno dei tanti PS sotto i 20.000 accessi e dei pochi PS qualificati come DEA di II livello che superano i 70.000 potrebbe essere in parte frutto di un disallineamento tra indicazioni ministeriali e attuazione delle stesse. In teoria i PS dovrebbero gestire bacini d'utenza tra gli 80.000 e i 150.000 abitanti, i DEA di I tra i 150.000 e i 300.000 e i DEA di II livello tra i 600.000 e i 1.200.000 in una evidente logica di complementarità e non sostituzione. In pratica, i PS base hanno un bacino d'utenza medio in Italia di circa 220 mila abitanti, i DEA di I livello intorno ai 240 mila abitanti e i DEA di II livello intorno ai 620 mila. Sarebbe quindi esserci una «dotazione» di PS disallineata rispetto agli standard in particolare per i PS sede di DEA di II livello. In questo modo ci si allontana dalla logica di complementarità a favore di una sostituiva rendendo difficile distinguere un bacino d'utenza di un DEA di I e di un PS «base» e ambizioso lo standard previsto per i PS sedi di DEA di II livello.

Certi squilibri sono naturali nelle regioni più piccole, meno popolose, isolate geograficamente o caratterizzate da situazioni di difficile viabilità e accessibilità fisica alle strutture. Si tratta, ad esempio, di Valle D'Aosta, Sardegna, Province Autonome del Trentino-Alto Adige e Umbria. In questo caso, ragioni di equità e di conformazione del territorio ne spiegano alcune peculiarità.

Attorno ai DEA di II livello rimane comunque aperta la questione degli standard di accesso e vocazione rispetto a un bacino di popolazione più o meno ampio. La scelta di dove allocare i sempre più scarsi medici d'urgenza e a chi e quanti posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) o di medicina d'urgenza assegnare passa necessariamente da una attenta revisione comples-

Tabella 9.3 **Tasso di offerta di PS e distribuzione degli accessi per regione e tipologia di PS, 2019 o anno più recente disponibile**

Classificazione dati	Popolazione				Distribuzione strutture				Accessi al PS			Distribuzione PS per fasce di accesso		% ricoveri da PS
	Abitanti per Tot PS	Abitanti per PS base	Abitanti per DEA1	Abitanti per DEA2	% di DEA di II livello	Km ² per Tot PS	Accessi x 1.000 abitanti	Accessi per PS	% PS < 20.000 accessi (2017)	% di PS > 70.000 accessi (2017)	% di ricov.			
V. D'Aosta	122.955	122.955	0	122.955	100	3.261	346	43.276	0	0	17			
Puglia	3.900.852	114.731	325.071	557.265	21	575	317	36.911	22	5	14			
Lazio	5.707.112	114.142	248.135	259.414	10	345	303	34.847	15	10	14			
F.V.G.	1.192.191	108.381	1.192.191	596.096	18	721	342	37.451	8	8	14			
Emilia Romagna	4.426.929	107.974	210.806	553.366	29	549	407	44.362	40	19	13			
Liguria	1.502.624	107.330	375.656	214.661	21	387	398	43.303	21	5	15			
Campania	5.592.175	101.676	174.755	430.167	18	249	283	29.361	36	8	13			
Lombardia	9.950.742	101.538	231.413	242.701	14	244	353	36.169	42	2	13			
Veneto	4.838.253	100.797	268.792	193.530	10	382	401	41.055	31	10	12			
Toscana	3.651.152	98.680	202.842	243.410	11	621	393	39.238	34	13	13			
Italia	58.850.717	96.635	218.776	240.207	16	496	340	33.374	36	6	13			
Piemonte	4.240.736	96.380	302.910	212.037	23	577	291	28.498	28	2	11			
Calabria	1.841.300	92.065	306.883	167.391	15	761	269	25.449	64	0	19			
Basilicata	536.659	89.443	134.165	536.659	17	1.679	320	29.548	50	0	17			
Marche	1.480.839	82.269	296.168	134.622	11	519	325	27.278	28	0	13			
Abruzzo	1.269.860	79.366	141.096	181.409	0	677	377	30.508	38	6	14			
Sicilia	4.802.016	77.452	177.852	184.693	15	417	336	26.421	45	3	13			
P. Trento	542.050	77.436	108.410	542.050	14	887	370	28.837	57	14	12			
P. Bolzano	533.267	76.181	88.878	0	533.267	14	496	37.732	43	14	12			
Molise	289.840	72.460	96.613	289.840	0	1.115	292	21.954	0	0	15			
Sardegna	1.575.028	71.592	143.184	196.879	14	1.095	261	19.151	71	0	19			
Umbria	854.137	61.010	122.020	170.827	14	605	383	23.783	59	6	16			

Fonte: Elaborazione autori su varie fonti istituzionali (Ministero della Salute, Agenas, ISTAT).

siva del governo e della logistica dell'input e da una trasformazione formale e sostanziale del network di PS che saranno oggetto dei paragrafi successivi.

9.6 Le trasformazioni in corso: i casi regionali

L'analisi dei casi regionali permette di approfondire la diagnosi da un punto di vista sia qualitativo che quantitativo e di esplorare i processi di cambiamento in corso.

9.6.1 Lombardia

La Lombardia si presenta con una configurazione di tasso di accesso al PS e tasso di offerta di PS di poco superiore alla media italiana. Il tasso di accesso si attesta sui 352 accessi per 1.000 abitanti nel 2019 (media italiana 340) e il numero di abitanti per PS era intorno ai 101 mila (media italiana 97mila). Dopo l'importante flessione degli accessi nel periodo pandemico il rientro alla normalità è caratterizzato da un dato di 313 accessi per 1.000 abitanti (elaborazione su dati AREU e ISTAT). Dei circa 3 milioni di accessi nel 2022, il mix dei codici sembra abbastanza in linea con il dato nazionale: circa il 76% è urgenza minore o differibile e la percentuale di accessi che si traducono in ricovero è intorno al 13%. Vi è poi una forte similitudine rispetto al mix di tipologie di PS. L'aderenza al dato medio è naturalmente ascrivibile per buona parte alla grandezza della regione in questione. Con i suoi circa 10 milioni di abitanti concorre in modo rilevante nella determinazione delle medie nazionali. L'ampiezza territoriale conferisce poi una varietà territoriale che si avvicina, in piccolo, a quella del resto del territorio nazionale, tranne che per l'assenza del mare. Per questo secondo motivo in particolare la Lombardia ha le caratteristiche strutturali per essere una regione paradigmatica rispetto al contesto italiano anche se sappiamo che bisogna tener conto delle peculiarità del suo sistema sanitario regionale e delle scelte fatte dalle politiche sanitarie. Tra le peculiarità attinenti al sistema di Emergenza-Urgenza vi è senza dubbio la presenza di AREU, un'agenzia specializzata sull'E-U. AREU nasce nel 2009 con la missione di attuare la programmazione e il controllo, assicurando i LEA in materia di emergenza urgenza extraospedaliera, di attività trasfusionali, di trasporti sanitari e sanitari semplici inclusi gli organi e i tessuti destinati ai trapianti. Ad AREU afferiscono quattro Sale Operative Regionali dell'Emergenza Urgenza (SOREU) sanitaria a valenza interprovinciale: SOREU Metropolitana a Milano, dei Laghi a Como, delle Alpi a Bergamo, della Pianura a Pavia. Le competenze maturate nel tempo da AREU e la visione d'insieme che deve necessariamente avere per coordinare le attività del 118 la rendono un «partner» sempre più strategico per la regione e pertanto, come

vedremo, il suo ruolo nella governance dell’Emergenza-Urgenza si sta ulteriormente ampliando.

9.6.1.1 Diagnosi e premesse al cambiamento⁵

Il primo aspetto rilevante che emerge dalle analisi è la questione della difficoltà di orientamento e indirizzamento degli accessi. Da una parte, circa il 74% degli accessi avviene in modo spontaneo e autonomo; vi sono infatti accessi spontanei anche tra i codici gialli e i codici rossi (Tabella 9.4). Dall’altra, vi è un utilizzo spesso inappropriato del 118 che prende in carico il 7% dei codici bianchi e il 20% dei codici verdi, un dato che in valore assoluto ammonta a circa 440mila accessi. Il tema dell’accesso spontaneo dei codici maggiori, da una parte, e il fenomeno del sovra-utilizzo del 118 per i codici minori, dall’altra, sono sicuramente due sintomi che suggeriscono di guardare al governo degli accessi come un ambito prioritario di lavoro.

Le difficoltà nel governare l’accesso possono in parte contribuire a spiegare e a indurre alcune delle tipiche criticità del percorso in uscita. Si nota, ad esempio, come l’8% dei codici verdi venga ricoverato (ca. 250mila ricoveri). Il fenomeno dei ricoveri urgenti per urgenze differibili aumenta notevolmente la variabilità «artificiale» e cioè quella indotta dal sistema e può rappresentare uno

Tabella 9.4 **Totale accessi in Lombardia per codice colore, tipo di accesso e tipo di esito, 2022**

	Bianco (8%)	Verde (68%)	Giallo (20%)	Rosso (2%)	Non eseguito (1%)
INPUT					
Da 118	7%	19%	41%	72%	14%
AUTONOMO	91%	79%	57%	27%	64%
ALTRO	2%	2%	2%	1%	22%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%
OUTPUT					
Dimissione a domicilio	78%	83%	68%	32%	75%
Ricovero in reparto di degenza	1%	8%	26%	54%	7%
Dimissione a strutture ambulatoriali	1%	1%	1%	0%	0%
Trasferimento ad altro istituto	0%	1%	2%	4%	1%
Il paziente abbandona il PS prima della visita medica	15%	5%	1%	0%	16%
Il paziente abbandona il PS in corso di accert. e/o prima della chiusura C.C.	4%	2%	2%	1%	1%
Rifiuta ricovero	0%	1%	1%	1%	0%
Deceduto in PS	0%	0%	0%	7%	0%
Giunto cadavere	0%	0%	0%	0%	0%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaborazione degli autori su dati AREU.

⁵ Tutti i dati presentati in questo paragrafo derivano da rielaborazioni degli autori su dati e evidenze direttamente fornite da AREU Lombardia.

spreco di risorse nel momento in cui la rapidità della soluzione non coincide in realtà con la soluzione più appropriata. Dalle interviste emerge infatti come vi sia sicuramente un cluster di utenti anziani fragili che richiedono l'utilizzo del 118 in entrata e che vengono poi ricoverati. Rispetto a questo tipo di popolazione, ad esempio, potrebbe più appropriato da un punto di vista del rischio clinico evitare l'accesso in ospedale quando non ve ne è strettamente bisogno.

Un dato a cui porre attenzione in fase di output è il tasso di abbandono prima di essere visitato o prima di un accertamento. Il fenomeno chiaramente riguarda soprattutto i codici bianchi (quasi il 20% abbandona prima della chiusura della cartella clinica) e i codici verdi (7%). Si tratta, appunto, con molta probabilità di quegli accessi «evitabili» che seppur meritevoli di tutela dovrebbero essere orientati verso altri setting di cura (laddove disponibili).

La dispersione degli accessi a monte non è però solo una mancanza di governo della domanda o di alternative al PS; vi è anche una questione di frammentazione e confusione nella rete di PS. Se si vanno ad analizzare i dati per tipologia di PS (Tabella 9.5 e Tabella 9.6), si nota, come il mix di codici in entrata, di canali di accesso e di uscita non vari in maniera molto significativa per tipologia di PS.

I PS di base rappresentano circa il 40% dei PS e gestiscono circa 20mila casi all'anno, tendendo a essere «isolati ed autosufficienti»: solo l'1% degli accessi viene trasferito in altra struttura e il tasso di ricovero è pari a quello degli altri livelli di PS (15%). I DEA di I livello gestiscono in media circa 30 mila accessi, dato che si conferma al di sotto del target ministeriale di 45mila accessi l'anno. Questo dato è coerente con il fatto che circa il 65% è mono-specialistico (dati Fenice) e risulta hub per una sola specialità. I DEA di II nella maggior parte

Tabella 9.5 **Totale accessi in Lombardia per codice colore, tipo di accesso e tipologia di struttura, 2022**

	PS	DEA I	DEA II	TOT
Totale	1.028.041	1.303.826	779.983	3.111.850
Bianco	9,7%	6,8%	9,3%	8,4%
Verde	68,2%	68,6%	67,4%	68,2%
Giallo	19,2%	21,0%	20,5%	20,3%
Rosso	1,6%	2,3%	2,7%	2,2%
Nero	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Non eseguito	1,3%	1,2%	0,0%	0,9%
	100%	100%	100%	100%
118	21%	24%	26%	23%
AUTONOMO	77%	75%	70%	74%
ALTRO	2%	1%	5%	2%
	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaborazione degli autori su dati AREU.

Tabella 9.6 **Totale accessi in Lombardia per codice colore, tipo di esito e tipologia di struttura, 2022**

	PS	DEA I	DEA II	TOT
Totale	1.132.073	1.303.557	779.962	3.215.592
Dimissione a domicilio	74%	77%	76%	76%
Ricovero in reparto di degenza	15%	13%	15%	14%
Il paziente abbandona il PS prima della visita medica	6%	5%	3%	5%
Il paziente abbandona il PS in corso di accert. e/o prima della chiusura della c.c.	3%	2%	3%	2%
Trasferimento ad altro istituto	1%	1%	1%	1%
Rifiuta ricovero	1%	1%	1%	1%
Dimissione a strutture ambulatoriali	0%	0%	1%	0%
Deceduto in PS	0%	0%	0%	0%
Giunto cadavere	0%	0%	0%	0%
Totale	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaborazione degli autori su dati AREU.

dei casi gestiscono una casistica di molto superiore o vicina ai 70.000 accessi, con dei tassi di abbandono inferiori alle altre categorie e dei tassi di ricovero nella media. Bisogna però notare come la distinzione tra tipologie di PS possa essere in molti casi fuorviante. La popolazione dei PS base è comunque variegata, con alcuni PS che arrivano a gestire circa 40.000 accessi (quasi dei DEA di I). Vi sono poi dei DEA di II livello che gestiscono intorno ai 50.000 pazienti così come altri che ne gestiscono più di 80.000mila (Tabella 9.7).

Il risultato finale di questa uniformazione verso il basso, in termini di casistica trattata, soprattutto dei DEA di I livello, spiega quanto già osservato a su base nazionale sulla distribuzione degli accessi tra i PS, di fatto molto

Tabella 9.7 **Cluster di strutture di emergenza in Lombardia per fasce di accessi, 2022**

Cluster di PS (per volumi di accesso)	Accessi	Accessi (%)	Numero di PS (%)	Numero di PS	Di cui PPI	Di cui PS «base»	Di cui DEA I Livello	Di cui DEA II Livello
<10.000	72.441	2%	9%	9	4	5	0	0
>10.000 < 20.000	420.183	13%	26%	27	0	22	5	0
>20.000 < 45.000	1.119.816	33%	37%	38	0	17	21	0
> 45.000 < 70.000	1.237.558	37%	22%	22	0	0	15	7
>70.000	497.691	15%	6%	6	0	0	0	6
Totale	3.347.689	100%	100%	102	4	44	41	13
% PS in target					100%	39%	37%	54%

Fonte: Elaborazione degli autori su dati AREU.

parcellizzati tra strutture di emergenza a più basso livello (Tabella 9.7). Sembra dunque esserci in primis un eccesso di dotazione di PS che è solo in parte spiegabile con le ragioni dell'equità e della necessità di tenere dei presidi nelle aree territorialmente più disagiate e a minor densità di popolazione. Vi è infatti una elevata sovrapposizione tra le tipologie di PS rispetto al numero di accessi target. L'inefficiente e confusa allocazione delle risorse tra i PS rappresenta sicuramente una fonte di dispersione degli accessi e disorientamento della domanda; rappresenta, dunque, uno degli oggetti della riforma analizzata nel successivo paragrafo.

9.6.2 Prospettive

La Lombardia ha avviato già da qualche anno un percorso di revisione sostanziale di tutto il sistema di PS che non è racchiuso in un'unica riforma. A partire dal 2022 vengono proposte una serie di indicazioni e progettualità che vedono nella più recente DGR n. XII/787 di luglio 2023 sul «Piano di riordino delle strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza urgenza ospedaliera» un ultimo importante tassello di una revisione complessiva di cui proponiamo una rivisitazione e ricomposizione.

La carenza di medici urgentisti, da una parte, e le criticità richiamate nella rete dei PS dall'altra, impongono innanzitutto una revisione nella allocazione delle risorse e delle responsabilità all'interno della rete dei PS. L'ultima DGR del 31 luglio segnala infatti come si renda «necessario rivedere l'offerta ospedaliera regionale iniziando dalla riclassificazione dei PS e dei DEA di I e di II livello, pubblici e privati accreditati». Si tratta di una «revisione e razionalizzazione della rete dei DEA/PS, coerente con il riordino della rete ospedaliera Regionale che, dopo approvazione da parte della Giunta Regionale, diventerà operativo nel 2024». La DGR sembra prendere atto dello stato di confusione e sovrapposizione che si è andata in pratica a formare nel tempo tra PS, DEA di I e DEA di II. In attesa di vedere come saranno riorganizzate le reti ospedaliere, il principio che sembra ispirare l'organizzazione è quello di incanalare e concentrare in modo chiaro e netto il flusso dell'E-U verso strutture fisiche e organizzative con risorse dedicate e specializzate che dovranno rispecchiare degli standard ben precisi e che porteranno alcune realtà a dover adeguare la forma alla sostanza o viceversa. La concentrazione della casistica più urgente e a più alto carico assistenziale passa innanzitutto da rivisitazione dei criteri di accreditamento. Coerentemente con le linee guida nazionali, si ribadisce che «la dotazione delle postazioni dedicate all'Osservazione Breve Intensiva (OBI)⁶ è individuata mediante il criterio di una postazione ogni 5.000 accessi

⁶ Secondo le Linee di Indirizzo del Ministero, l'OBI costituisce una «modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso

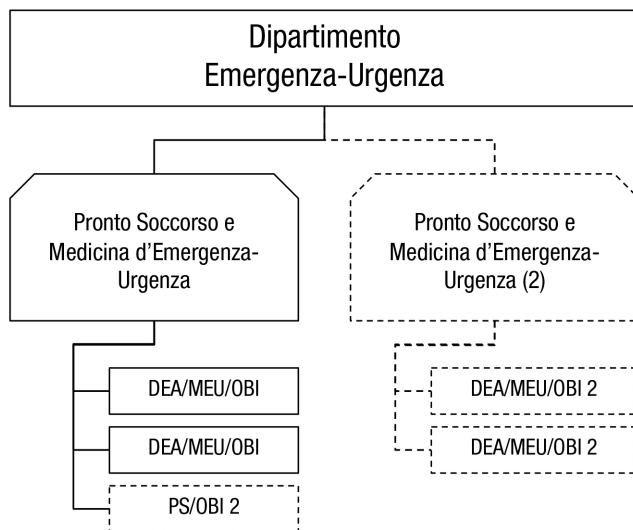
al PS» e si specifica quali siano i requisiti di presa in carico e quali siano gli standard e la tipologia di personale. Si introduce poi una novità in quanto gli ospedali dovranno dedicare dei posti letto all'emergenza urgenza e che «il numero complessivo di letti afferenti alle UUOO di Medicina d' E-U non può essere superiore a 24 posti letto complessivi per i DEA di II livello e 12 per i DEA di I livello. I posti letto sono da considerarsi all'interno dei posti letto complessivi accreditati». La riallocazione degli asset è associata a una riconfigurazione degli assetti organizzativi. Le Strutture sede di DEA di I e II livello devono prevedere, all'interno della loro organizzazione una UO complessa di «PS e Medicina d'E-U» in cui i PS diventano delle strutture organizzative semplici che afferiscono ai DEA che diventano le sedi fisiche e organizzative degli OBI, dei Medici D'Urgenza e dei Posti letto d'Emergenza-Urgenza. È evidente quindi il tentativo di ridefinire la quantità e la tipologia delle risorse (postazioni OBI, posti letto per la degenza e medici) nella rete dei PS secondo criteri di concentrazione e specializzazione delle risorse. A tal proposito nella DGR si sottolinea la centralità delle figure dei MEU (Medici d'Emergenza Urgenza) nella presa in carico dei pazienti di E-U, ma anche la necessità di focalizzare il loro operato rispetto alla loro specializzazione, in modo da valorizzarne la vocazione ed economizzare il loro utilizzo. Allargando qui la visuale si osserva come queste figure dovranno necessariamente diventando patrimonio comune di un flusso logistico comune. In pratica, dal punto di vista organizzativo e operativo questo significa che la turnistica sarà sempre più condivisa tra AREU e i Dipartimenti di E-U.

Questo percorso porterà alla revisione e razionalizzazione della rete dei DEA/PS entro il 2024. Si tratta comunque di una traiettoria complessa che avrà bisogno dei suoi tempi perché, come accennato nell'introduzione del capitolo, la revisione delle reti dei PS intreccia razionalità tecniche, ragioni sociali e ragioni politiche, ma ora è chiaro che è evidentemente inevitabile.

Nel mentre vanno avanti i lavori per la riprogettazione della rete ospedaliera e della strettamente connessa rete di PS. Ciò che AREU sta promuovendo nel breve è l'orientamento della domanda e la presa in carico dei codici minori che, come osservato nella diagnosi, costituiscono un importante fonte di variabilità e inappropriata. L'obiettivo principale è «orientare il bisogno di cura non emergente-urgente che si rivolge ai PS di Regione Lombardia, verso le cure territoriali, potenziando la risposta territoriale con strumenti di telemedicina

rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali. Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l'esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo».

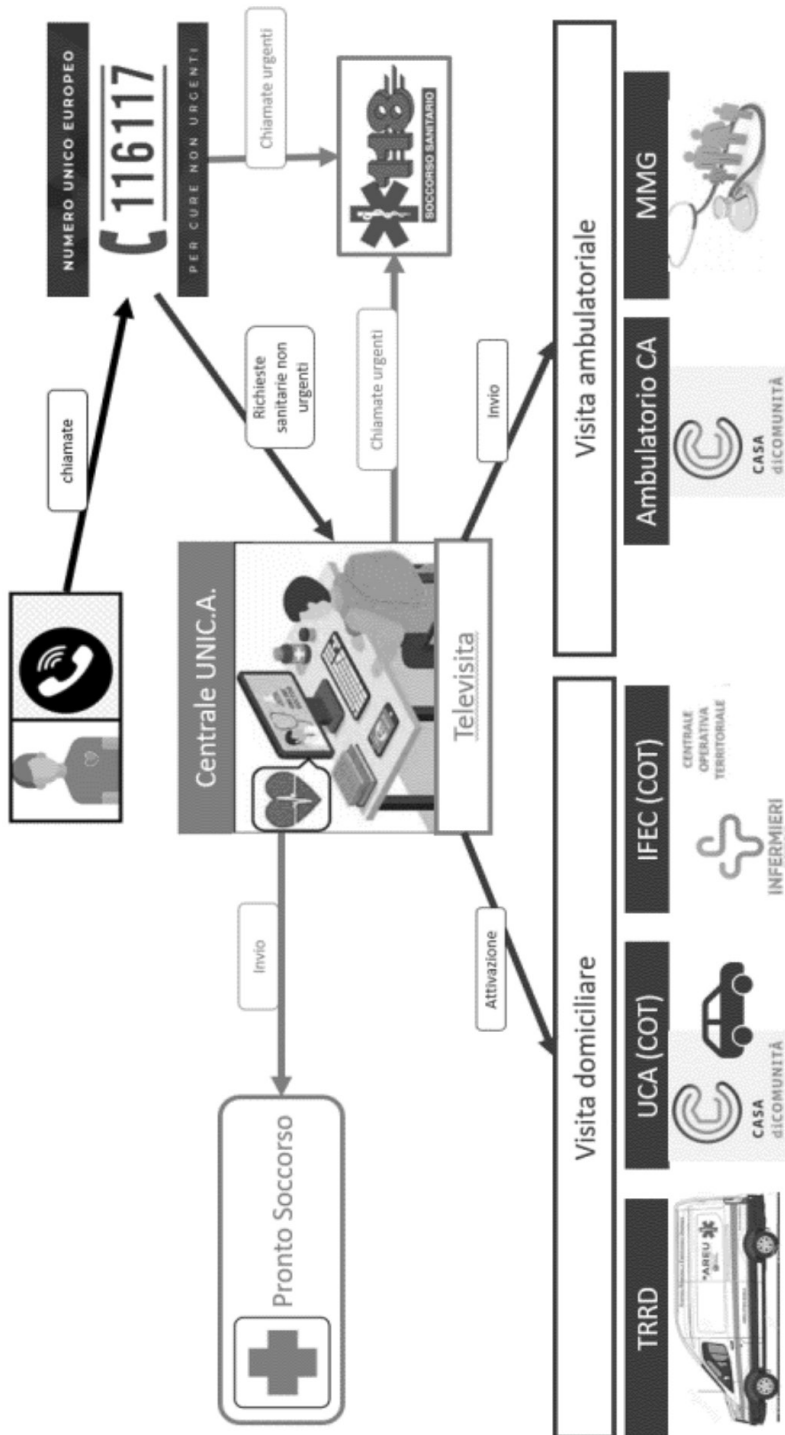
Figura 9.2 **I Dipartimenti di E-U secondo la DGR del 31 luglio 2023 della Regione Lombardia**



(televisita e teleassistenza) e favorendo la transizione verso la gestione a domicilio in particolare di pazienti fragili, con il supporto di trattamenti e diagnostica adeguati».

La riforma dei servizi si basa su tre azioni. La prima è lo sviluppo di un servizio di telemedicina d'urgenza da parte di AREU per evitare i trasporti inappropriati attraverso il 118 e la conseguente attivazione di un servizio di Risposta Rapida Domiciliare. Lo sviluppo di questo servizio è indirizzato principalmente alle urgenze differibili e alle riacutizzazioni di pazienti anziani fragili. Il servizio fa perno su una Centrale Medica Integrata ed è stato già sperimentato in alcune aree montane della Lombardia ed è in fase di sperimentazione in ATS di Milano (vedi paragrafo successivo per un approfondimento). La seconda e la terza azione afferiscono al campo dell'urgenza territoriale. Da una parte, il potenziamento del numero unico 116-117 con l'obiettivo di ridurre il più possibile gli accessi spontanei in PS. A questo si lega lo sviluppo di una app apposita per fornire informazioni non sanitarie, supportare il cittadino, attraverso un sistema di *dispatch*, nella scelta del servizio più idoneo al suo bisogno di cura e indirizzandolo successivamente al servizio territoriale. Si prevede inoltre una campagna informativa del servizio. Vi è quindi la necessità di sviluppare quei servizi atti a garantire una risposta sanitaria al bisogno di salute per il cittadino che si rivolge al NEA 116117. Della fase di risposta diventa perno fondamentale la creazione di una centrale unica (Uni.Ca) di telemedicina e la conseguente riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale. A questa deve seguire lo sviluppo anche di un servizio di Risposta Rapida Domiciliare. In tal

Figura 9.3 Il modello di tele-presenza in carico dell'emergenza-urgenza



Fonte: AREU.

modo si prevede che le attività che afferiscono alla Centrale si concludano con i seguenti esiti: 60% tele-visita e/o prescrizione dematerializzata; 15% attivazione del TRRD (Team di Risposta Rapida Domiciliare); 10% invio autonomo in PS; 15% visita ambulatoriale presso le postazioni di Continuità Assistenziale sul territorio. Il modello di Uni.CA fa leva su una riorganizzazione della Continuità Assistenziale basata sulla centralizzazione e la razionalizzazione di risorse che anche in questo caso risultano scarse e frammentate nei vari ambulatori territoriali.

Nel complesso, questi interventi dovrebbero garantire un miglioramento nell'utilizzo della capacità produttiva complessiva, nella fluidità dei processi e nella *patient experience*.

È interessante notare come tale progettualità nasca e si basi sull'esperienza portata avanti e promossa dal sistema pre-ospedaliero e in particolare da AREU che nel 2022 aveva avviato una sperimentazione attraverso la CMI (Centrale Media Integrata), utilizzata principalmente per ridurre l'utilizzo inappropriato delle ambulanze per i codici minori. Visti i risultati della sperimentazione (vedi paragrafo successivo) e visti anche i risultati del 118 nel prendere in carico la domanda (performance «allarme-target» sopra la media italiana), AREU entra nel progetto di Uni.CA come referente per varie attività: la clinica (referente clinico di progetto), la formazione, il monitoraggio e lo sviluppo dell'informatica. Le attività che riguardano la gestione delle risorse e del personale sono di responsabilità della Continuità Assistenziale.

Bisogna qui rilevare come un quarto pilastro, ormai esplicitato anche nella DGR del 31 luglio 2023, per il miglioramento del governo e la logistica degli accessi e dei processi che coinvolgono i PS sia proprio l'Agenzia Regionale per l'Emergenza Urgenza. La visione è ormai da qualche tempo quella di potenziare il ruolo di AREU in varie direzioni e a vari livelli. In primo luogo, attraverso una funzione di supervisione, di indirizzo e di promozione di buone pratiche della rete di PS. Ecco, dunque, che AREU diventa nel 2021 «Agenzia» e non più Azienda, rafforzando quindi il suo ruolo di supporto alla governance e di supporto tecnico-specialistico sia alla regione che alla rete di PS. Nasce poi, con il POAS di agosto 2022, la struttura complessa «Integrazione percorsi di cura ospedale – territorio» che include la struttura semplice «Coordinamento regionale PS». Una struttura che ha già avuto modo, ad esempio, di organizzare delle giornate di formazione per tutti gli addetti di PS o di ispirare la stesura della DGR del 9 settembre 2022 sugli «interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal PS». Questa necessità di individuare una governance complessiva e centralizzata per supervisionare i flussi di PS era già emersa durante il periodo Covid-19 (cfr. Rapporto OASI 2020) e si concretizza nel 2022 con l'istituzione di un «Osservatorio regionale dei ricoveri in area medica». In secondo luogo, il ruolo di AREU dovrebbe svilupparsi supervisionando lo sviluppo e la creazione, appunto, di Uni.CA. Questo secondo passaggio in par-

ticolare è molto delicato. Se il rationale di fondo è chiaro. Si tratta di un passaggio strategico che incide sul posizionamento di AREU in quanto estende il suo raggio d'azione in tre direzioni. Da una parte, estende il suo target ufficiale ai codici minori, seppur in modo indiretto e per evitare accessi in PS. Si tratta in realtà un'operazione che istituzionalizza il fatto che 118 già prende in carico una parte di codici minori. L'altro aspetto da osservare è che entra, seppur in maniera indiretta e attraverso la telemedicina, nella fase di throughput e di trattamento. Infine, Uni.Ca forza l'integrazione tra Emergenza Urgenza e Continuità Assistenziale che può rappresentare un punto di forza del modello in quanto costringe gli attori a integrarsi o può diventare terreno di scontro e di «guerre di territorio», rallentando il percorso di cambiamento.

9.6.2.1 La sperimentazione: la CMI per la telemedicina d'urgenza

La Regione Lombardia con la Legge Regionale 29 dicembre 2022, n. 34 (Legge di Stabilità) e ha affidato ad AREU la funzione specifica di attivare sul territorio regionale la CMI (Centrale Medica Integrata) con «il compito di rivalutare le chiamate pervenute alle sale operative regionali di emergenza urgenza (SO-REU) identificate come non emergenti/urgenti, rispondendo all'iniziale bisogno di cura e riorientando successivamente, attraverso il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117), il cittadino sui servizi territoriali, ivi compresa la medicina di continuità assistenziale». L'obiettivo è triplice: 1) ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse destinate all'Emergenza Urgenza (trasporto in ambulanza e accesso in PS), intercettando e orientando il bisogno di cura non urgente del paziente che si rivolge al 112 verso i servizi della rete territoriale, garantendo al contempo le stesse opportunità di cura; 2) ridurre l'ospedalizzazione (accesso a PS e successivo ricovero) in particolare dei soggetti fragili, favorendo l'home-treatment anche con il supporto, ove necessario, di un team dedicato alle visite domiciliari (Team di risposta rapida domiciliare TRRD); 3) supportare le dimissioni precoci da PS/OBI di pazienti che necessitano di osservazione, rivalutazione, eventuale prosecuzione di terapia parenterale. In particolare tale attività si rivolge a pazienti fragili e anziani (età > 80 anni), in caso di riacutizzazioni lievi di patologie croniche (scompenso cardiocircolatorio, BPCO, Diabete Mellito) così come nella gestione del dolore cronico.

Il target sono gli adulti clinicamente stabili, con prima valutazione ABCD⁷ nei limiti, in assenza di red flags per i sintomi o segni riferiti. Vengono esclusi i pazienti pediatrici e le donne gravide. Rientrano tra i problemi clinici presi in carico dalla CMI, a titolo esemplificativo: febbre, vomito/diarrea, dolore del

⁷ Con valutazione ABCD si intende quell'insieme di valutazioni effettuate sul paziente nelle primissime fasi salvavita. Include la valutazione dello stato di coscienza e vie aeree (Airways), la valutazione del respiro (Breathing), la valutazione del circolo (Circulation) e la valutazione dello stato neurologico (Disability).

rachide o agli arti, alterazione glicemica o dei valori pressori, traumi minori distali degli arti, vertigine, cefalea. Si tratta, in pratica, dei i codici verdi degli over80 che arrivano con 118 e vengono spesso ricoverati. In una prima fase, la CMI è attiva dalle 8 alle 18, con il compito di rivalutare le chiamate trasferite dalla SOREU ritenute non urgenti, tramite *clinical pathways* standardizzate e condivise e stabilire priorità e risposta di cura appropriata. I medici della CMI, al termine della tele-visita, inviano il referto della visita tramite link con SMS al cittadino, e possono attivare inoltre una o più delle seguenti risposte:

- ▶ Prescrizione dematerializzata (terapie, accertamenti diagnostici);
- ▶ Attivazione di servizi di cura territoriali/domiciliari, attraverso l'attività del 116117.

La CMI è composta da personale medico esperto di PS e personale tecnico di SOREU. Medici esperti di PS reclutati nell'ambito delle attività del Sistema E-U pre-ospedaliero, in addendum alle convenzioni in essere tra AREU e le ASST/IRCCS e Ospedali Privati Accreditati sedi di PS. Medici specializzandi MEU, sotto supervisione e tutoraggio del medico senior, assunti con contratti LP. Nell'ambito dell'attività di CMI viene istituita la figura di infermiere «flus-sista» che rivaluta le chiamate dei pazienti in attesa di ambulanza, identificati a primo filtro di SOREU come non emergenti-urgenti e pone eventuale indicazione a trasferimento in CMI. Tale attività è finalizzata a migliorare ulteriormente l'appropriatezza degli accessi a PS.

Da gennaio 2022 a settembre 2023 è stata avviata una fase sperimentale con un medico di CMI e due specializzandi in Medicina d'Urgenza a comporre il Team di Risposta Rapida Domiciliare. In questa fase sono state gestite 15.400 chiamate al 118 tramite CMI. Circa il 21% è confluito nell'attivazione di una missione di 118 e il circa il 7% in un'indicazione di invio in Pronto Soccorso. Ben circa il 56% delle chiamate si è invece concluso con una tele-visita e il 16% con la tele-visita e l'attivazione della visita a domicilio. Per quanto riguarda l'età dei pazienti, il 60% aveva un'età superiore ai 65 anni e il 30% agli ottanta anni.

Nelle fasi sperimentali AREU sta poggiando su accordi e convenzioni di rotazione del personale con PS e ospedali. Il tema di non avere risorse dedicate rappresenta però un ostacolo per portare il modello su scala regionali. Secondo i referenti di AREU bisognerebbe avere l'infermiere o specializzando. Da una parte c'è la necessità di formare e sviluppare il capitale umano per questo tipo di servizio. Dall'altra, per evitare che questo servizio specializzato in urgenze si trasformi in un'interfaccia virtuale del SSN e venga utilizzato in modo inappropriato è altrettanto necessario sviluppare Uni.Ca sul territorio. La sperimentazione ha fornito evidenza del bisogno di una virtualizzazione di servizi che prendano in carico quesiti clinici dei codici minori, prescrizioni e certificati di malattia che sarebbero di pertinenza dei medici di continuità assistenziale.

9.6.3 Emilia Romagna

In Emilia Romagna nel 2019 si registrava un dato di accessi al PS significativamente più elevato rispetto a quello nazionale: 407 accessi per 1.000 abitanti contro 340; dopo una flessione rilevante nel periodo pandemico, nel 2022 la regione registra 353 accessi per 1.000 abitanti. La regione conta 12 DEA di II livello, 8 DEA di I livello, 19 PS di base e 15 Punti di Primo Intervento (PPI)⁸, per una popolazione complessiva di circa 4,5 milioni; il numero di abitanti per struttura di emergenza è intorno ai 108mila residenti (mentre la media italiana si attesta ai 97mila). Dei circa 1,7 milioni di accessi totali nel 2022, 66% sono codici verdi e bianchi e si traducono in ricovero per il 13% del totale, in linea con il dato nazionale (13%).

9.6.3.1 Diagnosi e premesse al cambiamento⁹

Il processo di trasformazione del sistema dell'emergenza e urgenza in Emilia Romagna parte innanzitutto da un'analisi del bisogno e della casistica che si presenta al PS: nel 2022, dei più di 1,7 milioni di accessi al PS, 66% sono risultati codici verdi e bianchi (rispettivamente 52% e 14%), mentre circa 24% sono stati classificati come urgenza differibile (azzurro), 8,4% come urgenza (arancione) e 2,4% come emergenza richiedente accesso immediato (rosso). Gli accessi si concentrano per oltre il 76% nei 12 DEA di secondo livello (60%) e negli 8 DEA di primo livello (16%) della regione, mentre i 19 PS di base e 15 PPI raccolgono rispettivamente il restante 17% e 6% degli accessi totali. Confrontando la distribuzione degli accessi per codice triage e per struttura, si nota come tutte le strutture diano una risposta quantitativamente comparabile ai codici verdi, che di fatto cubano poco più della metà degli accessi totali in ciascuna tipologia di struttura di emergenza (attestandosi tra il 51% e il 54%); i codici bianchi tendono a concentrarsi nei PPI preposti alla bassa complessità (31%), ma rimangono significativi anche nei DEA di II livello (15%) e nei PS (11%); sugli arancioni e azzurri, DEA di II, I e PS risultano sostanzialmente simili, con una leggera prevalenza di arancioni e minore presenza di azzurri nei DEA di II livello.

Raggruppando le strutture di emergenza per fasce di accesso, si nota come la

⁸ Il Punto di Primo Intervento viene definito dal DM 70/2015 come presidio «operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Qualora gli accessi superino le 6.000 unità anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura. [...] I Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale».

⁹ Tutti i dati presentati in questo paragrafo derivano da elaborazioni degli autori sulle evidenze disponibili al portale regionale open access ReportER, flusso PS: <https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportERHome/stats/flusso/1> (ultimo accesso 10 agosto 2023).

Tabella 9.8 **Totale accessi (%) in Emilia Romagna per codice triage e struttura di emergenza, 2022**

Codice triage / struttura di emergenza	DEA 2	DEA 1	PS	PPI	Totale
Rosso	3,1%	2,1%	1,1%	0,4%	2,4%
Arancione	9,1%	8,0%	8,3%	2,6%	8,4%
Azzurro	22,0%	29,5%	27,0%	13,2%	23,5%
Verde	50,8%	54,1%	52,9%	53,0%	51,8%
Bianco	15,0%	6,3%	10,6%	30,8%	13,8%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaborazione degli autori su dati ReportER.

metà degli accessi (51%) si riversa su DEA di II livello con più di 70mila accessi l'anno; un 23% si concentra nelle strutture «intermedie» che raccolgono tra i 20mila e 45mila accessi l'anno, prevalentemente DEA di I livello e PS di base; mentre strutture tra i 45 e 70mila accessi da un lato e tra i 10 e 20mila dall'altro sembrano essere relativamente meno utilizzate dalla popolazione. Infine, quasi tutti i PPI si attestano sotto la soglia dei 10mila accessi l'anno, benché questa fotografia annuale non permetta di apprezzare le ampie differenze stagionali che si registrano nella numerosità degli accessi, i quali aumentano specialmente nel periodo estivo in prossimità di località turistiche, servite prevalentemente da presidi a bassa complessità e lontane dai grandi centri urbani.

Rispetto alla modalità di arrivo dei cittadini in PS, nel 2022 si registra che il 76% degli accessi totali avviene tramite arrivo autonomo, mentre solo il 22% è mediato dal sistema del 118. In sede di intervista si evidenzia come l'accesso autonomo dei cittadini renda di fatto più complessa una presa in carico precoce del bisogno e una corretta distribuzione dei casi nelle sedi più appropriate e di fatto su questo verte uno dei punti fondamentali della riforma di riorganizzazione della rete E-U, che punta a minimizzare gli accessi su base autonoma al PS.

Tabella 9.9 **Cluster di strutture di emergenza in Emilia Romagna per fasce di accessi, 2022**

Cluster per numerosità di accessi	Accessi	Accessi (%)	Numero strutture	Numero strutture (%)	Di cui DEA 2	Di cui DEA 1	Di cui PS	Di cui PPI
<10.000	66.325	4%	14	27%	0	0	3	11
>10.000 < 20.000	185.442	11%	12	23%	0	0	8	4
>20.000 < 45.000	395.569	23%	13	25%	1	6	6	0
> 45.000 < 70.000	203.106	12%	4	8%	2	2	0	0
>70.000	895.164	51%	9	17%	9	0	0	0
Totale	1.745.606	100%	52	100%	12	8	17	15

Fonte: Elaborazione degli autori su dati ReportER.

Tabella 9.10 **Totale accessi (%) in Emilia Romagna per modalità di arrivo e struttura di emergenza, 2022**

Modalità di arrivo	Autonomo	Sistema 118	Altro*	Totale
PPI	95,5%	4,3%	0,2%	100%
PS	81,8%	17,5%	0,4%	100%
DEA 1	76,7%	21,7%	1,6%	100%
DEA 2	71,3%	24,6%	3,6%	100%
Totale	75,5%	21,7%	2,5%	100%

* Rientrano in questa categoria accessi tramite altri mezzi di soccorso non 118, eliosoccorso non 118, ambulanze dell'esercito, Vigili del Fuoco, polizia, etc.

Fonte: Elaborazione degli autori su dati ReportER.

Per quanto riguarda l'esito di dimissione, più del 65% degli accessi viene dimesso a domicilio, coerentemente con la maggior parte della tipologia verde-bianco della casistica che si presenta al PS. Poco più del 12% degli accessi viene ricoverato presso lo stesso ospedale di accesso, dato in linea con quello nazionale che si attesta intorno al 13%. Rispetto ai codici minori, si evidenzia come la quasi totalità di bianchi e verdi (63% su 66%, ovvero circa 1 milione di accessi) non esiti in ricovero, rappresentando un quantitativo potenzialmente riallocabile in strutture a più bassa complessità organizzativa. Di questi, una quota significativa corrispondente a circa il 22% (390mila accessi), sono codici verdi e bianchi che non esitano in ricovero e che ricevono solamente una prestazione in PS, di fatto rappresentando la quota di bisogno a più bassa complessità rilevabile. I trasferimenti presso altre strutture appaiono casi non frequenti, dimostrando il carattere di «autosufficienza» delle strutture di emergenza. Un dato lievemente più alto (2,2%) si riscontra nel caso di trasferimento ad altro stabilimento ospedaliero in regione, probabilmente in ragione della necessità di accedere a specialità concentrate solamente in alcuni presidi. Un dato rilevante riguarda gli abbandoni prima della visita in PS, che ammontano al 5,1% degli accessi totali. Incrociando questo dato con il codice triage (dato non presente in Tabella), come presumibile, si nota un decremento del tasso di abbandono all'aumentare della gravità: il 10,3% dei codici bianchi abbandona il PS prima della visita, il 6% dei codici verdi, il 2,3% dei codici azzurri, lo 0,5% dei codici arancioni e lo 0,2% dei codici rossi.

L'analisi del bisogno mostra dunque che: gran parte degli accessi al PS avvengono per problematiche lievi o comunque differibili e che possono essere trattate in strutture a più bassa complessità organizzativa; gli accessi si concentrano in pochi presidi prevalentemente ad alto livello di emergenza; gli accessi avvengono per la maggior parte in via autonoma e sotto forma di autopresentazione da parte dei cittadini; la pandemia, nonostante le forti imposizioni, non ha avuto effetti a lungo termine sul riorientamento dei bisogni dei cittadini, che di fatto continuano a preferire il PS quale struttura aperta h24 rispetto alle alternative territoriali.

Tabella 9.11 **Totale accessi in Emilia Romagna per esito di dimissione e struttura di emergenza, 2022**

Esito di dimissione		PPI	PS	DEA 1	DEA 2	Totale
Dimissione domicilio e territorio	Dimissioni a domicilio	69,2%	68,7%	67,3%	65,4%	66,5%
	Presenza in carico da MMG	9,8%	12,6%	11,1%	7,4%	9,0%
	Dimissione a strutture ambulatoriali	7,6%	1,3%	0,5%	2,4%	2,2%
Trasferimento	Trasferimento a struttura territoriale	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	Trasferimento ad altro PS (dentro o fuori regione)	2,9%	0,8%	0,2%	0,0%	0,4%
	Trasferimento ad altro stabilimento ospedaliero della RER	3,8%	3,0%	1,7%	1,9%	2,2%
	Trasferimento ad altro stabilimento ospedaliero ubicato fuori della RER	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ricovero	Ricovero in reparto di degenza dello stesso ospedale	3,0%	8,0%	11,8%	14,7%	12,3%
Decesso	Deceduto in PS	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
	Giunto cadavere	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Abbandono PS e rifiuto ricovero	Paziente abbandona PS prima della visita medica	2,7%	3,7%	5,8%	5,5%	5,1%
	Paziente abbandona PS prima della chiusura della cartella clinica	0,4%	0,9%	0,7%	1,2%	1,0%
	Rifiuta ricovero	0,6%	0,7%	0,8%	0,7%	0,7%
Totale		105.890	305.385	283.423	1.050.908	1.745.606

Fonte: Elaborazione degli autori su dati ReportER.

9.6.4 Le prospettive: il piano di riforma

Partendo da queste premesse, il piano di riforma della rete E-U è stato formalizzato con le «Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la Riorganizzazione della Rete dell'E-U in Emilia-Romagna» adottate con DGR 1206 del 17 luglio 2023. Le linee di indirizzo si sostanziano in quattro allegati, che rispettivamente sono dedicati all'analisi del contesto, allo sviluppo del sistema 118, al progetto di realizzazione e implementazione del 116117, all'istituzione dei Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) territoriali. Attraverso questi tre «oggetti» (118, 116117 e CAU) si sostanziano gli obiettivi della riforma: offrire una risposta efficace alla domanda (crescente e mutevole) di salute dei cittadini accogliendola nel setting più appropriato rispetto al bisogno, ottimizzando le risorse disponibili. Il metodo, ispirato al sistema d'emergenza danese (Lindskou *et al.*, 2019), è quello della separazione dei flussi (da un lato le emergenze-urgenze indifferibili, dall'altro le urgenze differibili) e delle rispettive strutture idonee alla loro presa in carico. Le strutture per la gestione dell'E-U indifferibile, per la presa in carico delle patologie complesse e tempo dipendenti, con alto livello di complessità organizzativa e tecnologica, restano gli ospedali con DEA II o DEA I livello, verso le quali l'accesso deve avvenire

previo contatto telefonico 118 o 116117. La risposta alle urgenze differibili di bassa complessità clinico-assistenziale viene invece garantita invece all'interno dei CAU. Obiettivo della riforma è che di norma l'accesso venga mediato, dal 116117 o direttamente dal 118, e che l'autopresentazione rimanga una modalità residua, da disincentivare.

La visione che alimenta questa riforma, secondo gli intervistati, parte dalla necessità di garantire appropriatezza dei setting di risposta e non dalla considerazione della «inappropriatezza» della domanda (come tradizionalmente vengono considerati i codici minori in PS). In questo senso, si configura come una riforma ambiziosa perché comporta un cambio significativo di paradigma: verso una più definita separazione dei flussi, una più definita e circoscritta vocazione dei setting di E-U, un sistema che, per funzionare, deve essere integrato e adeguatamente compreso dalla popolazione in tutti i suoi meccanismi.

Questa visione e questo approccio sono stati resi possibili grazie ad un lavoro inter-settoriale all'interno della DG Salute e Welfare della Regione, che ha visto coinvolti l'Assistenza Ospedaliera e l'Assistenza Territoriale nella progettazione e nella realizzazione dei contenuti della delibera. Il lavoro è partito nelle sue fasi preliminari con gli Stati Generali della Salute della Comunità¹⁰, un percorso partecipativo con professionisti, istituzioni, territori, la comunità scientifica e i cittadini, indetto dalla Regione a novembre 2022 per sviluppare riflessioni collettive sulle direzioni future della sanità in regione. Successivamente, tra dicembre e gennaio 2023, da parte della Regione, su impulso dell'Assistenza Ospedaliera e di quella Territoriale, sono stati organizzati diversi incontri con le Direzioni Strategiche di tutte le aziende sanitarie, per riflettere sulle priorità riguardanti il sistema E-U. Da questo lavoro preparatorio, sono state definite le criticità principali da cui partire e impostato il metodo di lavoro. La Regione, a inizio febbraio 2023, ha formato tre gruppi di lavoro misti e molto ampi, partecipati dalle Direzioni aziendali, Dipartimenti di Cure Primarie, E-U, professionisti e clinici, etc., e a ciascuno ha assegnato un «oggetto» di lavoro, coerentemente con le competenze espresse da ogni gruppo: il sistema 118, il numero 116117 e i CAU.

La centrale operativa 116117 viene intesa non come un semplice numero, ma come un «sistema di risposta» ai bisogni del cittadino, risposta che può essere: (A) di tipo informativo tramite l'utilizzo di schede presenti nell'applicativo del Centro di Risposta 116117 o tramite il trasferimento della chiamata al servizio in grado di fornire l'informazione; (B) di tipo operativo, tramite trasferimento della chiamata al servizio in grado di erogare la prestazione. La Regione identifica i servizi erogabili dal 116117, distinguendoli tra obbligatori e opzionali.

¹⁰ <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/organizzazione/stati-general-della-salute-della-comunita>.

Tabella 9.12 **Servizi previsti dal 116117 secondo la DGR 1206 del 17 luglio 2023 della Regione Emilia Romagna**

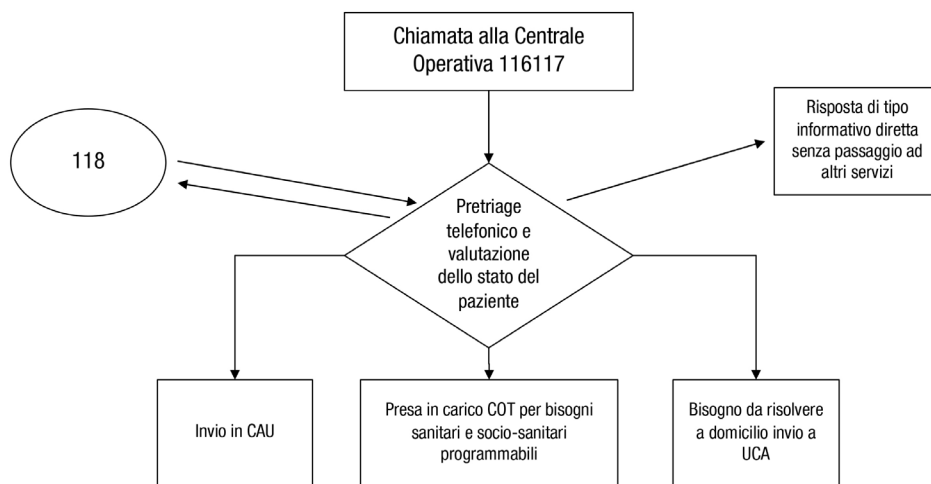
Tipo di servizio erogato	Obbligatorio	Opzionale (consigliato)
Prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di continuità assistenziale	B	
Modalità di accesso al MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento	A	B
Consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di CA e dopo l'orario di chiusura, con eventuale inoltro della chiamata al 118 se appropriato	A	B
Individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente di emergenza territoriale 118	B	
Modalità di accesso alla guardia medica turistica	A	B
Connessione con Centrali Operative Territoriali - COT	A, B	
Programmazione accessi ai Centri di Assistenza e Urgenza (CAU)	A, B	
Trasporti sanitari	A	B

Fonte: DGR 1206 del 17 luglio 2023.

Lo schema generale di risposta del 116117 è riassunto in Figura 1.4 e si basa sui seguenti principi: (i) integrazione fra le centrali operative 118 e 116117; (ii) interoperabilità dei sistemi informativi tra centrale operativa 118, 116117, CAU, DEA, COT; (iii) direzione medica ed infermieristica unica della centrale operativa 118 e centrale operativa 116117. L'integrazione delle due centrali «è necessaria per garantire un governo degli accessi alle reti dell'emergenza ed ai setting di risposta alle urgenze differibili assicurando che, laddove vi siano chiamate inappropriate all'una o all'altra centrale vi siano sistemi di passaggio che portino all'invio di un mezzo di soccorso pre-ospedaliero laddove necessario e che non venga inviato tale mezzo laddove il bisogno non sia per una patologia tempo-dipendente» (DGR 1206 del 17 luglio 2023, p. 55).

Per garantire questa integrazione necessaria, si prevede di istituire le centrali 116117 dove già sono presenti quelle del 118, ovvero Parma, Bologna e Ravenna. Le centrali 116117 prevedono un modello organizzativo a tre livelli: (i) operatori tecnici di centrale svolgono una funzione di primo filtro, rispondendo alle richieste di accesso a prestazioni sanitarie non urgenti, utilizzando uno strumento informativo dedicato e seguendo algoritmi di risposta predefiniti; (ii) in caso di situazioni particolari, non chiare o non ricomprese negli algoritmi di centrale, gli operatori possono inoltrare la chiamata agli infermieri di centrale, che valutano se il cittadino debba essere indirizzato verso il sistema 118 o altro servizio sanitario; (iii) infine, è prevista la presenza di medici di centrale, specialmente esperti di medicina territoriale (specialmente cure primarie) e/o continuità assistenziale, che supportano gli infermieri per casi di bassa complessità e decidono quali servizi attivare per l'erogazione della risposta al bisogno intercettato. La Regione quindi sostanzia e amplia le indicazioni ex

Figura 9.4 **Schema di risposta del 116117 previsto dalla DGR 1206 del 17 luglio 2023 della Regione Emilia Romagna**



Fonte: DGR 1206 del 17 luglio 2023.

DM 77/2022 relative al numero 116117, dotandolo delle competenze necessarie a svolgere le funzioni assegnate.

Il 116117, per come viene disegnato e progettato, intende essere il mezzo con cui raggiungere l'obiettivo di mediare la (quasi) totalità degli accessi in PS, tramite un pre-triage telefonico. È chiaro che passare dall'attuale 23-24% di accessi mediati alla totalità rappresenta un salto importante, che richiede un periodo di adattamento e transizione, che potrà essere più o meno lungo anche a seconda dei singoli contesti territoriali e della capacità del sistema di comunicare efficacemente le proprie innovazioni.

Se il 116117 rappresenta il modo con cui ripensare il primo accesso e il primo filtro del sistema E-U, l'istituzione dei CAU territoriali persegue l'altro grande obiettivo del piano di riforma, ovvero la netta separazione dei flussi in due canali distinti. I CAU vengono definiti come «strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico-assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei PPI e nei PS». I CAU possono essere collocati all'interno di Case della Comunità (CdC), oppure presso le attuali sedi di PPI, presso gli ospedali di prossimità con PS di base e sprovvisti di DEA di I e II livello. Anche forme aggregative strutturate di medicina generale possono essere sede di tali setting assistenziali, a patto che siano idonee e dotate dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici necessari, definiti dalla delibera. I CAU sono deputati a risolvere «situazioni di urgenza clinica non a carattere di emergenza con necessità di una valuta-

zione tempestiva», che si traducono nella compresenza di almeno due criteri di accesso su tre.

- ▶ Paziente autonomo deambulante.
- ▶ Dolore lieve o moderato secondo la Numerical Rating Scale (NRS)¹¹.
- ▶ Bassa criticità del motivo principale di presentazione e bassa complessità del percorso clinico diagnostico assistenziale che si stima essere conclusivo presso gli ambulatori del CAU (prestazioni di primo livello, per esempio: ECG, profilo esami biochimici di base, EGA, ecografia, Diagnostica per immagini dove è prevista) e nell'ambito dei percorsi che possono essere attivati dai CAU.

Una differenza sostanziale rispetto al PS riguarda l'assenza di codice triage. Al CAU infatti non è previsto l'utilizzo del codice colore per classificare i pazienti e l'invio deve avvenire (preferibilmente) tramite valutazione della centrale 116117. Per rispondere al bisogno indicato, la dotazione minima di personale prevede un'equipe formata da un medico e un infermiere, il cui impegno orario e l'eventuale attivazione di ulteriori professionisti dipendono dai volumi e dalle tipologie di attività svolte.

La fase immediatamente successiva all'adozione della delibera è una fase di transizione in cui alle aziende sanitarie viene chiesto di formulare un piano di programmazione e attivazione dei CAU sul proprio territorio, tenendo come orizzonte temporale di riferimento l'avvio delle centrali 116117 (marzo 2024), ma potendosi anche estendere oltre a tale data. Insieme alla collocazione fisica dei CAU, le aziende sono chiamate a compiere i seguenti passaggi.

- ▶ Definire le procedure di interfaccia/integrazione di questi ultimi con gli altri punti della rete, in particolare: MMG/PLS, COT, DEA di riferimento, CdC, forme aggregative di MMG (UCCP/AFT), trasporto secondario e 118, accesso a percorsi di approfondimento clinico (*fast track*, etc.).
- ▶ Avviare la progressiva razionalizzazione delle sedi di CA, con la contestuale apertura dei CAU, ferma restando la possibilità di mantenerne alcune attive in ragione di esigenze geografiche e demografiche (zone svantaggiate, densità abitativa, affluenza turistica, etc.).
- ▶ Avviare l'attività delle UCA, a cui affidare l'attività domiciliare, secondo quanto stabilito dal DM 77/2022¹².

¹¹ Numerical Rating Scale - NRS (Downie, 1978; Grossi, 1983) è una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 10 punti; la scala prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel preciso momento.

¹² Come stabilisce il DM 77/2022: «L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere

9.6.5 La sperimentazione: l'AUSL Romagna e il CAU di Cervia

Per analizzare la traduzione concreta di questo piano di riforma, l'analisi si è concentrata sul territorio dell'AUSL Romagna e in particolare sul PPI di Cervia, recentemente diventato CAU. Il contesto dell'AUSL Romagna rappresenta un punto di vista privilegiato attraverso cui leggere il piano di riforma della rete E-U regionale, poiché già da tempo ha intrapreso un percorso di trasformazione della propria rete di assistenza, che si mostra coerente e funzionale al raggiungimento degli obiettivi di questa riforma. Infatti, questo processo vede le sue radici sin dall'adozione del Piano Sanitario regionale 1999-2001 (DGR 1267/2002) con l'organizzazione delle aree di attività secondo il modello *Hub and Spoke*, per poi essere rafforzato con il DM 70/2015, che ha imposto la razionalizzazione dei piccoli presidi ospedalieri. L'AUSL Romagna ha infatti trasformato i PS di base in PPI, classificandoli come ospedalieri e afferenti al DEA di riferimento se superavano la soglia dei 6.000 accessi annui, oppure come territoriali se invece non superavano questa soglia, imposta da DM 70/2015. Attualmente, l'AUSL Romagna conta, come strutture della rete E-U, 9 PPI, 3 DEA di I livello e 4 DEA di II livello; questi ultimi afferiscono ai quattro ospedali polispecialistici di Ravenna, Forlì, Rimini e Cesena, mentre i DEA di I livello afferiscono agli ospedali di Lugo, Faenza e Riccione, definiti «ospedali distrettuali» per la complessità della casistica che è generalmente meno elevata rispetto ai quattro presidi sede di DEA di II livello. L'azienda è suddivisa in 8 distretti: Cesena e Valle del Savio, Rubicone, Forlì, Faenza, Lugo, Ravenna, Riccione e Rimini, che insieme costituiscono un territorio di oltre 5.100 km² e con un bacino di utenza complessivo di 1,1 milioni di residenti (ca. 25% della popolazione in Emilia Romagna). Rispetto ai dati di accesso al PS, si ripropongono le medesime evidenze del livello regionale: nel 2022 si contano 465.427 accessi al PS (ca. 30% del totale regionale), di cui 67% codici verdi e bianchi, il 61% non esitano in ricovero (ca. 300mila accessi), il 76% arriva su autopresentazione, il 62% si rivolge a DEA di II livello, il 21 a DEA di I, il 17% a PPI.

Partendo da queste premesse, l'AUSL Romagna ha elaborato un piano aziendale per rispondere alle indicazioni regionali in merito alla riorganizzazione della rete E-U, che si articola in diverse azioni da intraprendere da qui al 2025.

Le azioni riguardano: (i) la conversione degli attuali 9 PPI in CAU e l'apertura di ulteriori 11 che saranno localizzati in CdC, ambulatori o altre strutture territoriali, o presso forme aggregative di MMG con requisiti idonei o in prossimità di DEA, a seconda delle specifiche caratteristiche ed esigenze dei territori distrettuali; (ii) la realizzazione di 12 UCA secondo i criteri stabiliti

attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico».

Tabella 9.13 **Piano aziendale 2023-2025 AUSL Romagna di riorganizzazione rete E-U**

AUSL Romagna oggi		AUSL Romagna nel 2025	
DEA II	4	DEA II	4
DEA I	3	DEA I	3
PPI	9	CAU	21
UCA	–	UCA	12
Unità di CA	29	Unità di CA	2

Fonte: dati raccolti in sede di intervista

dal DM 77/2022, di cui 3 a valenza inter-distrettuale e 9 a valenza distrettuale; la riduzione dei punti di CA, da 29 a 2. Gli attuali 9 PPI che saranno i primi a diventare CAU (entro dicembre 2023) prevedono un'apertura h24, mentre i successivi 11, da attivare nel 2024, prevedono un'apertura h12, con possibili estensioni h16 in periodi estivi nel caso si trovino in località turistiche.

Il piano si basa su alcuni principi fondanti: (i) la caratterizzazione dei CAU non può prescindere dalla considerazione delle specificità territoriali e della variabilità dei flussi a seconda del periodo (inverno-estate) e pertanto, deve garantire sufficiente flessibilità organizzativa; (ii) in generale, per la localizzazione dei CAU si tende a preferire, per le zone rurali, all'interno di CdC in quanto si possono creare sinergie reciproche tra i due setting (il CAU dà una risposta di accesso immediato, la CdC dà risposta a bisogni specifici attraverso le specialità presenti), mentre per le zone urbane, in prossimità di DEA in modo da assicurare integrazione e possibilità di veloce smistamento tra bassa e alta complessità; (iii) il valore aggiunto del CAU è tanto più alto quanta più forte la sua integrazione con il resto della rete: in altre parole, il CAU deve rispondere tempestivamente ad un bisogno percepito come urgente e saper orientare il cittadino nei possibili altri servizi di cui può aver bisogno.

Si è detto come l'AUSL Romagna rappresenti un contesto privilegiato per l'adozione della riforma della rete E-U e il PPI di Cervia ne è l'esempio concreto. Il PPI si trova al piano terra della CdC San Giorgio di Cervia che al suo interno raggruppa i seguenti servizi: punto informativo e sportello amministrativo, CUP, ambulatorio prelievi, ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità, servizio di assistenza domiciliare infermieristica, medicina generale di gruppo, consultorio familiare, pediatria di comunità, servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, servizio di medicina riabilitativa, servizio di igiene pubblica e vaccinazioni, ambulatorio di salute mentale, emodialisi, posti letto di ospedale di comunità, ambulatorio di radiologia, servizio di assistenza sanitaria ai turisti. La CdC nasce dalla riconversione dell'ex ospedale civile di Cervia e il PPI al suo interno parte come progetto sperimentale a settembre 2020, sulla spinta degli effetti della pandemia. Dopo

un primo periodo di chiusura per Covid-19, già nel luglio 2020 il PPI funzionava h24. L'equipe di personale è generalmente formata da un medico e un infermiere nelle 24 ore e prevede un potenziamento di risorse nei mesi estivi a seconda delle esigenze di attività e volumi di accesso. In questi primi due anni di sperimentazione (2021-2023), l'equipe medica del PPI ha previsto la presenza di: 3 medici in quiescenza con contratto Covid-19 (2 ex PS, 1 geriatra), 9 medici con contratto di CA (tranne 1, gli altri sono incaricati temporanei), 2 MMG, 4 specializzandi (1 da PS, 1 da Anestesia, 1 da Psichiatria, 1 da Medicina Legale). La disponibilità dei professionisti è sempre stata in funzione delle attività svolte e alcuni medici hanno svolto attività solamente nei periodi estivi e per fasi brevi.

L'accesso dei pazienti al PPI avviene su modello di tipo prestazionale sulla base dell'orario di arrivo (e non in base a triage). Nella fase di accoglienza del paziente, l'infermiere effettua una valutazione spot-check al fine di identificare sintomatologie che necessitano la centralizzazione presso DEA, quali dolore toracico, dispnea, dolore addominale severo (NRS > 6), cefalea intensa inusuale, disturbo neurologico acuto. Se riscontrate, il paziente viene subito trasferito al DEA di competenza. Inoltre, il PPI di Cervia beneficia di alcuni percorsi fast track con il DEA di Ravenna (pediatria, ostetricia, oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia), il che significa che alla valutazione dell'infermiere, se ritenuto idoneo, il paziente viene inviato direttamente al medico specialista di riferimento ed evita la sosta in PS.

Rispetto agli accessi e ai flussi di attività, va notato che la città di Cervia conta circa 28mila residenti, con un indice di vecchiaia particolarmente elevato (243,3 nel 2022, era 188 nel 2002), ma con una grande differenza tra i mesi invernali e quelli estivi: nei mesi di luglio e agosto la popolazione cresce fino a 10 volte la popolazione invernale, ed è prevalentemente giovane. Questo spiega l'estrema variabilità degli accessi su base mensile, che passano da 360 ca. a gennaio fino a più di 2.300 ad agosto. La media degli accessi giornalieri passa infatti da 15 tra i mesi ottobre-marzo a 70 nei mesi luglio-agosto. Gli accessi si concentrano prevalentemente nella fascia diurna, dalle 8.00 alle 12.00.

Le problematiche prevalenti nel 2022 hanno riguardato lesioni e dolori agli arti, dolore addominale, richiesta di prescrizioni o prestazioni, trauma cranico, eritema, febbre, lombalgia, otalgia, dolori minori, tosse/congestione, faringodinia, cambio di medicazione dispnea, etc. Rispetto all'esito di dimissione, più del 60% degli accessi si è concluso con dimissione al domicilio, 16% dimissioni presso strutture ambulatoriali, 10% presa in carico diretta dallo specialista grazie ai percorsi di *fast track*, 5% trasferimento ad altro PS della regione. Di questi ultimi, i motivi principali per il trasferimento sono stati: dolore addominale (55; 16%), dolore toracico di sospetta causa cardio-vascolare (39; 11%), dispnea (31; 9%), cardiopalmo/polso irregolare (22; 6%), trauma cranico (18; 5%). Un punto di forza del CAU di Cervia è la possibilità di accedere ai ser-

vizi di radiologia: il medico di CAU può infatti richiedere direttamente RX (torace, addome e segmenti ossei) e talvolta ecografie o tac mirate al quesito clinico, previo accordo telefonico con il radiologo. Questo chiaramente facilita la diagnostica e la risoluzione «in house» del problema.

9.7 Sintesi e discussione dei risultati

Dal confronto internazionale emerge come il nostro SSN presenti tassi di accesso al PS in linea con altri grandi paesi europei a vocazione universalistica. Si tratta di un punto di partenza importante per chi, come nel caso italiano, si sente ed è al centro di un ciclone. Dai confronti interregionali e internazionali emerge un quadro in cui gli accessi in PS sono forse comprimibili (vedi Germania) ma ovviamente non del tutto evitabili. Emerge poi come la tipica convinzione che gli accessi in PS siano la cartina al tornasole di un malfunzionamento del sistema di offerta nel suo complesso e in particolare di quello in elezione è da scartare o comunque ridimensionare.

Da almeno alcuni decenni i paesi europei oggetto di analisi (ma non solo) hanno a che fare con un fenomeno di elevato, se non crescente, afflusso nei PS di domanda per urgenze minori o differibili che in Italia raggiunge circa il 70% del totale. Difficilmente si può parlare di domanda inappropriata, ma ci si può sicuramente chiedere se il PS in quanto «costola ospedaliera» sia effettivamente il setting più appropriato sia da un punto di vista clinico che organizzativo. Sia dalla letteratura che dalle evidenze dei confronti interregionali emerge come non sia tanto l'assenza di territorio a ridurre gli accessi c.d. «inappropriati» in PS, ma l'assenza o l'inadeguatezza di servizi territoriali dedicati all'urgenza. Nell'ultimo decennio molti paesi europei hanno promosso interventi per ridurre gli accessi in PS individuando nei servizi di *primary urgent care* una delle principali traiettorie di lavoro. Si tratta di un cantiere ancora in corso di cui le evidenze non sono tuttavia univoche e necessitano ulteriori sistematizzazioni. Dall'approfondimento del caso italiano, è emerso come in questo cantiere di lavoro sia entrata anche l'Italia, sebbene con un certo ritardo rispetto ad altri paesi e con velocità diverse nei diversi contesti regionali.

Dall'analisi dei dati emerge innanzitutto come l'afflusso indifferenziato di non urgenze (codici bianchi) e di urgenze minori (codici verdi) al PS generi variabilità artificiale e non consenta un'adeguata programmazione e specializzazione delle risorse. In secondo luogo, risulta una questione di sovrappollamento percepito dei PS sebbene molti di essi gestiscano quantitativi di accessi teoricamente alla loro portata: l'accesso medio ai PS è di circa 30.000 accessi l'anno e ci sono PS con meno 10.000 accessi l'anno. Dall'analisi dei dati si evince anche uno sbilanciamento nella distribuzione degli accessi e della casistica tra i PS: di fatto, vi sono molti PS che raccolgono un quantitativo di accessi limitato.

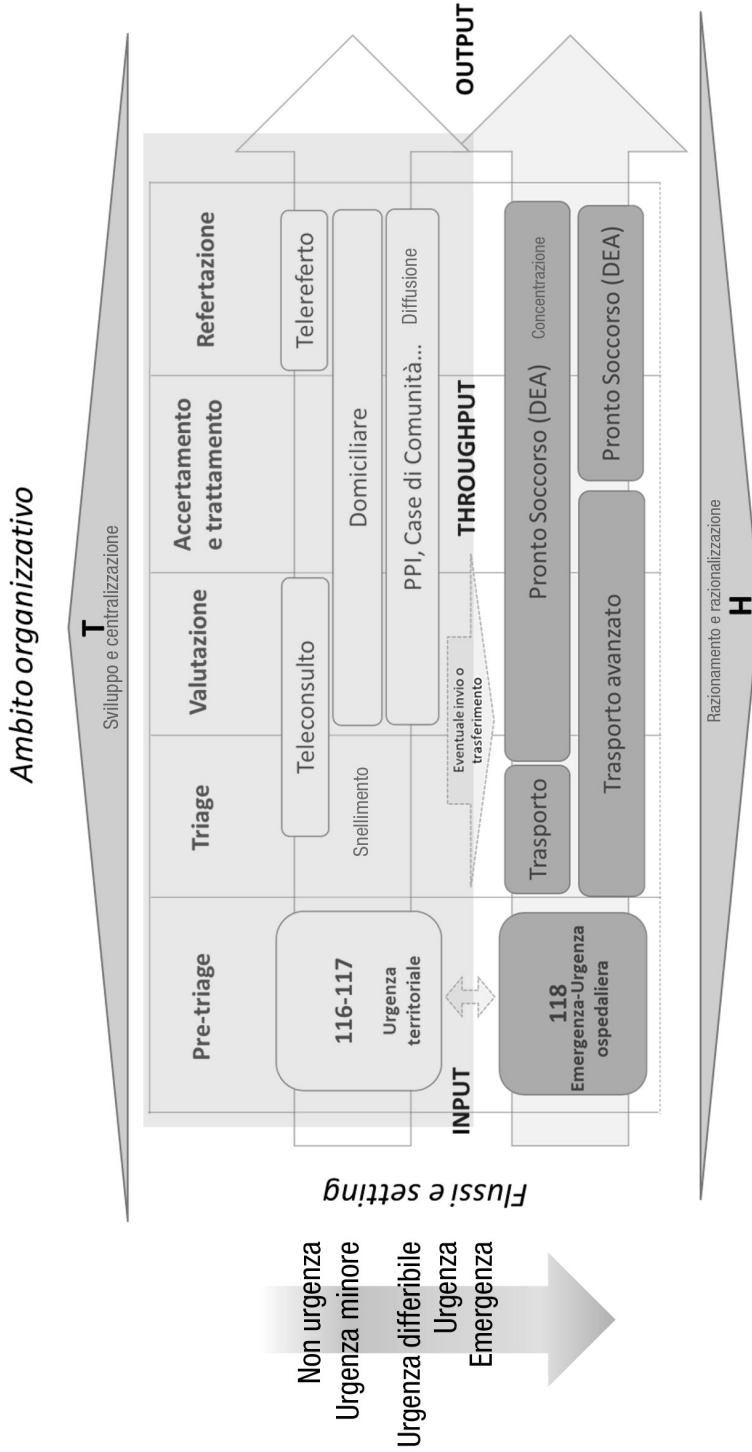
Questo fenomeno potrebbe trovare una parziale spiegazione nella necessità di garantire equa distribuzione territoriale delle strutture di emergenza (specialmente in aree remote e svantaggiate), tuttavia, risulta difficile ricondurlo solamente a questa ragione.

Dall'approfondimento delle due regioni è stato possibile rilevare come esista una sorta di «anarchia» dell'accesso in PS. Vi è, ad esempio, una non irrilevante percentuale di autopresentazione anche per i codici gialli e in parte anche per i rossi così come vi è una non irrilevante percentuale di codici minori che accedono tramite l'utilizzo dell'ambulanza. Questo si associa anche a una inadeguata distribuzione dei PS, delle loro dotazioni e vocazioni. Vi sono evidentemente retaggi nella distribuzione della rete ospedaliera, dati da volontà politiche, da ragioni organizzative (multi primariati) non propriamente tecniche che non hanno reso possibile finora la chiusura o trasformazione di alcuni presidi e una riallocazione più efficiente ed efficace delle risorse. Non è un fenomeno solo italiano; la questione del PS come «fortino inamovibile» da parte delle comunità locali, politiche e professionali e le difficoltà di una ristrutturazione della rete di PS è ben nota e globale (Baier *et al.*, 2019). Se a questi retaggi si aggiunge oggi una sempre più ridotta capacità produttiva in termini di posti letto e medici d'urgenza, la tempesta si fa sempre più perfetta e non più sostenibile.

Ecco dunque che i sistemi regionali analizzati stanno lavorando su due ambiti principali del percorso del paziente che accede ai servizi di E-U (Figura 9.5). Il primo è quello del governo dei c.d. fattori di ingresso (Input). In questo caso l'obiettivo è mediare la quasi totalità della domanda per allineare fin da subito bisogni, domanda e servizi, evitando così l'autopresentazione spontanea e le annesse questioni delineate nel presente capitolo. La leva centrale è il potenziamento del sistema «116117-118». Il secondo è la separazione dei flussi: (i) emergenze-urgenze sanitarie a medio-elevata complessità, che sono in capo ai servizi di accettazione e E-U ospedaliera (118, PS e DEA); (ii) urgenze sanitarie a bassa complessità clinico-assistenziale, in capo alla rete assistenziale delle cure primarie. In questo caso si va a incidere proprio sul throughput e output.

Le leve attivabili sono le seguenti. Sul fronte dei c.d. codici minori, lo sviluppo dei servizi di Emergenza Territoriale (come ad esempio l'istituzione dei CAU quali ambulatori territoriali di *primary urgency care*), approfittando anche delle opportunità offerte dal PNRR e dalle indicazioni del DM77/2022 come lo sviluppo della telemedicina d'urgenza territoriale connessa al 116117 e il rafforzamento delle cure domiciliari. A complemento di ciò, una maggiore concentrazione delle risorse dedicate all'emergenza e centralizzazione della casistica acuta nei DEA di I e II livello. Il risultato atteso è di un governo dei fattori di ingresso totalmente telefonica e una maggiore differenziazione dei percorsi a monte che dovrebbe ridurre gli accessi in PS o comunque la variabilità artificiale ad essi correlati.

Figura 9.5 Il nuovo percorso del paziente in urgenza-emergenza: proposta di framework per identificare le traiettorie di cambiamento



Fonte: elaborazione degli autori su Baier *et al.* (2019) e Asplin (2003).

Le ragioni e le traiettorie per una trasformazione seguono dei principi cardine dell'*operations management*: progettazione e/o ridisegno dei processi nell'ottica di incanalare meglio la varietà naturale, ridurre la variabilità artificiale e snellire i processi. Tale impostazione appare coerente con quanto osservato per gli altri paesi europei nel background: aumento della disponibilità dei servizi di cure primarie urgenti; centralizzazione e razionalizzazione dei servizi di cure primarie urgenti; coordinamento tra *emergency care* e cure primarie urgenti; centralizzazione e concentrazione delle risorse dedicate all'emergenza.

Tali ipotesi di riconfigurazione hanno una portata enorme non solo perché incidono sulla gestione di oltre 20 milioni di accessi l'anno ma anche perché comportano un significativo riassetto del sistema di offerta e il superamento di storiche inerzie e resistenze a vari livelli. In una prospettiva di cambiamento organizzativo, se gli obiettivi si assomigliano, i disegni e le traiettorie che nel concreto prenderanno i singoli contesti regionali potranno differenziarsi a seconda dei diversi punti di partenza, vocazioni, rispettivi punti di forza e ostacoli variamente presenti. È evidente che una regione come la Lombardia deve affrontare un percorso di sistematizzazione e razionalizzazione della rete dei PS che implica la trasformazione dei PS base in punti per l'Urgenza Territoriale o Punti di Primo Intervento. Un percorso che in Emilia Romagna è stato già intrapreso o che ha portato alla concentrazione della casistica nei DEA di II livello. Il passaggio ai c.d. CAU dovrebbe essere quindi facilitato rispetto ad altri contesti regionali. D'altra parte, la centralizzazione di alcuni processi attraverso AREU e ARIA in Lombardia può favorire una più rapida implementazione della telemedicina d'urgenza territoriale.

La ricomposizione dei setting e dell'organizzazione passa però anche da uno sviluppo e ricomposizione delle risorse umane e dei saperi. In Emilia Romagna, ad esempio, il piano contiene anche una stima del fabbisogno di personale medico e infermieristico necessario ad attivare questi setting nuovi o riconvertiti, stima che, al momento in cui si scrive (agosto 2023), dovrà essere sottoposta alla valutazione della Regione. Il tema del personale, soprattutto medico, è percepito dagli intervistati come l'elemento più critico in ottica di fattibilità e implementazione del piano. Questo perché, per come ad oggi è configurata la continuità assistenziale, tende ad essere erogata principalmente da specializzandi che concentrano l'attività in pre-festivi, festivi e notturni. Si teme quindi, con il passaggio da punti di CA a CAU, di non riuscire immediatamente a coprire le ore diurne e nei giorni feriali. Si ritiene pertanto necessario iniziare a sviluppare una riflessione congiunta con le scuole di specializzazione, affinché possano riconoscere dei percorsi più flessibili che permettano agli specializzandi di prestare attività nei nuovi setting. Secondo il parere degli intervistati, infatti, questo sarebbe vantaggioso per molteplici motivi: innanzitutto, permetterebbe di

avvicinarsi alla professione medica partendo dalla bassa complessità, imparando a riconoscere come si manifesta quello che è poi la gran parte del bisogno di salute della popolazione, imparando a discernere se è necessario il rinvio e la centralizzazione del paziente e quindi iniziando a familiarizzare con le procedure di interconnessione tra setting e professionisti; in secondo luogo, per chi sceglie un percorso nella medicina generale, si ritiene sia benefico iniziare a confrontarsi con il resto della rete, imparare a utilizzare strumentazione base di diagnostica, conoscere il portafoglio di servizi a cui il paziente può accedere, ecc.; e infine, si tratta anche di un tema di sicurezza sul lavoro, in quanto è sensibilmente diverso prestare servizio di continuità assistenziale all'interno di una struttura presidiata, con personale infermieristico di supporto, con procedure definite, rispetto a non avere alcuna struttura di supporto. Appare dunque chiaro che non è più solamente un discorso di quantità, di ore di attività o di teste, ma piuttosto di ruoli, competenze e modalità di integrazione tra queste.

9.8 Conclusioni

Oltre al suo eccezionale rilievo intrinseco, il tema del PS è di particolare interesse per la sua «paradigmaticità». I problemi che attraversano il mondo dell'E-U sono, infatti, rappresentazioni specifiche di fenomeni che per loro natura si manifestano in molte altre componenti di funzionamento del sistema sanitario. Il PS non è, quindi, solo una parte del sistema fortemente interconnessa con le altre, come più volte sottolineato nel testo, ma esprime anche, e forse in maniera più evidente, criticità che rimandano a dinamiche e problemi più generali che tutti i segmenti della sanità sono chiamati ad affrontare.

Una prima area da considerare è quella del progressivo venir meno delle condizioni alla base delle tradizionali partizioni organizzative articolate su discipline e saperi. Il tema è già stato affrontato in altre edizioni del Rapporto OASI. In estrema sintesi: sulle UUOO, in particolare su quelle ospedaliere, hanno sempre collassato dimensioni di responsabilità diverse, dimensioni che ora tendono a distinguersi e autonomizzarsi. Le divisioni, e il PS tra esse, hanno tradizionalmente rappresentato al tempo stesso: un sapere prevalente, in questo caso la medicina di urgenza; un setting ovvero un luogo fisico e un insieme di processi produttivi caratteristici (il reparto); un bisogno da soddisfare generalmente definito in senso ampio cui corrispondeva «il paziente» caratterizzato come portatore del bisogno che il sapere reclamava come propria area di competenza. Una serie di dinamiche ha progressivamente rotto l'unitarietà e unicità che caratterizzavano le risposte sia in termini di responsabilità che di percorsi. Saperi, *setting* e problemi/pazienti rappresentano ora, e sempre più, altrettanti elementi di un puzzle da ricomporre attraverso la progettazione e

messa in funzione di soluzioni differenziate. A rendere più complessa una evoluzione già di per sé difficile concorrono le inevitabili inerzie, da una parte, di professionisti, che difendono territori consolidati a fronte delle incertezze implicite nella assunzione di nuovi ruoli e, dall'altra, dei pazienti e della popolazione i quali perdono i tradizionali punti di riferimento senza essere sicuri nei nuovi assetti di potere contare sui medesimi livelli di risposta del passato.

In questo quadro è agevole collocare il tema affrontato nel capitolo. Il ruolo svolto dal PS, quello che la popolazione è abituata a conoscere e identificare con luogo fisico, diventa un'area di bisogni cui il sistema nel suo complesso deve dare risposta attraverso percorsi, *setting*, saperi variamente configurati, risolvendo problemi di natura tecnica e operativa, ma soprattutto individuando strategie di *change management* istituzionale e organizzativo in grado di superare le resistenze dei principali attori coinvolti. Le soluzioni possono essere variamente configurate, lo sforzo di progettazione dei diversi modelli di servizio è sicuramente importante, ma ciò che risulterà decisivo è la qualità dei processi attuativi e l'impegno che i sistemi regionali saranno in grado di produrre.

Una seconda area, in parte connessa alla prima, è quella relativa all'accesso e alla multicanalità. Anche qui il PS sperimenta problemi generali: da una parte, la necessità di presidiare e gestire i punti di accesso ai diversi percorsi, perché in molti casi l'accesso e le sue modalità sono ancora in grado di condizionare i percorsi effettivamente seguiti dai pazienti e la loro razionalità, dall'altra, l'esigenza di garantire un ragionevole grado di multicanalità ovvero come garantirsi che canali di accesso differenti, progettati per facilitare la prossimità e fruibilità dei servizi, possano comunque assicurare «l'instradamento» del cittadino nel percorso più coerente rispetto ai suoi bisogni. Se tali esigenze sono sempre più comuni ad altri servizi, si pensi ad esempio al ruolo previsto per COT e PUA, il PS ha sicuramente maggiore dimestichezza con queste logiche essendo da tempo abituato a funzionare non solo in termini di triage, ma anche di percorsi dedicati (*fast track*). La sfida per il mondo dell'E-U è di riuscire a trasferire logiche e strumenti finora confinati all'interno del PS su una scala aziendale e a volte regionale, coinvolgendo servizi diversi e integrando mondi culturalmente lontani come quelli della medicina di urgenza e della assistenza primaria.

Un terzo terreno comune è rappresentato dalle dimensioni di riferimento rispetto alle quali riarticolare il sistema di risposta ai bisogni. Per molti servizi sanitari, e quelli relativi all'E-U sono tra essi, si pone il problema di come integrare ed espandere la propria struttura di offerta oltre i tradizionali confini definiti dalla fisicità, sfruttando le opportunità offerte dalla telemedicina e dalla digitalizzazione in genere. Anche se il PS in quanto tale non può che rimanere il prototipo della fisicità necessaria, l'intero mondo dell'E-U può e deve rappresentare un terreno di elezione per la virtualizzazione dei servizi. Inoltre, anche all'interno della dimensione fisica molti servizi stanno ripensan-

do ai modelli di risposta ai bisogni in logiche che potrebbero essere definite «*glocal*». Si tratta di una maggiore articolazione delle scale di erogazione: da una parte c'è una spinta verso la prossimità e il potenziamento della dimensione locale, come testimoniato dalla riflessione emiliano romagnola sui CAU e la loro collocazione, e, dall'altra, si avverte una tensione contrapposta in direzione di una maggiore concentrazione e sfruttamento di tutti i vantaggi consentiti da dimensioni geografiche più ampie, esemplare in questo senso l'esperienza di AREU e le sue prospettive. Il risultato del ripensamento non sembra essere quello di un decentramento o di una concentrazione, di una coesistenza all'interno del sistema complessivo di risposta ai bisogni di scale diverse. È un esercizio complesso, anche nel caso dell'EU, che necessita di meccanismi di coordinamento sofisticati, ma che può rappresentare l'unica soluzione percorribile rispetto alla natura e dimensione dei problemi da affrontare.

Da ultimo vi è il tema delle discipline, dei professionisti e, in una prospettiva più ampia, di come stia cambiando il rapporto tra saperi, bisogni e sistemi di erogazione dei servizi. Le difficoltà di reperimento di medici per i PS e la risposta delle aziende sono state analizzate in un differente capitolo del presente Rapporto (capitolo 11), ma sono fenomeni che, se non sono il drive principale del cambiamento, hanno comunque favorito una presa di coscienza e impresso urgenza ai processi di trasformazione. Lo *shortage* di specialisti medici, e più recentemente di infermieri, ha colpito diverse parti del sistema e le risposte di breve periodo, così come è avvenuto per i PS, sono stati l'ampliamento del novero di professionisti arruolabili (pensionati, specializzandi, soluzioni contrattuali più favorevoli, etc.) e un aumento degli sforzi competitivi (attrattività delle aziende). Il sistema dell'E-U aiuta, più chiaramente di quanto non avvenga in altri contesti, a comprendere i limiti di strategie che guardano solo alla offerta di professionisti senza intervenire sulla domanda ovvero sulle variabili che legano i bisogni ai saperi necessari (tipologia e quantità) per il loro soddisfacimento. Nel caso del PS l'aumento dell'offerta appare, peraltro, poco praticabile, considerata la scarsa attrazione che la specialità di medicina di urgenza esercita nei confronti dei laureati in medicina. L'intervento su variabili che influenzano la domanda di professionisti come la concentrazione della produzione e l'utilizzo di professionalità diverse diventa non solo l'opzione più razionale, ma anche l'unica concretamente praticabile.

In sintesi, lo sguardo che è stato qui offerto sui PS aiuta a comprendere i problemi e prospettive di una componente del sistema di risposta ai bisogni di salute della popolazione fondamentale sia in termini di percezioni della pubblica opinione (e quindi di consenso) che di interconnessioni operative con altri parti del sistema. Il PS, però, aiuta anche a comprendere alcuni problemi che tutto il sistema e le singole componenti sono chiamati ad affrontare. Da questo punto di vista le soluzioni e le prospettive aperte dal mondo dell'E-U costituiscono un patrimonio di conoscenze ed evidenze da non sottovalutare.

9.9 Bibliografia

- Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. V., Solberg, L. I., Lurie, N., & Camargo Jr, C. A. (2003), «A conceptual model of emergency department crowding», *Annals of emergency medicine*, 42(2), pp. 173-180.
- Asaro, P. V., Lewis, L. M., & Boxerman, S. B. (2007), «The impact of input and output factors on emergency department throughput», *Academic Emergency Medicine*, 14(3), pp. 235-242.
- Atzema, C. L., & Maclagan, L. C. (2017), «The transition of care between emergency department and primary care: a scoping study», *Academic Emergency Medicine*, 24(2), pp. 201-215.
- Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Berchet, C. (2015), *Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand*.
- Carret, M. L. V., Fassa, A. C. G., & Domingues, M. R. (2009), «Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors», *Cadernos de saude publica*, 25, pp. 7-28.
- Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., ... & Shekelle, P. G. (2006), «Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care», *Annals of internal medicine*, 144(10), pp. 742-752.
- Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017), «Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis», *Academic emergency medicine*, 24(9), pp. 1137-1149.
- Cowling, T. E., Jackson, T., ... & Quentin, W. (2019), «Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands—Analyzing organization, payment and reforms», *Health Policy*, 123(1), pp. 1-10.
- Creswick, N., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2009), «Understanding communication networks in the emergency department», *BMC health services research*, 9, pp. 1-9.
- Crook, H.D., Taylor, D.M., Pallant, J.F., Cameron, P.A. (2004), «Workplace Factors Leading to Planned Reduction of Clinical Work among Emergency Physicians», *Emerg. Med.*, 16, pp. 28–34.
- Duseja, R.; Bardach, N.S.; Lin, G.A.; Yazdany, J.; Dean, M.L.; Clay, T.H.; Boscardin, W.J., Dudley, R.A. (2015), « Revisit Rates and Associated Costs After an Emergency Department Encounter: A Multistate Analysis», *Ann. Intern. Med.*, 162, pp. 750–756.
- Eichler, K., Hess, S., Chmiel, C., Bögli, K., Sidler, P., Senn, O., ... & Brügger, U. (2014), «Sustained health-economic effects after reorganisation of a Swiss hospital emergency centre: a cost comparison study», *Emergency Medicine Journal*, 31(10), pp. 818-823.

- EUSEM (2020), European Emergency Medicine in Numbers, Disponibile a questo link, (https://eusem.org/images/European_EM_in_numbers.pdf)
- Gruneir, A., Silver, M. J., & Rochon, P. A. (2011), «Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs», *Medical Care Research and Review*, 68(2), pp. 131-155.
- Huibers, L., Giesen, P., Wensing, M., & Grol, R. (2009), «Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models», *BMC health services research*, 9(1), pp. 1-8.
- Lindner, G., & Woitok, B. K. (2021), «Emergency department overcrowding: Analysis and strategies to manage an international phenomenon», *Wiener Klinische Wochenschrift*, 133, pp. 229-233.
- Lindskou, T. A., Mikkelsen, S., Christensen, E. F., Hansen, P. A., Jørgensen, G., Hendriksen, O. M., ... & Søvnsø, M. B. (2019), «The Danish prehospital emergency healthcare system and research possibilities». *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 27(1), 100.
- Lowthian, J. A., Curtis, A. J., Cameron, P. A., Stoelwinder, J. U., Cooke, M. W., & McNeil, J. J. (2011), «Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective», *Emergency Medicine Journal*, 28(5), pp. 373-377.
- Jo, S., Jeong, T., Jin, Y.H., Lee, J.B., Yoon, J., Park, B. ED (2015), «Crowding Is Associated with Inpatient Mortality among Critically Ill Patients Admitted via the ED: Post Hoc Analysis from a Retrospective Study», *Am. J. Emerg. Med.*, 33, pp. 1725–1731.
- Jung, H.M., Kim, M.J., Kim, J.H., Park, Y.S., Chung, H.S., Chung, S.P., Lee, J.H. (2021), *The Effect of Overcrowding in Emergency Departments on the Admission Rate According to the Emergency Triage Level*, PLoS ONE 2021, 16, e0247042.
- Kim, D., Park, Y.S., Park, J.M., Brown, N.J., Chu, K., Lee, J.H., Kim, J.H., Kim, M.J. (2020), «Influence of Overcrowding in the Emergency Department on Return Visit within 72 H», *J. Clin. Med.*, 9, 1406.
- Mengoni A., Rappini V. (2007), *La domanda non urgente al Pronto soccorso: un'analisi Mecosan Anno XVI n. 62*, 61-82.
- Menon, N.V.B., Jayashree, M., Nallasamy, K., Angurana, S.K., Bansal, A. (2021), «Bed Utilization and Overcrowding in a High-Volume Tertiary Level Pediatric Emergency Department», *Indian Pediatr.*, 58, pp. 723–725.
- Ministero della Salute (2019), *Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso*.
- Ministero della Salute (2022), *Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero*.
- Sartini, M., Carbone, A., Demartini, A., Giribone, L., Oliva, M., Spagnolo, A. M., ... & Cristina, M. L. (2022, August), «Overcrowding in emergency

- department: causes, consequences, and solutions—a narrative review», In *Healthcare* (Vol. 10, No. 9, p. 1625). MDPI.
- Van den Heede, K., & Van de Voorde, C. (2016), «Interventions to reduce emergency department utilisation: a review of reviews», *Health Policy*, 120(12), pp. 1337-1349.
- Verhoef, P. C., Broekhuizen, T., Bart, Y., Bhattacharya, A., Dong, J. Q., Fabian, N., & Haenlein, M. (2021), «Digital transformation: A multidisciplinary reflection and research agenda», *Journal of business research*, 122, pp. 889-901.
- Welch, S. J., Augustine, J. J., Dong, L., Savitz, L. A., Snow, G., & James, B. C. (2012), «Volume-related differences in emergency department performance», *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38(9), 395-AP1.

