

PRESENTAZIONE RAPPORTO OASI

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Governo e logistica degli accessi in Pronto Soccorso: diagnosi e prospettive

Lorenzo Fenech
CERGAS, SDA Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

AGENDA

- Contesto e premessa
- Obiettivi e metodi di indagine
- Diagnosi di sistema e casi regionali
- Le traiettorie di cambiamento
- Conclusioni



Contesto e premessa

- **Problema:** Il sovraffollamento e i tempi di attesa in PS sono questioni sempre più critiche e al centro del dibattito manageriale e politico.
- Oggi ci troviamo in una **tempesta perfetta**: pressioni sul lato domanda e tensioni/criticità sul lato offerta (carenza di professionisti in particolare nell'emergenza-urgenza).
- **Oggetto e contesto:**
 - Il **PS è un servizio ospedaliero**, ma il suo sovraffollamento dipende da una pluralità di fattori.
 - Un driver fondamentale è **l'elevato ricorso al PS nei paesi sviluppati**

	Accessi x 1.000 abitanti	% di ricoverati (2016-17)
Spagna (Servicios de Urgencias Hospitalarios)	444	10
Inghilterra (Accident & Emergency Department)	441	29
Italia (PS e DEA)	340	16
Francia (Structure des urgences)	328	20

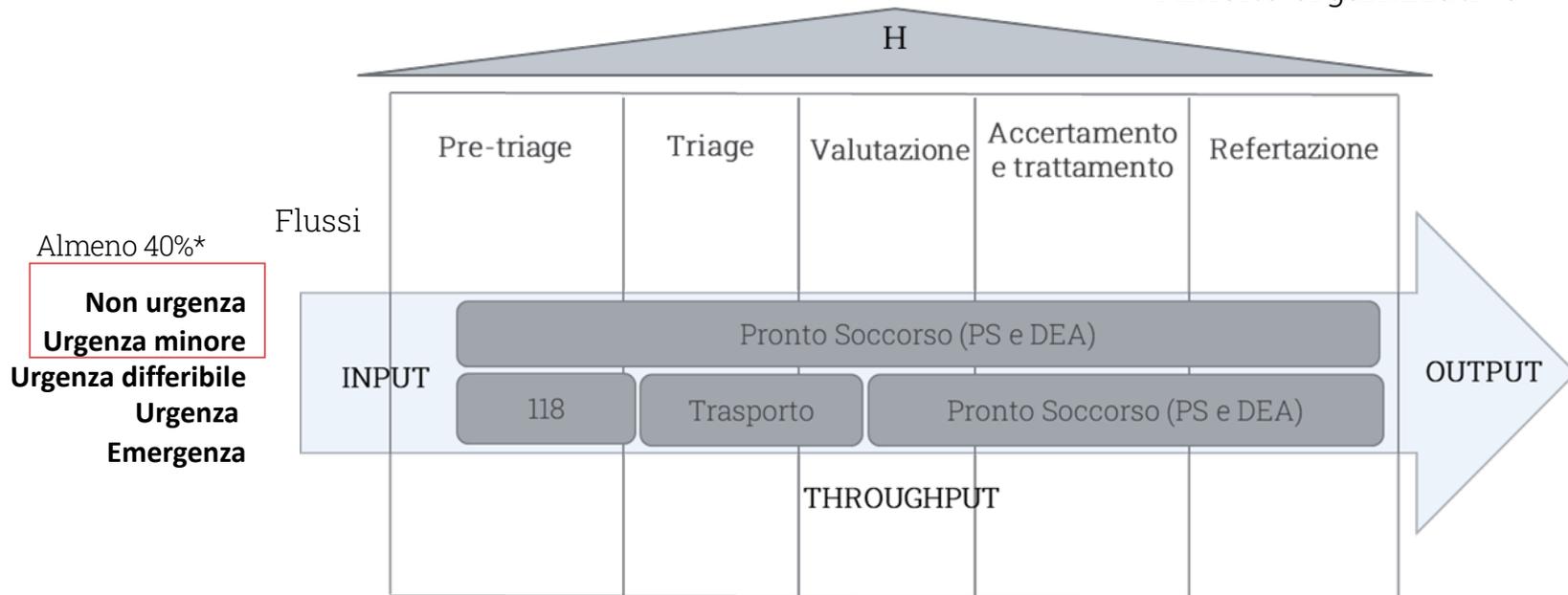
In letteratura si stimano tra il 20 e il 40% di accessi «evitabili» in PS



Il PS in Italia oggi

20 milioni di accessi

Ambito organizzativo



*dati RER e Toscana

A una eterogeneità della domanda urgente
corrisponde un solo modello di risposta,
spesso inappropriata



Università
Bocconi

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

- **Quali traiettorie di cambiamento a livello internazionale per contenere gli accessi in PS?**
 - Ricognizione desk e letteratura

- **Quale diagnosi e quali peculiarità a livello italiano e quali traiettorie di cambiamento nel governo e nella logistica degli accessi?**
 - Analisi desk e casi regionali (Lombardia ed Emilia Romagna)



Uno sguardo alla Germania

	Accessi x 1.000 abitanti	% di ricoverati (2016-17)
Spagna (Servicios de Urgencias Hosp.)	444	10
Inghilterra (Accident & Emergency Dep.)	441	29
Italia (PS)	340	16
Francia (Structure des urgences)	328	20
Germania (Zentrale Notaufnahmen)	125	43

La Germania è l'unico dei 5 paesi selezionati ad avere un robusto sistema di offerta di urgenza territoriale (**alternativa al PS ospedaliero**).

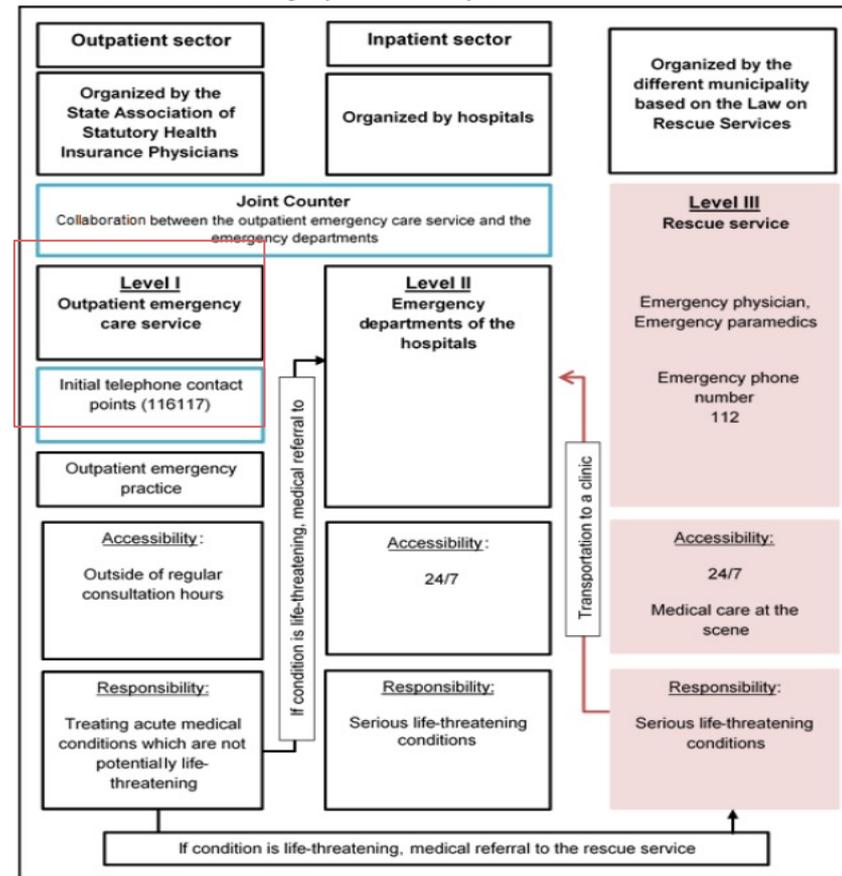
Sistema Emergenza-Urgenza in
Germania a 3 livelli



Università
Bocconi

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

the three different levels of emergency care in Germany.

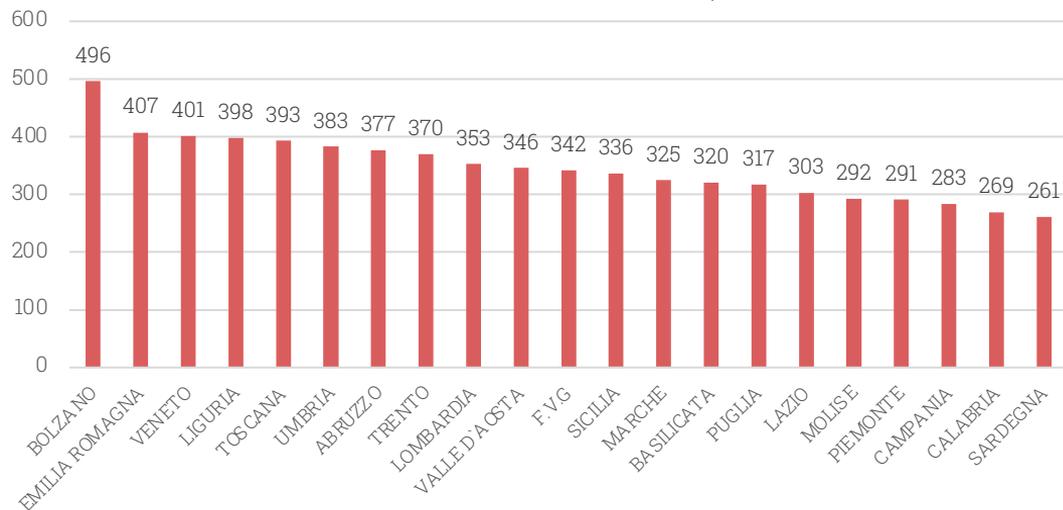


Gli accessi in PS: variabilità interregionale

Le differenze nel tasso di accesso sembrano dipendere in particolare dalla fruibilità percepita del PS e dalla presenza o meno di **risposte alternative al PS in condizioni di urgenza** piuttosto che da deficit nel sistema in elezione

(Accesso in PS non necessariamente sintomo di fallimento generale del SSN)

Accessi in PS x 1.000 abitanti, 2019



- Associazione positiva con l'utilizzo di visite specialistiche (estensione all'accesso)
 - Associazione positiva con la fruibilità dei servizi sanitari e fiducia nel SSN
 - Associazione negativa con l'utilizzo di guardie mediche



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

Approfondimento dati desk e casi regionali

In Italia ci sono 609 PS che gestiscono in media 33.000 accessi/anno:
volumi compatibili agli standard ministeriali,
ma permangono noti problemi di funzionalità complessiva del servizio (sovraffollamento e boarding)

ANALISI e DIAGNOSI

— Fattori di input: «anarchia dell'accesso»

- Accesso poco mediato: **elevati tassi di autopresentazione** (Es: 74% in Lombardia e 76% in RER)
- Canali di accesso inappropriati. **118 utilizzato anche per codici bianchi e verdi** e sotto-utilizzato per gialli
(Es: 7% codici bianchi e 20% codici verdi con 118 in Lombardia)

— Fattori di throughput (e output): inappropriately dell'offerta

- Inappropriatezza dell'offerta «urgente» che genera ulteriore variabilità e «spreco di valore»
(**codici bianchi e verdi ricoverati**)
- Difficoltà a bilanciare la dimensione geografica con l'efficienza produttiva
Dispersione della produzione nel sistema PS (**«Tanti» PS con «pochi» accessi**)

il 37% dei PS gestisce meno di 20 mila accessi/anno (Agenas, 2017)



Obiettivi comuni, ma quali traiettorie effettive? Dipende...



Punti di forza «chiave»

- Expertise di AREU ed elevata centralizzazione delle piattaforme informatiche nella gestione dell'emergenza-urgenza (vedi esperienza COVID)
- Consolidata centralità DEA di II livello per le casistiche maggiori
- Presenza diffusa di PPI per le casistiche minori

Processi di cambiamento

Top-down con centralità di AREU nel promuovere, coadiuvare, coordinare e monitorare i processi di cambiamento e la gestione dei PS

Top-down nel disegno e decentramento nell'implementazione

Ambiti privilegiati di cambiamento nel breve periodo

- **Potenziamento della telemedicina d'urgenza: 116-117, Centrale UniCA (Territorio) e CMI (AREU)**
- **Riformulazione rete ospedaliera e dipartimenti E-U**
- **Istituzione dei CAU (Centri di Assistenza e Urgenza) per urgenza a bassa complessità**
- **Istituzione di 3 centrali 116-117 che operano a 3 livelli (operatori tecnici, infermiere, medico)**

Prime esperienze ed evidenze



Sperimentazione Centrale Medica Integrata (AREU):
Da gennaio 2022 a giugno 2023 sono stati gestiti 14.000 pazienti, il 30% della popolazione con età media maggiore di 80 anni. **L'80% dei pazienti è stato gestito senza invio di ambulanza**, il 70% senza invio in PS, integrando la tele-visita con una visita a domicilio nel 15% dei casi

Sperimentazione CAU-PPI nella CdC di Cervia:
(2021-2023). La media degli accessi giornalieri passa 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. L'equipe di personale è generalmente formata da un medico e un infermiere nelle 24 ore. **Solo il 5% di dimissioni verso PS.**



Università
Bocconi

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

Conclusioni

- L'analisi mostra come i problemi di funzionalità dei PS siano almeno in parte riconducibili all'**inappropriatezza di alcuni servizi di Urgenza** in generale e alla **dispersione della produzione dei PS**.
- Una serie di dinamiche (lato domanda e offerta) stanno progressivamente **rompendo l'unitarietà e unicità del PS: saperi, setting e problemi/pazienti** rappresentano ora, e sempre più, altrettanti **elementi di un puzzle da ricomporre** attraverso la messa in funzione di soluzioni differenziate.
- I **ridisegni in corso** provano rispondere a queste esigenze di sistematizzazione e ricomposizione e rappresentano un primo importante passo in termini di **costruzione di una nuova consapevolezza**.
- Si è aperto, infatti, un cantiere di lavoro molto ampio le cui prime sperimentazioni sembrano promettenti, ma offrono anche importanti spunti di riflessione circa la **complessità delle sfide per l'Emergenza-Urgenza e l'intero Sistema**.



Conclusioni: le sfide da affrontare

- **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
- **Sorpassare i limiti della fisicità e integrare le opportunità offerte dalla telemedicina e dalla digitalizzazione:** non si tratta di rinunciare a logiche di prossimità, ma attuare soluzioni «glocal».
- **Identificare quali saperi (in termini sia di tipologia che quantità) siano e saranno necessari** per la medicina E-U del futuro. 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.
- **Mettere in atto soluzioni sistemiche.** Queste trasformazioni possono usare strumenti e logiche differenti (decentramento e prossimità fisica vs. centralizzazione e digitalizzazione), a seconda delle caratteristiche specifiche dei singoli contesti territoriali.



Team di Ricerca



Lorenzo Fenech Alexander Hiedemann



Francesca Meda Valeria Rappini



Mario Del Vecchio

GRAZIE PER L'ATTENZIONE
lorenzo.fenech@sdabocconi.it

CERGAS Bocconi
Via Sarfatti 10 | 20136 Milano – Italia |
| www.cergas.unibocconi.it



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT