



Ministero della salute

Ufficio Legislativo

RELAZIONE PER IL SIGNOR MINISTRO

CAMERA DEI DEPUTATI - XII[^] COMMISSIONE - INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE DELLA MEDICINA DELL'EMERGENZA-URGENZA E DEI PRONTO SOCCORSO IN ITALIA

20 FEBBRAIO 2024, ORE 13.00

Grazie Presidente, saluto Lei e gli Onorevoli componenti la Commissione, Vi ringrazio per avermi invitato in audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva su un tema, quale quello dei servizi di pronto soccorso e della medicina dell'emergenza-urgenza, delle cui criticità io e il mio Dicastero abbiamo piena consapevolezza e, per far fronte alle quali, occorre effettivamente riflettere su un progetto organico di riforma dei servizi stessi, ferme restando le competenze regionali in materia.

A questo proposito è noto che presso il Ministero della Salute è stato costituito un apposito tavolo di studio sul DM n. 70/2015 e sul DM n. 77/2022 che a breve ultimerà il proprio lavoro di ricognizione delle criticità. Inoltre, tra i DDL collegati alla manovra 2024, ho voluto inserire due importanti disegni di legge per il potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e per la riforma delle professioni sanitarie che, con il supporto del Parlamento e delle competenti commissioni parlamentari – e quindi con il Vostro aiuto - intendo definire e portare all'approvazione nel corso di quest'anno.

Fin dall'insediamento di questo Governo abbiamo cercato, in particolar modo, di far fronte alla carenza di personale sanitario, registrata soprattutto nei servizi di emergenza-urgenza, con alcuni specifici interventi. Ed invero, il reiterarsi negli ultimi anni delle manovre finanziarie di contenimento della spesa, ed in particolare dei vincoli assunzionali, evidenti soprattutto nelle Regioni in piano di rientro, ha finito per determinare nel tempo una grave carenza di personale del SSN che, unita ad un crescente innalzamento della relativa età media, ha portato inevitabilmente ad un forte deterioramento delle condizioni di lavoro. Ciò ha finito per rendere il SSN sempre meno attrattivo, con la conseguenza ulteriore che le regioni registrano una scarsa partecipazione alle procedure concorsuali.

A ciò si aggiunga che la pandemia ha probabilmente contribuito, con lo stress ad essa correlato ed i connessi effetti psicologici, a determinare l'accentuazione del fenomeno delle cessazioni dei rapporti di lavoro per cause diverse dai pensionamenti. Soprattutto con riguardo ai servizi sanitari caratterizzati da condizioni di lavoro disagiate (turni pesanti, alta frequenza di lavoro notturno e durante le festività), sempre meno professionisti sono disposti a legarsi ad un'organizzazione con il classico contratto di lavoro a tempo indeterminato, preferendo forme di ingaggio atipiche o

scegliendo di operare nel settore privato, anche in ragione delle remunerazioni proporzionalmente più elevate.

Ecco quindi i punti sui quali si è principalmente incentrata l'attenzione dei miei Uffici e delle mie Direzioni Generali.

- 1) Carenza di personale: secondo la Dg Programmazione Sanitaria si stima che manchino 4.500 medici e circa 10.000 infermieri a livello nazionale. Questo ha portato al ricorso a gettonisti/cooperative, con effetti deleteri sul sistema. Collegata al tema è anche la scarsa attrattività delle borse di specializzazione (solo la metà delle borse di Medicina d'emergenza-urgenza vengono assegnati), dovuta alle condizioni di lavoro stressanti e pericolose (sia fisicamente che nel contenzioso medico-legale) e, d'altra parte, l'impossibilità di svolgere libera professione e la difficoltà nell'aggiornamento professionale.
- 2) Sovraffollamento (overcrowding) e tempi di attesa in PS: si deve allo squilibrio tra domanda di assistenza in PS e risorse strutturali disponibili in ospedale per fronteggiarla. L'aumento della domanda, al netto degli accessi inappropriati (essendo il PS dedicato alle condizioni di emergenza/urgenza), è imputabile sia a mutamenti epidemiologici (es. invecchiamento della popolazione ed aumentata prevalenza delle malattie croniche) che a soluzioni organizzative ancora immature (es. assistenza extra-ospedaliera) o talora francamente problematiche (es. liste di attesa), oltreché a dinamiche interne ai servizi di emergenza/urgenza e consuetudini consolidate nell'utenza (fattori di input). D'altro canto, dal lato dell'offerta, rimane critica la definizione dei percorsi di presa in carico (fattori di throughput) e delle interfacce su cui il PS può contare in uscita (OBI, ricovero, dimissione a strutture ambulatoriali ecc: fattori di output). Su tutto, appare critica la disponibilità dei posti letto e il turnover di questi ultimi, per i pazienti destinati a ricovero dal PS. L'attesa dei pz in PS (boarding) è la manifestazione più evidente nelle criticità del PS e ne è ampiamente studiata l'associazione negativa con esiti clinici e misure di efficienza dei processi.

Passo brevemente in rassegna i rimedi normativi approntati per far fronte alle carenze di cui al punto 1)

Gli interventi normativi che abbiamo promosso nel 2023 hanno inteso ridurre il ricorso alle esternalizzazioni, (ricorrendo anche alle prestazioni aggiuntive per il personale medico e infermieristico), incrementare le indennità di Pronto soccorso per medici ed infermieri, rivedere le modalità di ammissione in servizio del personale e riconoscere un beneficio ai fini dell'accesso alla pensione per i professionisti sanitari che prestano il loro servizio nei servizi di emergenza-urgenza. E' stata altresì prevista una particolare disciplina per l'affidamento a terzi dei servizi medici e infermieristici, la ricostituzione del rapporto di lavoro con SSN del personale, un regime temporaneo di deroga del riconoscimento dei titoli professionali conseguiti all'estero (es. medici ucraini), la re-internalizzazione dei servizi. Sono state infine emanate disposizioni per sanzionare le aggressioni al personale e per istituire presidi della Polizia di Stato presso i PS.

In particolare, col precipuo intento di arginare il fenomeno dei c.d. "medici a gettone", si è intervenuti con il d. l. 34 del 2023, convertito in l. 56/2023, prevedendo all'art. 10 la possibilità di ricorrere all'esternalizzazione dei servizi medico - sanitari a terzi, con la stipulazione di contratti "in un'unica soluzione", nei soli casi di necessità ed urgenza, laddove non sia possibile sopperire altrimenti alla

carenza del personale sanitario. Inoltre, nell'ottica di disincentivare un uso distorto dei rapporti di lavoro libero professionali - con conseguenti cessazioni anticipate dei rapporti professionali - volti a conseguire maggiori profitti è stata prevista nelle medesime disposizioni l'impossibilità di essere poi successivamente riammessi in servizio.

Anche su questo specifico punto presso il Ministero della salute è stato costituito un apposito gruppo di lavoro costituito da rappresentanti di questo Ministero, rappresentanti dell'ANAC e del MEF al fine di delineare uno schema di linee guida volto a dare attuazione alle disposizioni *testé* menzionate.

Nel recente rapporto ANAC del 15 febbraio 2024, risulta che nel mese di settembre 2023 l'Autorità ha avviato un'analisi sugli affidamenti pubblici concernenti il servizio di fornitura di personale medico ed infermieristico al fine di verificare la diffusione del fenomeno dei cd "gettonisti" nell'approvvigionamento da parte delle strutture riconducibili al Sistema Sanitario Nazionale.

Un primo *step* dello studio ha riguardato i dati relativi a tutte le modalità di affidamento esclusi i contratti discendenti da accordi quadro (AQ) e convenzioni (al fine di escludere eventuali duplicazioni nel calcolo dell'importo complessivo essendo questo già comprensivo degli accordi quadro e convenzioni avviati "a monte"). Tuttavia, dato che gli importi dei contratti "a monte" rappresentano di fatto una previsione di spesa che le stazioni appaltanti (SA) potrebbero sostenere in un determinato arco temporale (in genere, nei 3 o 4 anni successivi), è stato ritenuto utile effettuare analisi che includessero le adesioni a valle al posto degli accordi quadro/convenzioni a monte. Un'analisi dei contratti di adesione può fornire, infatti, una misura più verosimile della spesa effettivamente sostenuta dalle SA.

Con riferimento al **personale medico**, i dati relativi al periodo 2019-2022, evidenziano chiaramente come il fenomeno sia esploso a seguito dell'emergenza sanitaria iniziata nel 2020. Infatti, nel 2019 (periodo pre-pandemico), i contratti (incluse le iniziative avviate come accordi quadro e convenzioni) per il reperimento di personale medico ammontavano a circa 9,6 milioni di euro. L'anno successivo veniva registrata una variazione, benché positiva, piuttosto contenuta (pari al 15%) facendo registrare un ammontare pari a 11 milioni. Nel 2021 (nel pieno della pandemia), invece, si assiste ad uno straordinario incremento, pari al 174%, facendo registrare un valore di ben 30 milioni di euro. Nell'anno 2022 (quando era ormai scemata l'ondata emergenziale che poteva aver giustificato il comportamento dell'anno precedente) si continuava a registrare comunque un andamento crescente, pur risultando fortemente rallentato, ma in grado in ogni caso di raggiungere un valore pari a circa 37 milioni di euro (+22%).

Per quanto riguarda il **personale infermieristico**, si rileva come, a differenza del caso del personale medico, il fenomeno fosse già rilevante nel periodo pre-pandemico: dal 2019 al 2020 si osserva infatti una rilevante crescita (+104%) dei contratti (inclusi gli AQ/convenzioni), seguita da una notevole contrazione negli anni successivi. Tuttavia, la forte diminuzione osservata in particolare nel 2022 non deve far pensare ad un arresto del fenomeno; infatti, bisogna tener conto che l'avvio di accordi quadro rilevanti comporta ragionevolmente una riduzione delle procedure avviate autonomamente dalle SA negli anni successivi. Il dato del 2022 risente quindi verosimilmente dell'avvio di AQ nei precedenti anni. Questo viene confermato dall'analisi sulla spesa effettiva ossia quella che tiene conto dei contratti ed adesioni al netto degli accordi quadro/convenzioni. Il calo che si è registrato è più moderato. Calcolando la variazione sull'intero periodo 2019-2022, si registrerebbe infatti una riduzione pari al -94% per la quota "contratti + AQ" e del -36% per la spesa data da "contratti +

adesioni”: incide in modo rilevante la quota di adesioni effettuate nel 2021 e nel 2022, rispettivamente di 12 e 13 milioni di euro. Ciò dimostra chiaramente come l’analisi dei contratti di adesione fornisca una misura più realistica dell’andamento annuale del fenomeno.

Dall’analisi territoriale sulla spesa effettivamente sostenuta dalle stazioni appaltanti nell’intero periodo 2019-2023 con specifico riferimento alla fornitura di personale medico e infermieristico, emerge *in primis* che tutte le Regioni (tranne la PA di Trento) risultano coinvolte in tale processo di approvvigionamento. Le Regioni maggiormente impegnate dal punto di vista economico sono la Lombardia (56 milioni di euro), l’Abruzzo (51 milioni di euro) ed il Piemonte (34 milioni), con valori nettamente superiori a quelli registrati dalle altre regioni: rispetto ad esempio al valore del Lazio, quarta regione per spesa sostenuta (13 milioni di euro), si registrano un +332% della Lombardia, un +297% dell’Abruzzo e un +165% del Piemonte. Per la Lombardia e il Lazio l’entità della spesa per personale medico è pressoché equivalente a quella per personale infermieristico; per il Piemonte prevale la spesa per il personale medico; mentre per l’Abruzzo la spesa è totalmente imputata al personale infermieristico.

Dobbiamo peraltro ricordare che la carenza di personale sanitario registrata negli ultimi anni ed il ricorso indiscriminato all’esternalizzazione dei servizi *core* sono altresì in parte ascrivibili al reiterarsi nel tempo di rigidi vincoli di spesa per l’assunzione dei professionisti. Ad oggi, il tetto di spesa per il personale del SSN è ancora parametrato alla spesa storica (quella dell’anno 2018 o se superiore quella dell’anno 2004 diminuita dell’1,4 per cento), e proprio per superare i *side effects* dei predetti rigidi vincoli di spesa, particolare attenzione si sta dedicando all’individuazione di possibili nuovi strumenti a regime che consentano di far fronte adeguatamente ai fabbisogni di personale delle Regioni, pur garantendo al contempo il necessario contenimento della spesa pubblica. A tal fine è stato avviato un apposito monitoraggio sui risultati restituiti dall’applicazione della apposita metodologia per la definizione dei fabbisogni di personale, prevista per rendere più flessibili i vincoli di spesa medesimi dall’art. 1, comma 269, dalla legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234. Quest’ultima, con gli eventuali necessari correttivi, può essere consolidata per far fronte adeguatamente ai fabbisogni di personale delle Regioni, pur garantendo al contempo il necessario contenimento della spesa pubblica.

Inoltre proprio al fine di riconoscere al personale della dirigenza medica e al personale del comparto sanità dipendente dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale ed operante nei servizi di Pronto Soccorso le particolari condizioni del lavoro svolto ed incentivare i professionisti a prestare la propria attività nell’ambito dei servizi stessi, si è provveduto (art. 1, comma 526, della legge 29 dicembre 2022 n. 197) ad incrementare di 200 milioni a regime l’indennità specifica istituita dalla legge di bilancio per l’anno 2022 (legge 30 dicembre 2021, n. 234, articolo 1, commi 293 e 294).

D’altra parte, tali interventi non possono essere pienamente efficaci se il sistema non dispone di un numero di professionisti formati adeguato ai predetti fabbisogni. In tale contesto, sebbene oggi il cosiddetto “imbuto formativo” sia stato del tutto superato, tanto che il numero di domande è ormai pari al numero complessivo di contratti di formazione specialistica disponibili, la scarsa attrattività del SSN, in particolar modo dei servizi di emergenza-urgenza, si riflette anche sulle scelte dei medici in formazione specialistica. A conferma di ciò, desta preoccupazione il dato circa il numero di contratti di specializzazione in Medicina d’Emergenza-Urgenza assegnati. Se nel 2021 risultano assegnati solo 510 contratti, pari al 47% delle risorse stanziati, questo numero scende a 340 contratti nel 2022 (pari al 42% dei contratti stanziati) per raggiungere nel 2023 il numero di 245 contratti, pari al 29% delle risorse stanziati a livello nazionale (dati MUR). Tale trend impone una riflessione, al

fine di assicurare che qualsiasi intervento normativo si decida di mettere in campo possa effettivamente trovare compimento e attuazione. A tale scopo sono state già avviate le necessarie interlocuzioni con il Ministero dell'Università e della Ricerca, competente in materia, e le Regioni al fine di individuare soluzioni efficaci anche attraverso una specifica valorizzazione degli specializzandi impegnati nei percorsi meno attrattivi.

Un altro aspetto, particolarmente critico nei servizi di emergenza urgenza, è quello delle aggressioni. Negli ultimi tempi è stato registrato un notevole incremento degli episodi di aggressione nei confronti dei professionisti sanitari e socio sanitari. Tale fenomeno concorre chiaramente a rendere sempre più insostenibili le condizioni di lavoro degli operatori sanitari. Spesso si tratta di forme di violenza provenienti dagli stessi pazienti o dai loro caregiver, che si traducono in aggressioni fisiche, verbali o di comportamento. Proprio con l'obiettivo di contrastare questo fenomeno, con il citato decreto legge n. 34 del 2023, convertito con legge n. 56 del 2023, sono state adottate specifiche disposizioni volte, da un lato, ad aggravare le pene in caso di lesioni ai professionisti sanitari e socio sanitari con un'apposita fattispecie di reato, dall'altro a consentire con ordinanza del questore la costituzione di posti fissi della Polizia di Stato nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate dotate di un reparto di emergenza-urgenza.

Inoltre l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS) (istituito presso il Ministero della salute dalla legge n. 113 del 2020) che coinvolge tutti gli stakeholder di riferimento (rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale, degli ordini professionali, delle Regioni, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – Agenas, dei Ministeri dell'interno, della difesa, della giustizia e del lavoro e delle politiche sociali, dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, nonché rappresentanti delle organizzazioni di settore) sta lavorando intensamente innanzitutto per assicurare un efficace monitoraggio degli episodi di violenza e non soltanto di quelli che si connotano per conseguenze particolarmente gravi (eventi sentinella degli errori in sanità), al fine di fornire una reale dimensione del fenomeno, stimolando al contempo la cultura delle segnalazione. L'ONSEPS sta inoltre lavorando con i competenti uffici del Ministero per assicurare l'aggiornamento della Raccomandazione n. 8, emanata nel 2007 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari ed ha elaborato specifici documenti in materia di formazione e comunicazione, al fine di diffondere sempre più le conoscenze utili alla prevenzione e alla gestione degli episodi di violenza e di aumentare la sensibilità dei cittadini rispetto alle condizioni di lavoro del personale sanitario e alle conseguenze di eventuali atti violenti.

Proprio per le caratteristiche del lavoro svolto nei servizi di pronto soccorso questo è certamente uno dei settori in cui maggiormente si è assistito negli ultimi anni ad un incremento del contenzioso, con conseguenti meccanismi sempre più lesivi del rapporto di fiducia medico-paziente ed ulteriore effetto demotivante nei confronti dei professionisti sanitari, spesso costretti ad affrontare le conseguenze di giudizi, civili, penali, disciplinari e contabili

Proprio in questi giorni in sede di conversione del cd. decreto legge mille proroghe (DL n.215 del 2023), sono state pertanto prorogate le disposizioni di cui all'art. 4 del D.L. 30 dicembre 2023, n. 215 con le quali è stata disposta, pur in questo caso al di fuori dello stato di emergenza epidemiologica, la limitazione della punibilità dei professionisti sanitari ai soli casi di colpa grave, per i fatti di cui agli art.589 e 590 del c.p.(lesioni ed omicidio colposo), commessi fino al 31 dicembre 2024, nell'esercizio di una professione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale sanitario.

Nell'ambito di tale fattispecie il giudice, ai fini della valutazione della colpa, terrà conto delle condizioni di lavoro dell' esercente la professione sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono commessi nonché del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato. Permane tuttavia forte l'esigenza di una revisione sistematica degli istituti di responsabilità penale del personale sanitario introdotti dalla legge Gelli-Bianco (legge n. 24/2017).

Vado quindi al tema n. 2), sovraffollamento e tempi d'attesa in pronto soccorso.

Nel 2019 il Ministero della Salute ha emanato linee di indirizzo su Triage, OBI e sovraffollamento in PS, con la finalità di ridurre l'inappropriatezza e le attese, aumentando la sicurezza delle dimissioni.

Per il 2022, i dati del flusso EMUR riportano più di 17 mln di accessi in PS, con il 12% in codice bianco (max 240 minuti di attesa previsti), 50% in codice verde (max 120 min), 19% in codice azzurro (max 60 min), 17% in codice arancione (max 15 min), 2% in codice rosso (0 min).

La stima degli accessi evitabili (codici bianco/verde con dimissione a domicilio) riporta una percentuale sul totale maggiore del 40%.

Il rispetto dei tempi, su base Regionale, viene uniformemente garantito per i codici bianco/verde (al cui interno ricadono gli accessi evitabili), mentre per azzurro, arancione e rosso si assiste ad un notevole variabilità (con spesso il mancato rispetto dei tempi massimi previsti).

La dimissione a domicilio rappresenta la quota preponderante degli esiti di tutti gli accessi, toccando il 70% del totale. Il ricovero in degenza raggiunge il 12% del totale, mentre il ricorso all'OBI o alla "dimissione a struttura ambulatoriale" sconta delle importanti disomogeneità a livello regionale, così come, di pari passo, non è uniforme il recepimento da parte delle Regioni delle linee di indirizzo sunnominate.

Tra i punti critici in relazione ai fattori di ingresso, fattori interni e fattori di uscita nella gestione degli accessi in urgenza all'assistenza ospedaliera si evidenzia il coinvolgimento e la responsabilizzazione dell'assistenza extra-ospedaliera nella gestione degli accessi evitabili, l'implementazione di modelli organizzativi innovativi nella medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza e nelle discipline a supporto, il miglioramento dei processi di osservazione e ricovero da PS, compreso l'efficientamento del turn-over e la gestione delle dimissioni.

Nell'ambito di un gruppo di lavoro istituito presso il mio Dicastero, finalizzato alla gestione del sovraffollamento in PS è stato approntato un documento recante "Indicazioni sulla gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso nell'attuale contesto di superamento dell'emergenza sanitaria": in questo documento si evidenzia un trend di aumento, dal 2018, dei tempi di permanenza in PS, talora in strutture con tassi di occupazione dei posti letto sub-ottimali. Il documento riporta altresì una serie di indicazioni e azioni prioritarie necessarie per la gestione del sovraffollamento.

LA RETE DELL'EMERGENZA

La Rete ospedaliera dell'emergenza è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello *Hub-and-Spoke*. Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale, alle risorse disponibili.

La rete si articola sui seguenti livelli di operatività (rilevando la numerosità per tipologia):

- Ospedale sede di Pronto Soccorso e Presidi Ospedalieri in zone particolarmente disagiate (253)
- Ospedale sede di D.E.A. di I Livello (Spoke) (244)
- Ospedale sede di D.E.A. di II Livello (Hub) (100)

Nel 2019 il Ministero della Salute ha emanato 3 linee di indirizzo:

A) Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero

B) Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva - OBI

C) Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso

Con gli obiettivi fondamentali di: 1) evitare ricoveri inappropriati, 2) ridurre i tempi di attesa, 3) aumentare la sicurezza delle dimissioni.

Per il **trriage**, sono stati introdotti codici numerici da 1 (il più grave) a 5 per la definizione delle priorità, con tempi che vanno dall'accesso immediato per le emergenze ad un tempo massimo di 240 minuti per le non urgenze: tempo massimo di 8 ore (dalla presa in carico/triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso).

Per l'**OBI**, sono stati introdotti nuovi standard strutturali e tempi massimi; per il **sovraffollamento**, azioni per ridurlo che contemplano il blocco dei ricoveri programmati e l'implementazione del bed management per la gestione della "risorsa posto letto" e governo delle fasi e interfacce di ricovero e dimissione.

ANALISI DEGLI ACCESSI

I Pronto Soccorso italiani durante il 2022 hanno registrato un totale di **17.308.925 accessi**:

- Codice 5 bianco: 2.034.447 (11,8%)
- Codice 4 verde: 8.703.379 (50,3%)
- Codice 3 azzurro: 3.225.688 (18,6%)
- Codice 2 arancione: 2.857.767 (16,5%)
- Codice 1 rosso: 416.302 (2,4%)
- Non eseguito: 69.844 (0,4%)

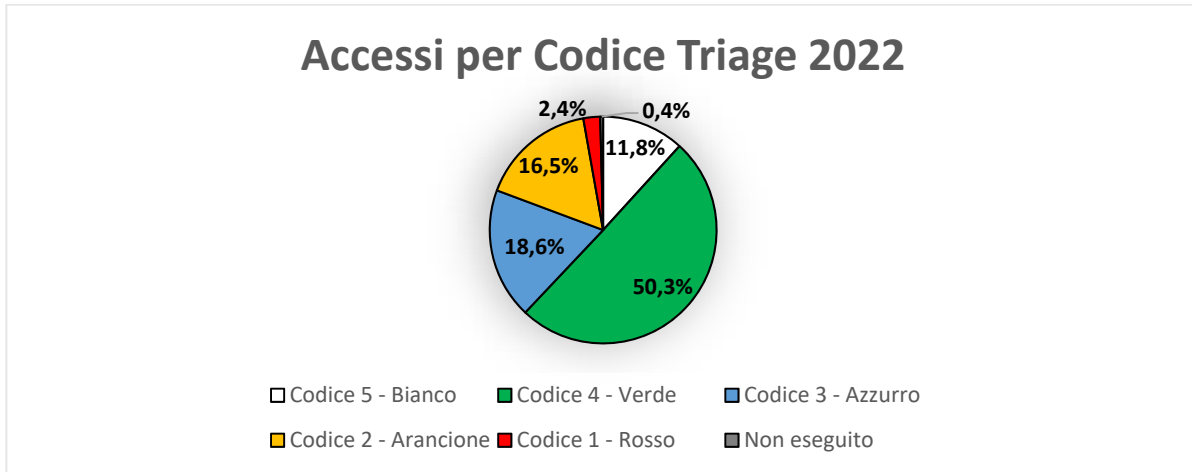
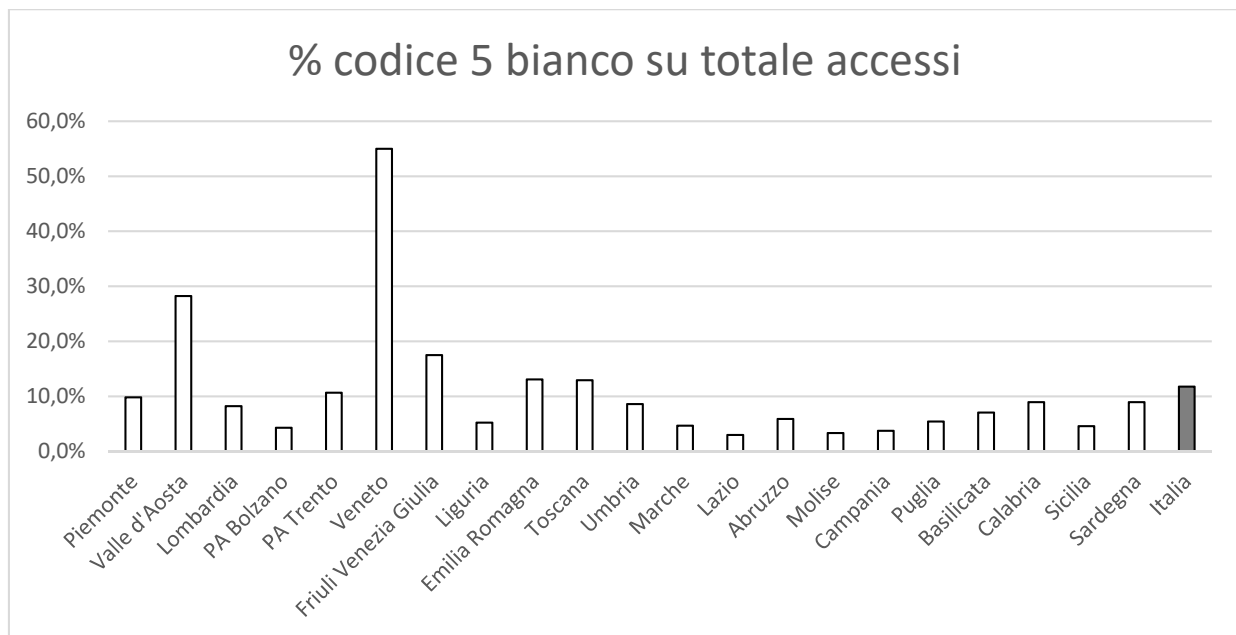


Figura 1. Accessi per Triage Anno 2022. Fonte: dashboard NSIS flusso EMUR

Codice bianco

Corrisponde all'11,8% degli accessi in PS a livello nazionale.

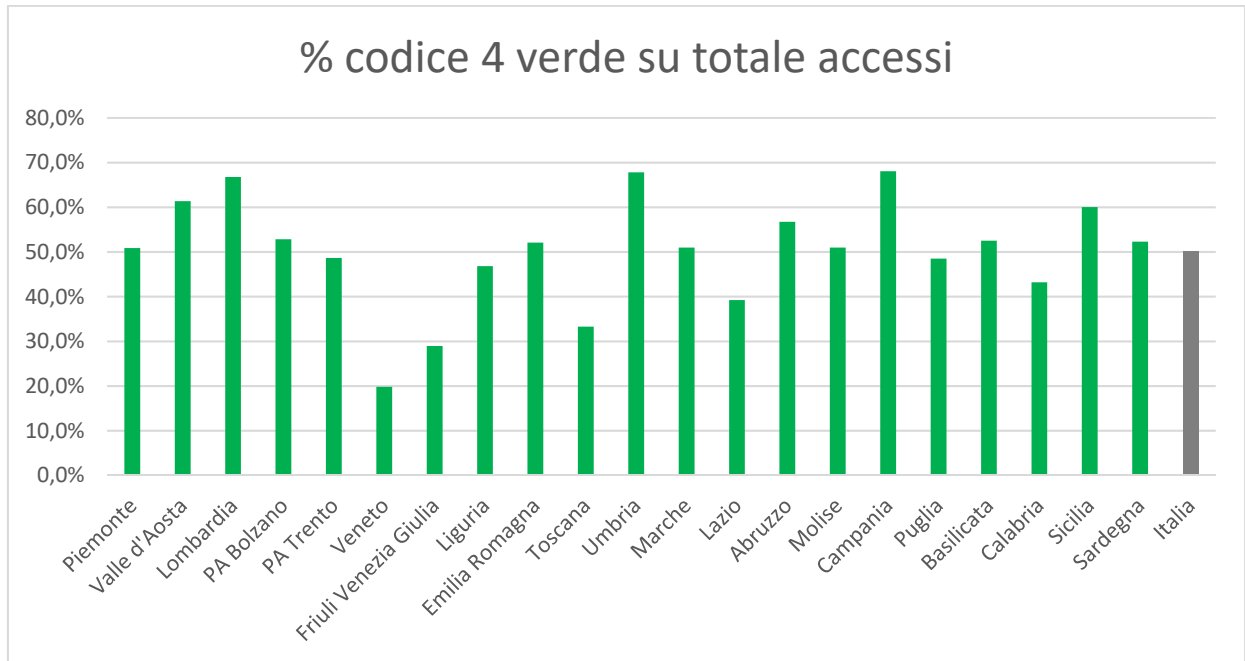
Si evidenzia una quota preponderante – e anomala – di accessi in codice bianco in Regione Veneto (55% del totale degli accessi); a seguire, Valle d'Aosta (28%) e Friuli-Venezia-Giulia (18%).



Codice verde

Corrisponde a circa il 50% degli accessi in PS a livello nazionale.

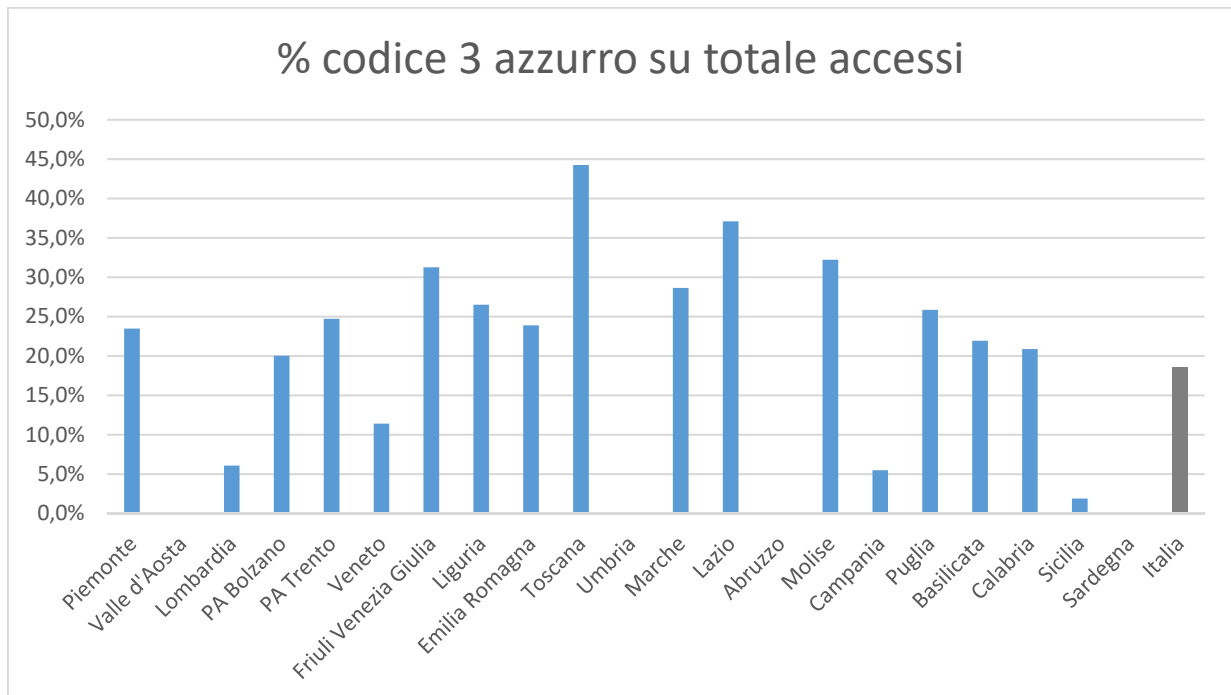
Le Regioni Campania e Umbria arrivano a quote del 68%, seguite da Lombardia (67%), Valle d'Aosta (61%) e Sicilia (60%).



Codice azzurro

Corrisponde a circa il 19% degli accessi in PS a livello nazionale.

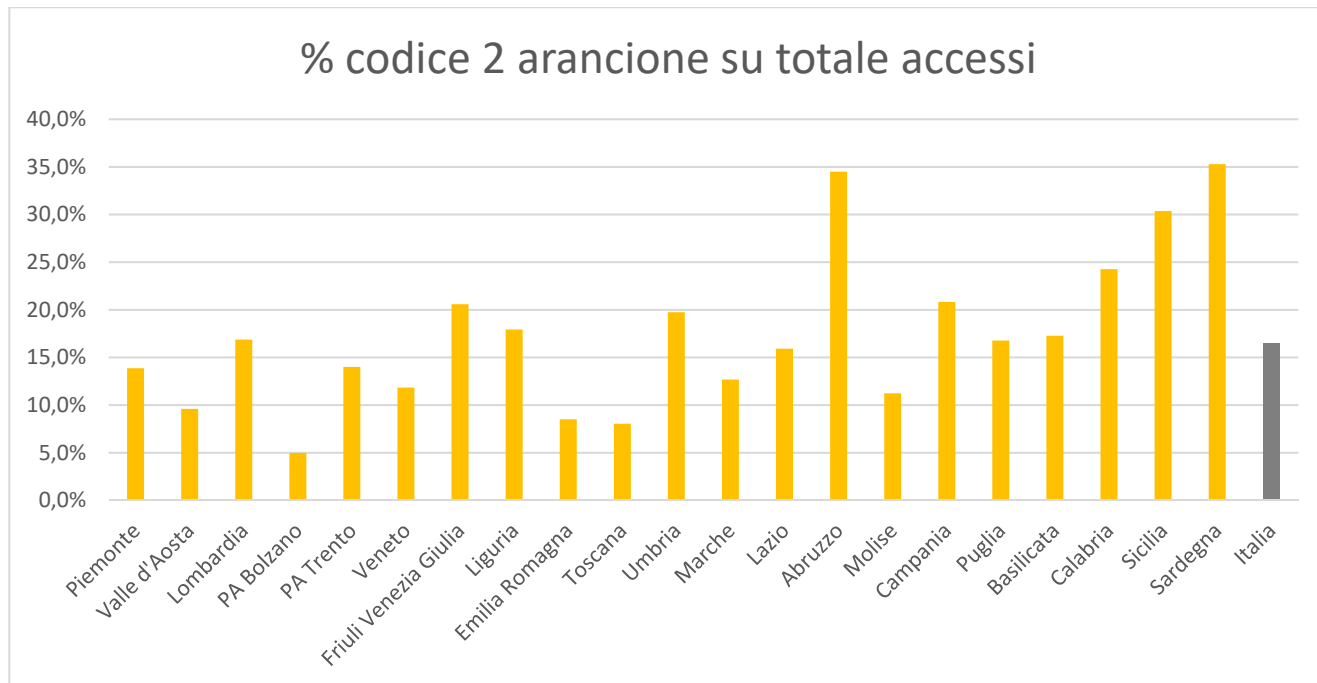
La mancata valorizzazione della quota in talune Regioni corrisponde al mancato uso del triage su 5 livelli nelle Regioni interessate al momento della rilevazione (es. Regione Umbria è passata da un triage a 4 livelli ad un triage a 5 livelli il 1° gennaio del 2023).



Codice arancio

Corrisponde a circa il 16% degli accessi in PS a livello nazionale.

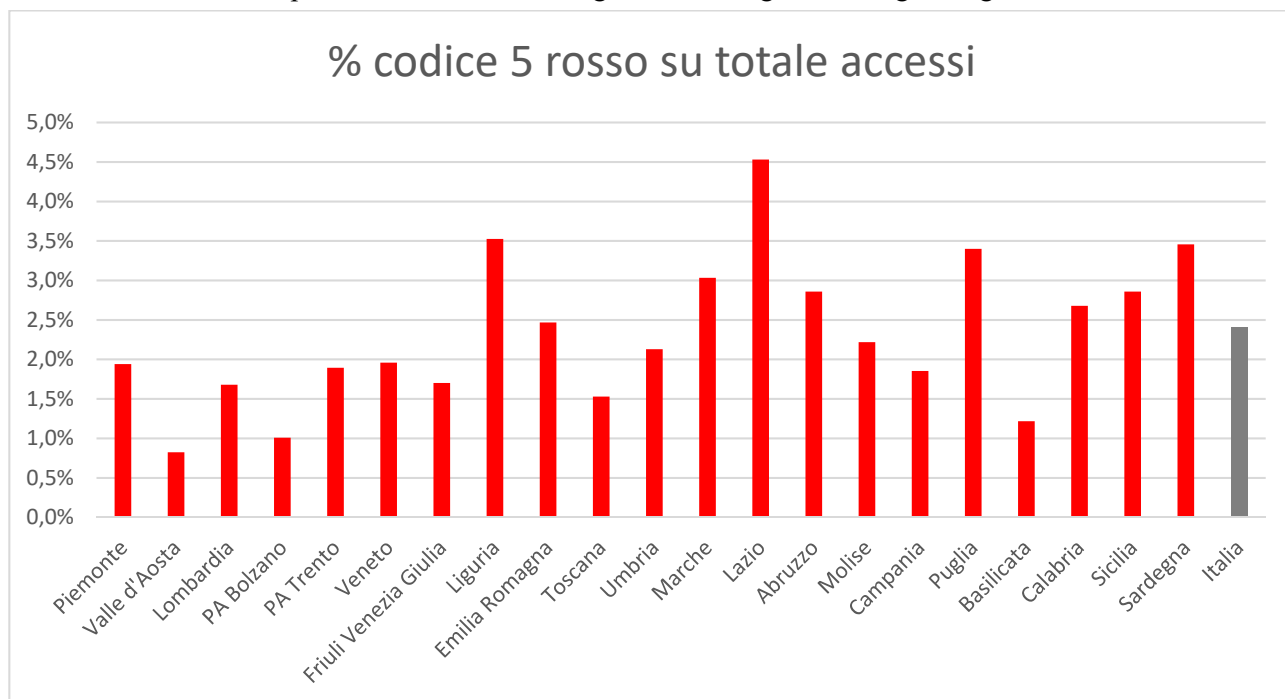
Abruzzo e Sardegna presentano valori più alti rispetto alla media nazionale (trattandosi, in entrambi i casi, di Regioni che non risultano avere accessi in codice azzurro nella rilevazione 2022).



Codice rosso

Corrisponde a circa il 2% degli accessi in PS a livello nazionale.

Si evidenzia un valore superiore alla media nelle Regioni Lazio, Liguria, Sardegna, Puglia.



Accessi evitabili

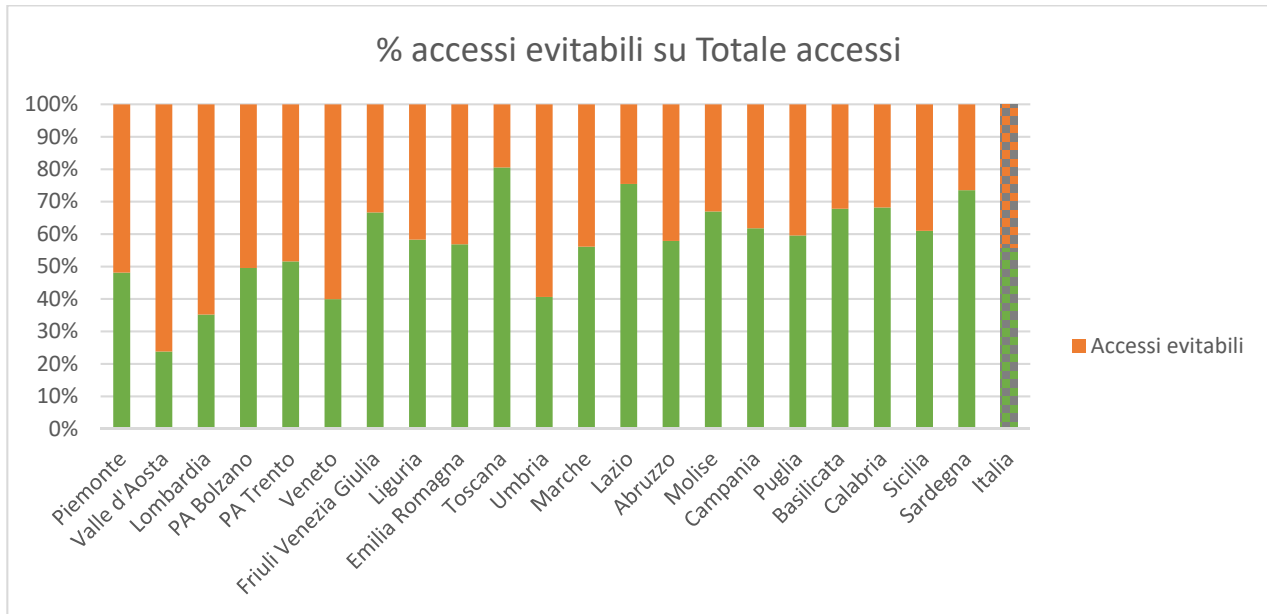
Si considerano tali gli accessi che potrebbero essere gestiti in altro setting assistenziale: superano il 44% degli accessi totali.

Caratteristiche Accessi PS	n° accessi	% su accessi 2022 complessivi
Livello di urgenza Triage: Bianco Livello Appropriatelyzza Accesso: Bianco Esito Trattamento: Dimissioni a domicilio	1.172.208	6,8%
Livello di urgenza Triage: Bianco Livello Appropriatelyzza Accesso: Verde Esito Trattamento: Dimissioni a domicilio	363.995	2,1%
Livello di urgenza Triage: Verde Livello Appropriatelyzza Accesso: Bianco Esito Trattamento: Dimissioni a domicilio	391.247	2,3%
Livello di urgenza Triage: Verde Livello Appropriatelyzza Accesso: Verde Esito Trattamento: Dimissioni a domicilio	5.738.048	33,2%
Totale Accessi Evitabili	7.665.498	44,3%
Totale accessi 2022 complessivi	17.308.925	

Dall'analisi di dettaglio delle Regioni, si evidenzia una forte variabilità (dal 19% della Toscana al 76% della Valle d'Aosta); tale variabilità potrebbe indicare scelte programmatiche e organizzative diverse da parte delle Regioni, nonché una differente capacità di gestire il fenomeno.

Regione	Livello di urgenza Triage: Bianco Livello Appropriately Accesso: Bianco Esito Trattamento: Dimissioni a domicilio		Livello di urgenza Triage: Bianco Livello Appropriately Accesso: Verde Esito Trattamento: Dimissioni a domicilio		Livello di urgenza Triage: Verde Livello Appropriately Accesso: Bianco Esito Trattamento: Dimissioni a domicilio		Livello di urgenza Triage: Verde Livello Appropriately Accesso: Verde Esito Trattamento: Dimissioni a domicilio		Totale accessi evitabili	% su accessi complessivi	Accessi complessivi 2022
	Accessi evitabili	% su accessi complessivi	Accessi evitabili	% su accessi complessivi	Accessi evitabili	% su accessi complessivi	Accessi evitabili	% su accessi complessivi			
Piemonte	67.923	4,7%	57.566	4,0%	15.318	1,1%	609.880	42,2%	750.687	51,9%	1.446.873
Valle d'Aosta	3.318	7,5%	8.513	19,3%	680	1,5%	21.054	47,8%	33.565	76,2%	44.047
Lombardia	106.296	3,6%	102.167	3,5%	157.520	5,3%	1.548.154	52,4%	1.914.137	64,8%	2.954.159
PA Bolzano	6.636	2,5%	2.986	1,1%	9.547	3,6%	114.889	43,2%	134.058	50,5%	265.690
PA Trento	13.155	7,4%	182	0,1%	8	0,0%	72.820	40,9%	86.165	48,4%	177.961
Veneto	663.055	46,8%	0	0,0%	0	0,0%	188.754	13,3%	851.809	60,1%	1.417.704
Friuli Venezia Giulia	24.480	6,2%	27.312	6,9%	22.421	5,7%	57.522	14,6%	131.735	33,4%	394.857
Liguria	14.199	2,8%	6.398	1,2%	6.530	1,3%	187.593	36,4%	214.720	41,7%	514.769
Emilia Romagna	141.059	8,2%	28.795	1,7%	74.090	4,3%	494.418	28,9%	738.362	43,2%	1.710.486
Toscana	41.934	3,2%	32.029	2,4%	18.153	1,4%	163.020	12,5%	255.136	19,5%	1.308.365
Umbria	8.836	3,3%	9.325	3,5%	10.890	4,0%	131.416	48,6%	160.467	59,4%	270.163
Marche	8.022	1,8%	8.522	1,9%	3.553	0,8%	178.956	39,5%	199.053	43,9%	453.561
Lazio	11.101	0,7%	18.621	1,2%	13.972	0,9%	346.553	21,8%	390.247	24,5%	1.589.602
Abruzzo	10.263	2,9%	4.801	1,3%	16.763	4,7%	119.048	33,2%	150.875	42,1%	358.308
Molise	605	0,8%	1.077	1,4%	792	1,0%	23.138	29,8%	25.612	33,0%	77.543
Campania	13.484	1,0%	6.084	0,5%	8.001	0,6%	463.926	36,1%	491.495	38,2%	1.285.273
Puglia	7.326	0,8%	21.601	2,3%	11.448	1,2%	342.151	36,2%	382.526	40,4%	946.192
Basilicata	2.949	2,1%	3.306	2,4%	356	0,3%	37.753	27,4%	44.364	32,2%	137.746
Calabria	11.037	2,7%	11.402	2,8%	7.666	1,9%	98.818	24,4%	128.923	31,8%	405.175
Sicilia	10.618	0,8%	12.734	0,9%	11.996	0,9%	497.071	36,4%	532.419	39,0%	1.364.973
Sardegna	5.912	3,2%	574	0,3%	1.543	0,8%	41.114	22,2%	49.143	26,5%	185.478
Italia	1.172.208	6,8%	363.995	2,1%	391.247	2,3%	5.738.048	33,2%	7.665.498	44,3%	17.308.925

Dai dati in esame si potrebbe ipotizzare che la quota degli accessi evitabili possa incidere sull'affollamento del PS, quantizzando il tempo impiegato nella gestione degli accessi totali.



Dai dati relativi al 2022 a livello nazionale (dashboard NSIS flusso EMUR), si evince che il tempo che intercorre tra l'assegnazione del codice triage e l'apertura del caso sia pari a circa 18 mln di minuti; considerando il 44% di accessi evitabili è possibile stimare una riduzione su base annua di circa 8 mln di minuti di attesa degli utenti.

Si ritiene inoltre che intervenire sugli accessi "evitabili" comporterebbe un miglioramento della qualità di lavoro nei PPSS, mantenendone la qualità dell'assistenza e la mission.

Focus: Accessi in PS STP (Allegato 4)

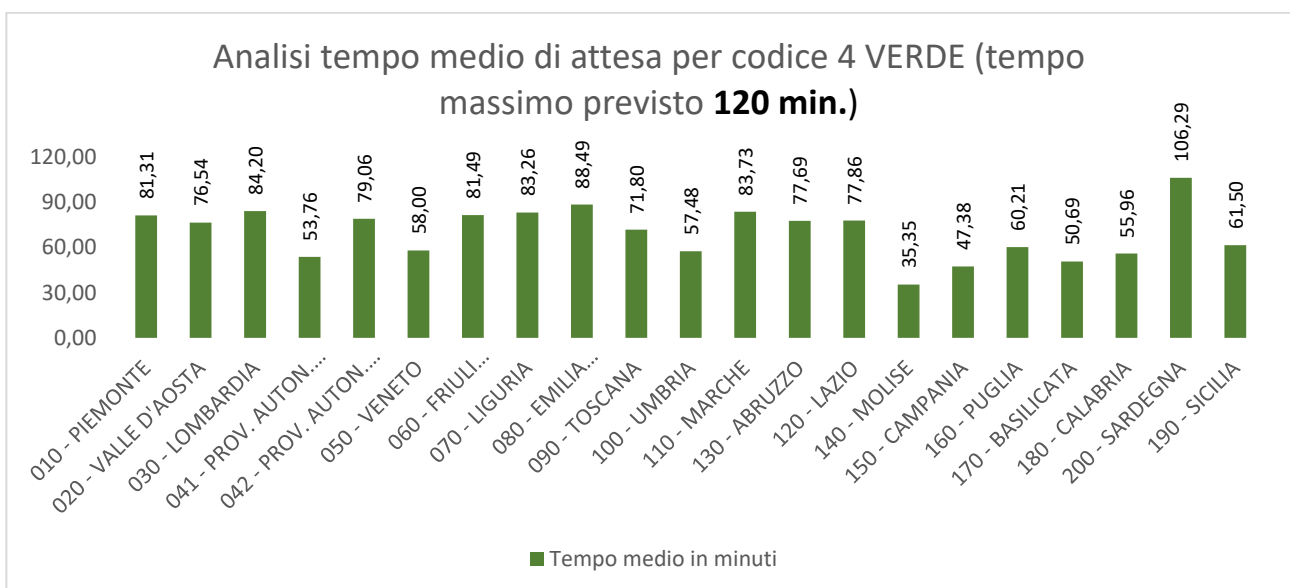
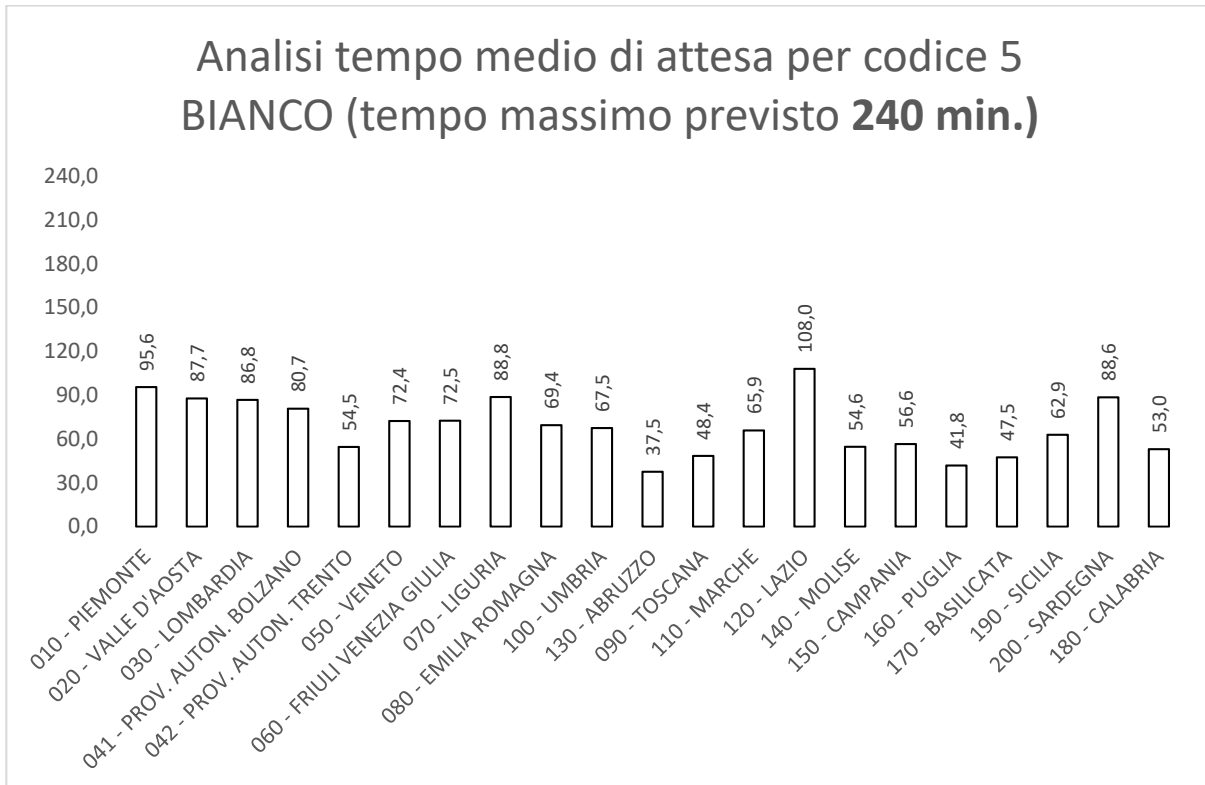
Si riepilogano di seguito dati relativi al 2022 inerenti gli accessi in PS di persone in possesso di codice STP (straniero temporaneamente presente) (flussi NSIS).

RISPETTO DEI TEMPI

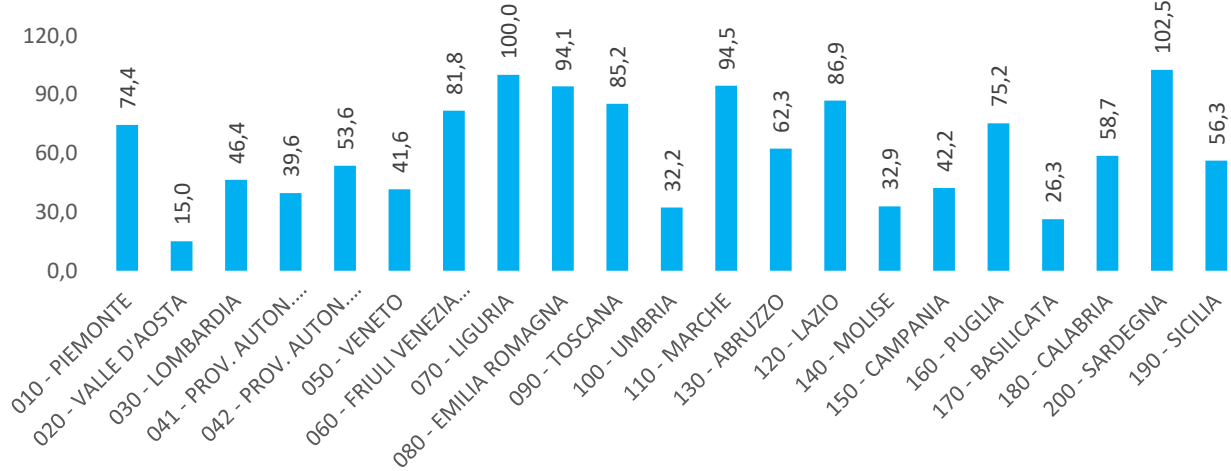
In questa sezione si è valutato il rispetto dei tempi secondo le linee di indirizzo – divisi per colore – nello specifico % di casi in cui viene rispettato il tempo massimo fissato dalle linee di indirizzo per il nuovo TRIAGE OSPEDALIERO.

Si rileva come il rispetto delle tempistiche attese sia mantenuto nelle NON Urgenze (tempo previsto 240 min. BIANCO e 120 min. VERDE), non altrettanto nelle Urgenze differibili o indifferibili.

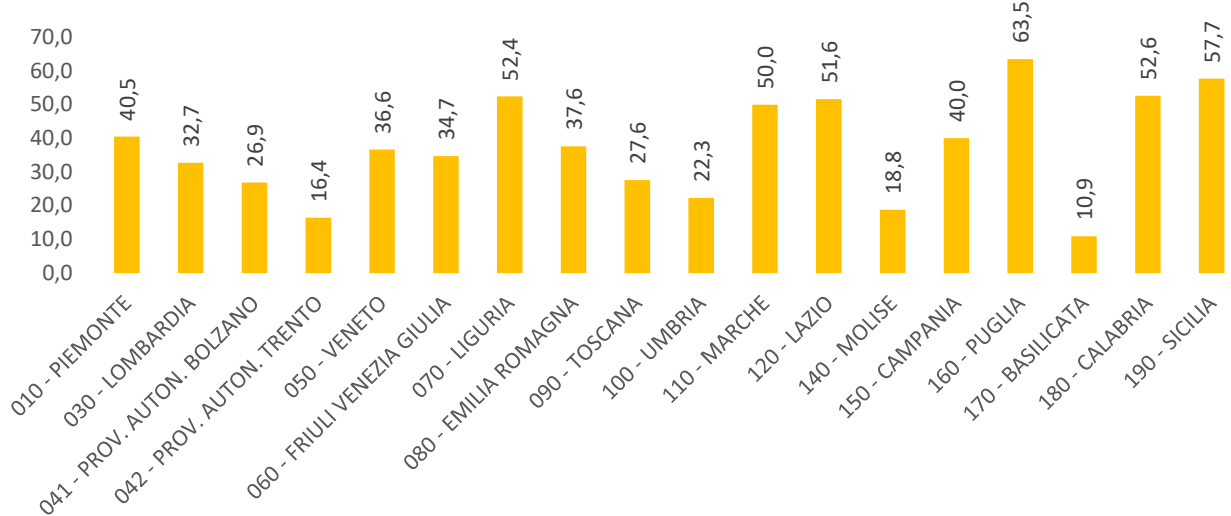
Il codice bianco, secondo lo standard, prevede un tempo massimo di attesa di 240 minuti. Prendendo in esame il Veneto, si evidenzia come, nonostante l'elevato numero di accessi in codice Bianco (il 55% del totale), viene comunque in media erogata assistenza ogni 72 minuti. Viceversa, laddove si evidenzia una maggiore percentuale di codici rossi, il tempo di attesa per i codici Bianchi è superiore (es. Regione Lazio).



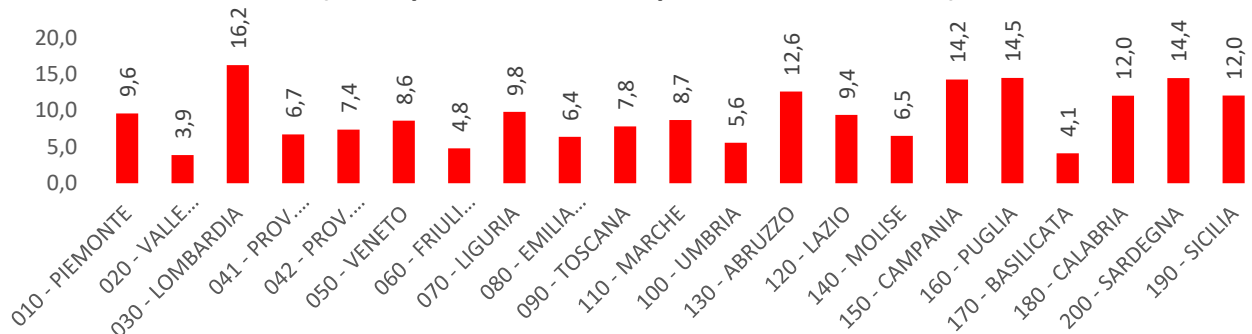
Analisi tempo medio di attesa per codice 3 AZZURRO (tempo massimo previsto 60 min.)



Analisi tempo medio di attesa per codice 2 ARANCIONE (tempo massimo previsto 15 min.)

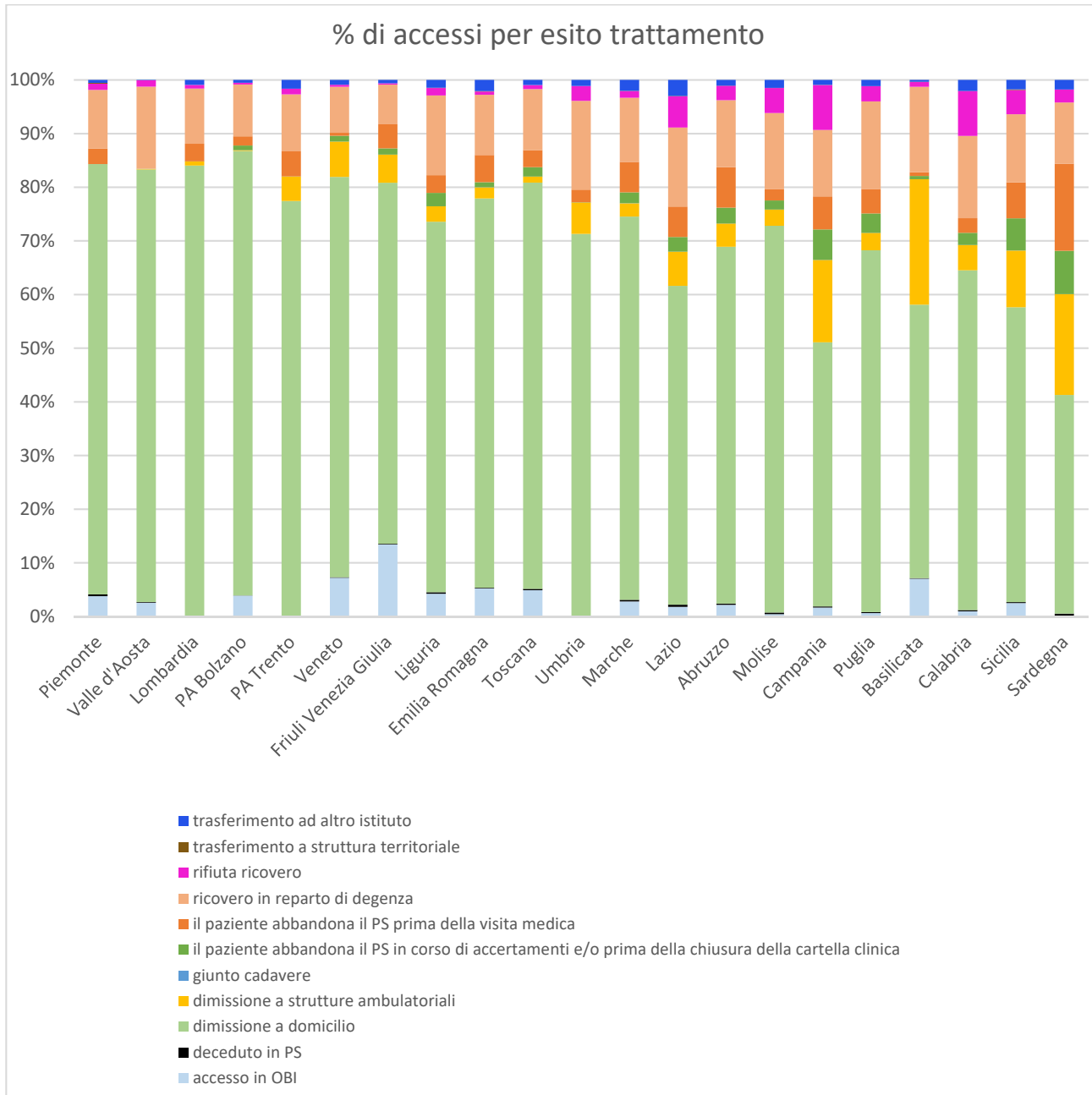


Analisi tempo medio di attesa per codice 1 ROSSO (tempo massimo previsto 0 min.)



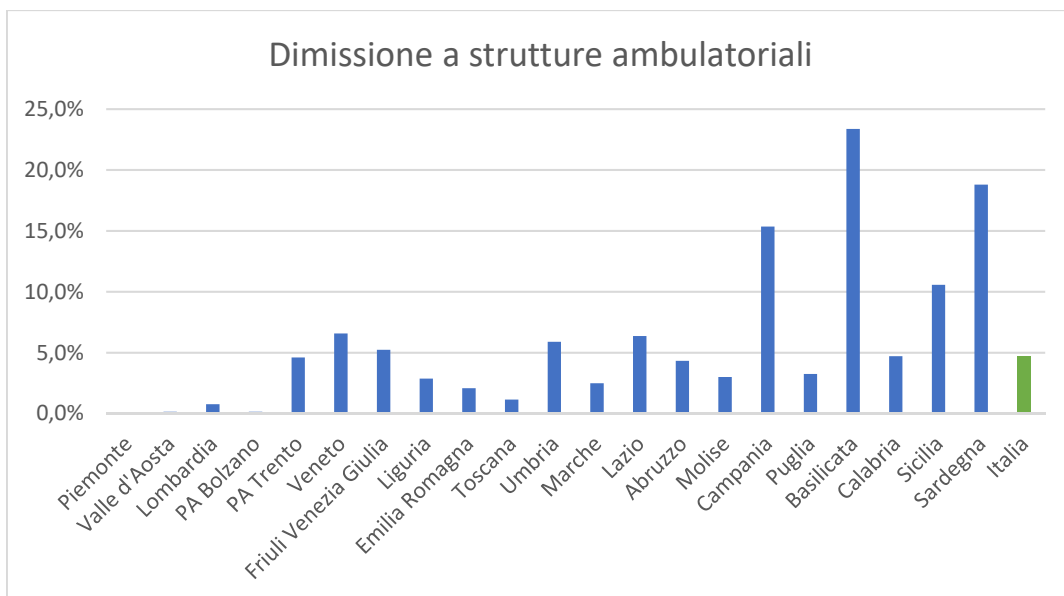
ESITO DELL'ACCESSO

Le condizioni tracciabili secondo il flusso EMUR PS sono 11; si evidenzia una certa uniformità dei dati a livello regionale.

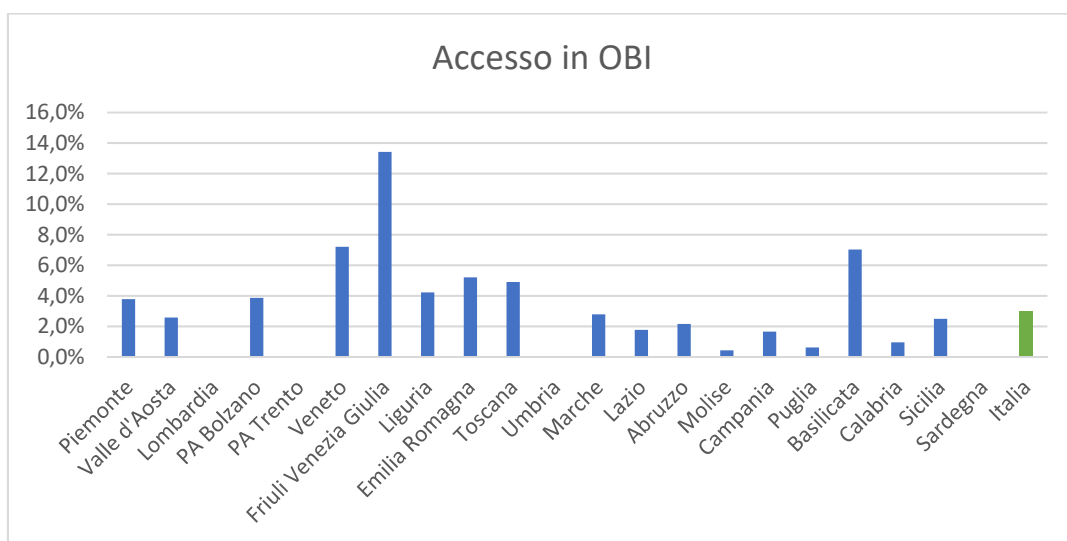


Appare poco rappresentato l'esito "dimissione a strutture ambulatoriali". A tale proposito, è stata operata una verticalizzazione su 4 causali di esito:

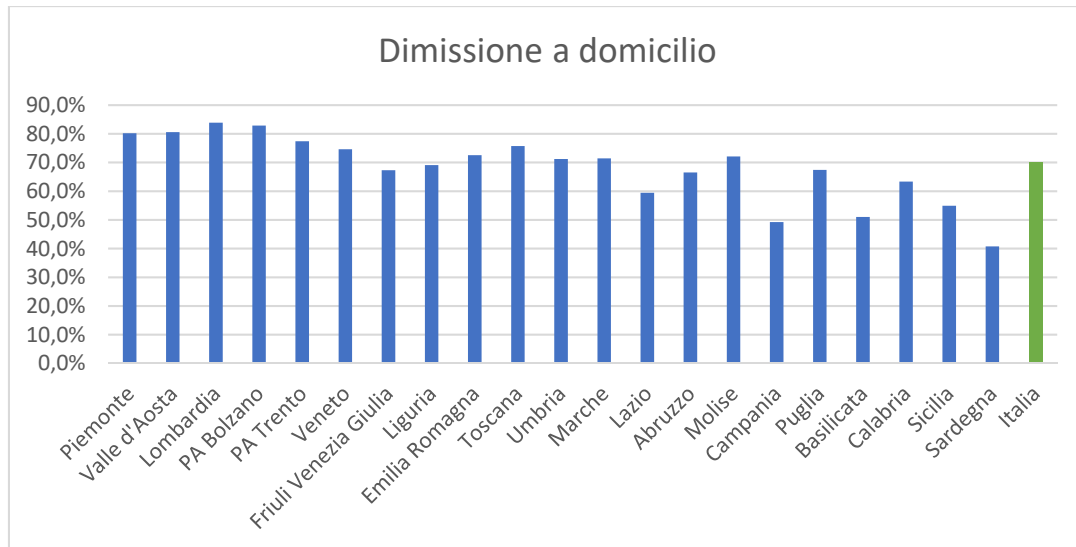
- Dimissione a strutture ambulatoriali
- Accesso in OBI
- Ricovero in reparto di degenza
- Dimissioni a domicilio



Il grafico evidenzia una difformità su base regionale al ricorso alle Strutture ambulatoriali. Solo alcune regioni come Basilicata (23,4 %), Sardegna (18,8 %) e Campania (15,4%) fanno registrare valori importanti. È utile ricordare che la presente causale si utilizza quando il paziente potrebbe necessitare di un approfondimento clinico (anche per stabilire una diagnosi), il cui setting assistenziale appropriato sarebbe quello ambulatoriale.



La difformità a livello Regionale, nel caso dell'OBI, evidenzia anche un mancato ricorso a questo strumento – per il periodo di riferimento dell'estrazione dati.



La dimissione a domicilio risulta l'esito di maggiore utilizzo, pur con alcune differenze regionali; è la condizione associata agli accessi evitabili.



Per il ricorso al ricovero, i dati evidenziano una discreta difformità tra le Regioni, con un maggior ricorso a questo esito nelle Regioni Calabria, Valle D'Aosta, Basilicata, Puglia e Umbria. Per le Regioni a minor incidenza di accessi seguiti da ricovero, si può ipotizzare un'associazione con la presenza dell'OBI.

MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

L'analisi dell'area di PS non può prescindere dalla valutazione dei posti letto di degenza della Medicina d'urgenza. Nell'ottica di un miglioramento delle performance dei Pronti Soccorso, la presenza di un Osservazione Breve Intensiva che garantisca un livello di complessità assistenziale superiore a quello erogabile negli ambulatori di Pronto Soccorso, trova un giusto completamento con un reparto di degenza di semintensiva ad alto turnover, capace di gestire le acuzie polispecialistiche, limitando la compromissione della filiera dei ricoveri programmati delle altre UUOO di area medica. Purtroppo, il vigente DM 5 dicembre 2006 "**Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie**", che attribuisce specifici codici alle diverse discipline di ricovero, non prevede la presenza della Medicina d'urgenza. In molte situazioni, per definire questa U.O. viene utilizzato il codice 51 che è però attribuito ai reparti ormai dismessi di "astanteria". Ciò comporta una molto probabile sottostima delle UU.OO. di Medicina d'urgenza, in quanto spesso tale funzione viene codificata come Medicina generale.

Già nei diversi GdL istituiti per il previsto aggiornamento del DM 70/2015 era stata avanzata la proposta di aggiornamento dei codici disciplina, al fine di permettere una più corretta rappresentazione dell'offerta attuale nel setting ospedaliero attuale.

Di seguito i posti letto rilevati da piattaforma NSIS relativi all'anno 2022:

Medicina di accettazione e di urgenza-Astanteria Cod 51		
Regione	U.O.	posti letto
Basilicata	2	18
Bolzano	1	14
Calabria	5	54
Campania	10	125
Emilia-Romagna	23	364
Friuli Venezia Giulia	10	79
Lazio	42	508
Liguria	21	243
Lombardia	2	17
Marche	10	77
Molise	2	15
Sicilia	19	176
Toscana	13	96
Valle d'Aosta	1	4
totale	161	1790

INTERVENTI DI AMMODERNAMENTO

Il DL n. 34 del 19.05.2020, articolo 2, in tema di “Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19”, ha previsto un aggiornamento sul monitoraggio degli interventi di ammodernamento delle strutture di Pronto Soccorso e dei mezzi per i trasporti sanitari secondari:

Le Regioni e le Province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19, sono tenute a garantire l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica. Sul territorio nazionale è previsto un incremento strutturale dei posti di terapia intensiva che determina una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti. Le Regioni e le Province autonome devono, inoltre, programmare una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica; tali postazioni devono essere fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure.

In particolare, ai sensi del comma 4 dell'articolo 2 del DL n. 34/2020 “le Regioni e le Province autonome, che abbiano individuato unità assistenziali in regime di ricovero per pazienti affetti dal COVID-19, nell'ambito delle strutture ospedaliere, provvedono a consolidare la separazione dei percorsi rendendola strutturale e assicurano la ristrutturazione del Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti”. Ai sensi del comma 5 dell'articolo 2 del DL n. 34/2020 “le Regioni e le Province autonome sono autorizzate ad implementare i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19”.

Inoltre, la Circolare del Ministero della salute del 29.05.2020, n. 11254, di attuazione dell'art. 2 del DL 34/2020, recante “Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid 19”, ha previsto, al fine di differenziare adeguatamente gli accessi in Pronto Soccorso, con particolare riferimento ai DEA di II e I livello, per far fronte alle successive fasi dell'emergenza, la riorganizzazione e ristrutturazione del Pronto Soccorso con l'obiettivo prioritario di separare i percorsi e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi che garantiscano i criteri di separazione e sicurezza.

Le Regioni e Province autonome, sulla base delle indicazioni contenute nella sopra citata Circolare n. 11254, hanno predisposto un apposito Piano di riorganizzazione volto a garantire, oltre all'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, anche:

- “la separazione dei percorsi rendendola strutturale e assicurando la ristrutturazione dei reparti di pronto soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti di COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi” (DL 34/2020, art. 2, comma 4);
- l'aumento del “numero dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19” (DL 34/2020, art. 2, comma 5).

I Piani di riorganizzazione approvati dal Ministero della salute, aggiornati al 31 dicembre 2023 e finanziati dal D.L. n. 34/2020, hanno recepito le necessità regionali e hanno individuato un totale di n. 464 interventi, che insistono sulla situazione della Medicina dell'Emergenza Urgenza e dei Pronto Soccorso in Italia. In tali interventi è prevista la separazione dei percorsi come sopra indicato.

EMERGENZA TERRITORIALE

Il DPR 27 marzo 1992, ha superato quel concetto di emergenza sanitaria sul territorio intesa come “servizio” che prevedeva il semplice invio dell’ambulanza sul luogo dell’evento ed il successivo trasporto del paziente al Pronto Soccorso più vicino, trasformandolo in un vero e proprio “sistema di soccorso”.

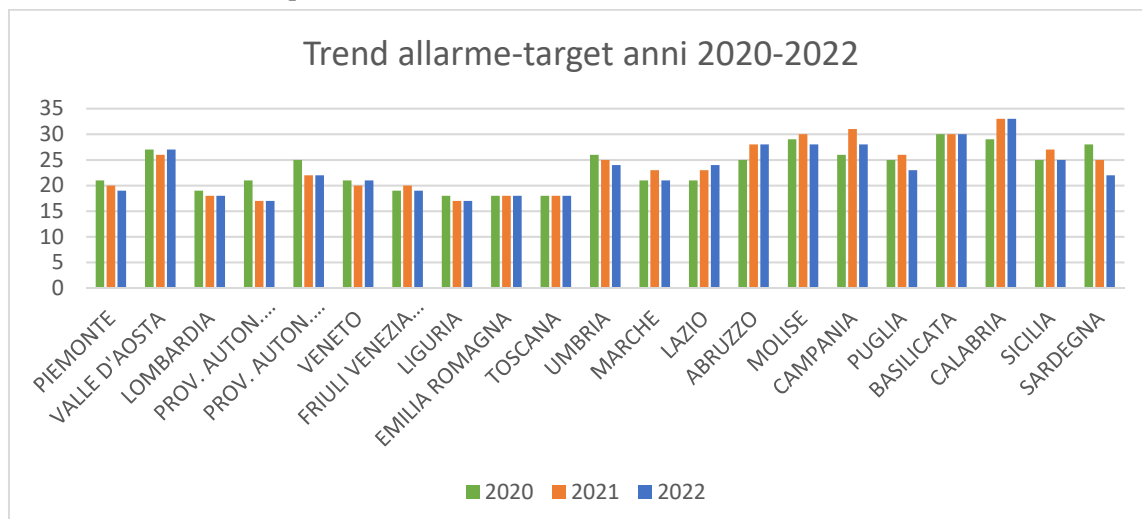
Quest’ultimo consiste nell’integrazione delle fasi di soccorso, con l’invio del mezzo più appropriato per il cosiddetto trattamento extraospedaliero “Stay and Play”, così da incidere sull’intervallo di tempo in cui la vittima rimane senza adeguata terapia (Therapy Free Interval), prima del trasporto all’ospedale più idoneo.

In applicazione alla normativa nazionale, la fase dell’emergenza extraospedaliera del soccorso ha registrato, dagli anni Novanta ad oggi, una progressiva implementazione organizzativa fino a giungere all’attuale impianto strutturale del sistema. Il modello organizzativo del sistema dell’emergenza sanitaria risulta così articolato:

- Sistema di allarme sanitario, dotato di numero telefonico di accesso breve ed universale “118”, numero unico europeo per le emergenze (112).
- Sistema territoriale di soccorso, costituito dai mezzi di soccorso distribuiti sul territorio: mezzi di soccorso di base (con soccorritori), mezzi di soccorso avanzati (professionisti medici e/o infermieri), eliambulanz
- Rete di servizi e presidi (D.M. 2 aprile 2015, n. 70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”) rappresentata da:
 - Postazioni medicalizzate del 118, fisse o mobili, anche organizzate per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasione di manifestazioni di massa, sportive, religiose, culturali
 - Pronto soccorso ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato, oppure, nei casi più complessi, garantiscono gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l’eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della centrale operativa
 - Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), che rappresentano un’aggregazione funzionale di unità operative, adottano un codice comune di comportamento assistenziale, assicurano una risposta rapida e completa. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle Unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello

Per la valutazione a livello nazionale della funzionalità del Sistema l’indicatore più considerato è il cosiddetto “Allarme Target”. Il medesimo indicatore è inserito tra gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia.

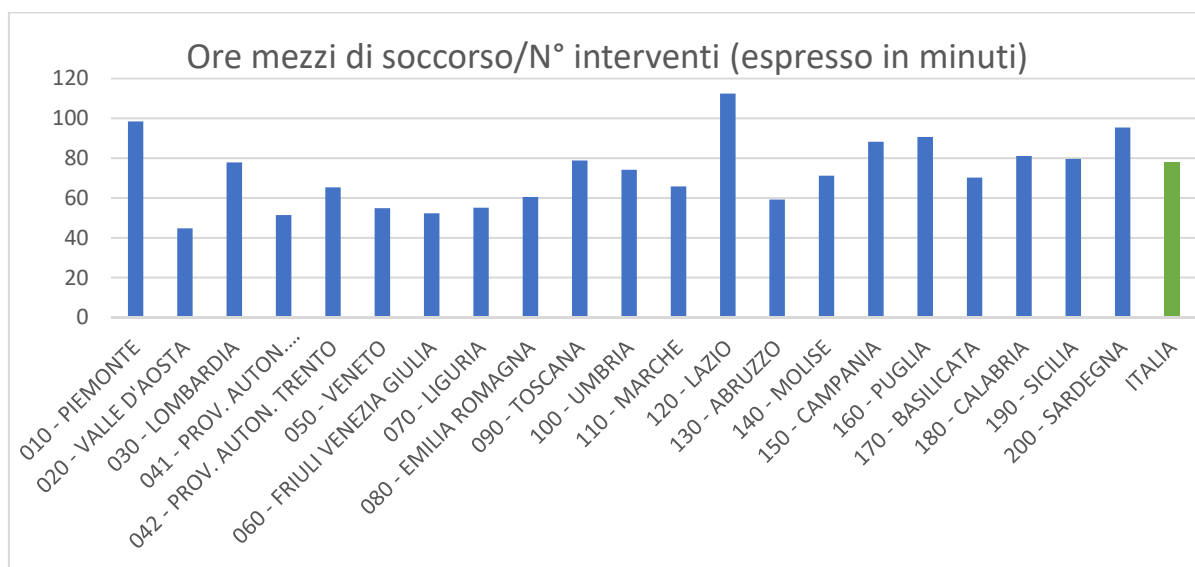
L’indicatore è espresso in minuti ed è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l’inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 (Tracciato 1) e l’arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell’evento che ha generato la chiamata (Tracciato 2). Di seguito il dettaglio per regione nell’ultimo triennio disponibile



Può risultare interessante anche valutare il tempo medio per soccorso, per avere una immagine delle risorse disponibili e del tempo di utilizzo.

Va comunque sempre evidenziato il dato peculiare del nostro Paese, in cui si registra una scarsa percentuale di accessi nei Pronto Soccorso provenienti dalla rete del 118.

Regione / Provincia autonoma	Ore mezzi di soccorso impiegati	N° Interventi per mezzo di soccorso	Indicatore (espresso in minuti)
010 - PIEMONTE	668.940,82	407.948	98
020 - VALLE D'AOSTA	11.346,63	15.220	45
030 - LOMBARDIA	1.167.812,00	899.975	78
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	38.648,97	45.130	51
042 - PROV. AUTON. TRENTO	53.351,73	49.041	65
050 - VENETO	357.693,10	391.464	55
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	86.130,58	98.849	52
070 - LIGURIA	149.708,26	163.172	55
080 - EMILIA ROMAGNA	513.507,03	509.707	60
090 - TOSCANA	553.794,62	421.519	79
100 - UMBRIA	66.761,87	54.008	74
110 - MARCHE	156.831,36	143.015	66
120 - LAZIO	779.170,12	415.973	112
130 - ABRUZZO	86.453,10	87.649	59
140 - MOLISE	29.081,02	24.512	71
150 - CAMPANIA	353.147,13	240.124	88
160 - PUGLIA	528.182,27	349.673	91
170 - BASILICATA	63.834,82	54.576	70
180 - CALABRIA	38.433,90	28.463	81
190 - SICILIA	463.794,53	349.691	80
200 - SARDEGNA	106.712,60	67.124	95
ITALIA	6.273.336,46	4.816.833	78



IL PS E L'EMERGENZA URGENZA IN NSG

Il “Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”, istituito col DM 12/03/2019, monitora l’area del Pronto Soccorso e dell’Emergenza Urgenza attraverso 6 indicatori specifici appartenenti all’area “Distrettuale” prevista dal suddetto decreto i cui dati elementari sono desumibili dal flusso NSIS EMUR-PS.

- D05C Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
- D06C Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)
- D07Ca Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
- D07Cb Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)
- D08C Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno
- D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso

I primi 4 (D05-D07Cb) indicatori sono riferiti ai tassi in PS con codice bianco/verde. Gli indicatori segnalano l’inappropriatezza dell’utilizzo del Pronto Soccorso. Tale inappropriatezza può essere considerata una proxy delle difficoltà di accedere ai servizi della medicina territoriale.

I dati, pur con problematiche di qualità del flusso EMUR che ha visto un miglioramento nel tempo in tutte le Regioni, evidenziano che gli accessi inappropriati in PS hanno avuto un picco nel 2019 per subire un brusco calo nel 2020 in relazione alla situazione pandemica e un aumento costante nel 2021 e 2022 pur non raggiungendo il livello del 2019 nella maggior parte delle Regioni.

L’indicatore D08C misura la proporzione di interventi dovuti a patologie FHQ (First Hour Quintet: l’Arresto Cardiaco (1), la Sindrome Coronarica Acuta (2), l’Insufficienza Respiratoria Acuta (3), lo Stroke (ictus) (4) e il Trauma maggiore critico (5)), che essendo eventi a dipendenza temporale, necessitano dell’utilizzo di mezzi di soccorso avanzato (Advanced Life Support - ALS), dotati cioè di personale medico e infermieristico qualificato, apparecchiature elettromedicali per il supporto delle funzioni vitali e di farmaci salvavita. L’indicatore permette quindi di misurare la quota di risposta efficace del sistema di emergenza. Gli esiti del monitoraggio evidenziano come tutte le Regioni (2022) siano al di sopra del 50% (valore mediano 87%) con le eccezioni di Valle d’Aosta, Provincia autonoma di Bolzano e Liguria.

L’ultimo indicatore (D09Z), presente anche nel sottoinsieme CORE del NSG, è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l’inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l’arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell’evento che ha generato le chiamate, classificate con criticità presunta “Rosso - Emergenza”.

All’anno di valutazione 2022, 10 Regioni risultano inadempienti (ovvero con un tempo risposta \geq 21 minuti), prevalentemente appartenenti all’area centro-meridionale e Isole (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna).

Di seguito si riportano i valori degli indicatori (anni 2018-2022). Si evidenzia che i dati relativi all’anno 2022 sono da considerarsi provvisori fino ad approvazione del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 9 dell’Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 (Comitato LEA).

EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

D05C Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)

Regione	2018	2019	2020	2021	2022
PIEMONTE	100,94	99,34	53,23	72,09	69,56
VALLE D'AOSTA	97,34	92,21	68,05	79,89	86,11
LOMBARDIA	86,34	87,72	52,51	63,20	68,30
PROV. AUTON. BOLZANO	95,12	111,44	86,40	101,02	119,50
PROV. AUTON. TRENTO	69,94	67,72	35,90	49,45	43,53
VENETO	14,81	78,49	51,62	54,34	55,95
FRIULI VENEZIA GIULIA	49,50	54,76	41,29	46,31	51,40
LIGURIA	80,30	84,94	47,02	38,42	34,08
EMILIA ROMAGNA	82,44	84,87	49,34	52,04	62,10
TOSCANA	77,34	86,06	24,81	22,24	23,67
UMBRIA	76,06	96,26	39,92	64,35	72,77
MARCHE	60,09	69,61	45,98	46,75	55,67
LAZIO	52,14	53,02	31,01	27,99	31,15
ABRUZZO	75,67	75,92	41,41	39,81	44,74
MOLISE	72,10	79,69	52,05	55,94	48,62
CAMPANIA	46,14	38,69	30,60	25,47	33,62
PUGLIA	68,78	71,41	46,64	46,15	51,00
BASILICATA	0,30	0,38	0,34	0,32	23,34
CALABRIA	29,36	38,96	18,66	22,53	23,74
SICILIA	48,69	50,29	30,84	32,28	40,86
SARDEGNA	34,99	38,20	13,14	-	9,16

D06C Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)

Regione	2018	2019	2020	2021	2022
PIEMONTE	22,51	22,65	9,55	13,48	13,87
VALLE D'AOSTA	20,33	19,58	10,95	13,23	16,75
LOMBARDIA	20,04	21,00	9,53	13,39	16,40
PROV. AUTON. BOLZANO	19,75	22,83	14,07	18,07	26,26
PROV. AUTON. TRENTO	15,21	19,52	7,61	12,50	12,89
VENETO	3,57	16,90	8,82	10,09	12,04
FRIULI VENEZIA GIULIA	23,76	24,48	13,11	15,32	19,53
LIGURIA	19,51	21,16	8,69	9,19	10,13
EMILIA ROMAGNA	19,28	20,70	8,46	9,37	14,58
TOSCANA	19,42	22,96	7,77	9,04	11,16
UMBRIA	16,00	19,75	6,43	9,87	12,94
MARCHE	14,22	16,77	8,96	9,59	12,62
LAZIO	11,03	11,82	6,52	7,23	8,57
ABRUZZO	14,23	14,51	6,07	5,07	7,35
MOLISE	15,19	16,68	7,86	8,69	8,41
CAMPANIA	10,39	9,45	4,82	4,99	8,10
PUGLIA	13,24	14,17	6,86	7,07	9,13
BASILICATA	0,01	0,02	0,03	0,00	4,73
CALABRIA	6,66	7,75	2,79	3,50	5,20
SICILIA	10,47	12,09	4,94	5,90	9,07
SARDEGNA	11,49	14,21	4,22		3,56

D07Ca Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)

Regione	2018	2019	2020	2021	2022
PIEMONTE	29,34	27,65	11,16	14,64	17,25
VALLE D'AOSTA	29,06	27,24	13,85	18,20	25,64
LOMBARDIA	29,12	28,85	11,84	16,48	22,72
PROV. AUTON. BOLZANO	22,90	25,98	14,07	16,31	24,87
PROV. AUTON. TRENTO	21,41	27,80	9,55	15,46	16,37
VENETO	6,10	25,36	11,75	13,37	17,81
FRIULI VENEZIA GIULIA	31,42	31,01	15,28	17,54	23,83
LIGURIA	28,18	28,66	10,97	10,81	14,13
EMILIA ROMAGNA	29,57	30,39	11,38	12,00	20,56
TOSCANA	27,48	32,37	9,90	11,64	16,30
UMBRIA	23,72	26,30	8,15	11,43	17,52
MARCHE	21,65	23,95	11,43	11,99	17,40
LAZIO	16,66	16,93	7,97	9,13	11,78
ABRUZZO	17,79	17,80	6,79	5,82	9,24

EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

MOLISE	19,01	20,55	8,67	8,85	9,98
CAMPANIA	16,01	13,69	6,65	7,36	12,29
PUGLIA	15,33	15,77	7,43	8,21	10,91
BASILICATA	0,02	0,03	0,01	0,01	4,98
CALABRIA	7,48	9,20	3,06	3,90	6,57
SICILIA	13,68	15,43	6,10	7,78	12,62
SARDEGNA	17,37	20,90	6,02		6,28

D08C Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno

Regione	2018	2019	2020	2021	2022
PIEMONTE	82,01%	91,46%	81,84%	80,49%	88,43%
VALLE D'AOSTA	33,93%	45,00%	19,57%	17,63%	40,63%
LOMBARDIA	42,56%	63,76%	41,63%	41,33%	58,38%
PROV. AUTON. BOLZANO	29,42%	76,92%	11,43%	8,73%	25,00%
PROV. AUTON. TRENTO	50,57%	100,00%	97,45%	97,58%	95,65%
VENETO	90,26%	97,44%	94,13%	81,29%	96,72%
FRIULI VENEZIA GIULIA	54,34%	62,85%	62,31%	68,19%	-
LIGURIA	41,30%	97,54%	49,35%	86,12%	26,98%
EMILIA ROMAGNA	86,82%	73,15%	91,83%	69,79%	97,75%
TOSCANA	55,11%	95,45%	49,30%	64,53%	77,10%
UMBRIA	90,26%	100,00%	89,77%	-	-
MARCHE	98,56%	100,00%	93,19%	97,64%	80,56%
LAZIO	100,00%	90,17%	100,00%	97,46%	100,00%
ABRUZZO	78,33%	100,00%	80,94%	79,15%	90,56%
MOLISE	100,00%	80,97%	83,94%	81,95%	100,00%
CAMPANIA	85,13%	93,13%	79,06%	82,26%	82,25%
PUGLIA	89,73%	99,42%	83,19%	87,66%	87,72%
BASILICATA	97,67%	98,68%	92,71%	80,32%	84,95%
CALABRIA	94,15%	86,33%	89,59%	77,34%	99,32%
SICILIA	74,21%	66,67%	72,47%	62,92%	85,28%
SARDEGNA	-	84,88%	83,06%	80,74%	-

D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso. I punteggi NSG sono compresi tra 0 e 100 con soglia di sufficienza 60

Regione	2018	2019	2020	2021	2022	Punteggio Totale 2022 (Provvisorio)
PIEMONTE	16	17	19	19	19	92,57
VALLE D'AOSTA	22	22	25	24	24	0
LOMBARDIA	14	15	18	17	17	100,00
PROV. AUTON. BOLZANO	15	15	16	18	15	100,00
PROV. AUTON. TRENTO	17	17	20	18	19	95,57
VENETO	17	17	18	18	18	97,01
FRIULI VENEZIA GIULIA	16	15	16	17	16	100,00
LIGURIA	15	15	17	17	16	100,00
EMILIA ROMAGNA	14	14	15	16	15	100,00
TOSCANA	14	14	16	16	16	97,00
UMBRIA	20	20	23	22	21	60,02
MARCHE	15	15	18	20	18	97,01
LAZIO	16	17	19	20	21	57,02
ABRUZZO	18	18	21	24	24	0
MOLISE	21	20	22	24	23	0
CAMPANIA	17	18	23	26	23	0
PUGLIA	16	17	22	23	21	57,02
BASILICATA	24	24	29	27	26	0
CALABRIA	19	21	27	30	28	0
SICILIA	17	19	23	25	23	0
SARDEGNA	n.c.	21	30	28	25	0

ADEMPIMENTI REGIONALI

Riguardo alla verifica degli adempimenti ai quali sono tenute le regioni per l'accesso alla quota premiale del SSN, per il settore dell'emergenza urgenza sono previsti due adempimenti:

- l'adempimento **C.12)** che riguarda la verifica della completezza e della qualità del flusso NSIS-EMUR, sia 118 che PS;
- l'adempimento **AAG) Emergenza Urgenza**, a sua volta composto da 3 item
 - o AAG.1) di analisi programmatrice, per verificare lo stato di implementazione delle Linee di indirizzo nazionali di cui all'Accordo Stato Regioni rep. Atti n. 143/CSR del 1/08/2019, attraverso la messa in atto delle azioni per:
 - adeguamento del Triage intraospedaliero;
 - attivazione Osservazione Breve Intensiva;
 - istituzione della funzione di Bed Manager nella gestione del sovraffollamento in PS.
 - o AAG.2) e AAG.3) di analisi quantitativa per monitorare rispettivamente: l'adeguamento alla nuova codifica di priorità del triage e i tempi di permanenza del paziente all'interno del PS.

Per quanto riguarda l'adempimento C.12, anno 2021 (ultima annualità, in corso di valutazione), tutte le Regioni risultano adempienti, alcune con un impegno a migliorare la valorizzazione di un campo (Marche) o a conferire i dati di alcune strutture mancanti (Campania, Calabria).

Le Regioni sono state invitate a produrre documentazione che attestasse l'adozione di un documento di recepimento delle linee di indirizzo. Dall'analisi dei flussi, è stato possibile evidenziare, indirettamente, l'adozione della nuova codifica triage e l'attivazione delle OO.BB.II. (in particolare azzurro e arancione) In merito all'attivazione delle OO.BB.II, poiché uno degli esiti di trattamento a seguito dell'accesso di Pronto Soccorso è "accesso in OBI", indirettamente si è potuto dedurre che, laddove utilizzata tale causale, fosse attivo l'OBI. Va però rilevato che in molti casi il numero di "accessi in OBI" sul totale degli accessi è esigua con una distribuzione totale sul territorio si presenta a macchia di leopardo.

In tabella si riporta una sintesi:

Regione	Recepimento (risposta della regione)	Evidenza del recepimento	Documento	OBI (SI /NO)*	Note (si rileva dalla presenza sui flussi della dimissione presso OBI).*	Nuovi codici triage (si/no)	Note (si rileva dalla presenza sui flussi della presenza dei codici azzurro e arancione).** <u>Nella presente colonna il totale degli accessi e da intendersi come la somma di quelli ancora codificati gialli e di quelli codificati arancioni e azzurro.</u>	Recepimento Bed Management	NOTE
Abruzzo	si	si	DGR n. 369/2022 di adozione delle linee di indirizzo regionale per la gestione del sovraffollamento (Siveas 98/2022) Protocollo Siveas n. 24 del 08/05/2023	si	si rilevano 7.790 accessi in obi su 302.254 accessi totali	no	non si rilevano accessi arancioni e azzurri	SI	
Piemonte	si	si	LEA PIEMONTE-010-12/05/2023-0000019-A	si	si rilevano 2500 accessi in obi su	si	si rilevano un totale di 197.013 accessi di cui 197.013 arancioni/azzurri	NO	

EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

			DGR n. 7-3088/2021 Linee di indirizzo per gestione sovrappollamento e boarding in PS; (Siveas 19/2023)		1.189.926 accessi totali		corrispondenti al 100% sul totale dei gialli.		
Lombardia	si	si	DGR XI/2672 del 16.12.2019 sotto capitolo 6.2.3 pag. 87 (Prot. n. 89/23) La Regione specifica che a causa dell'emergenza COVID, gli indirizzi Regionali conseguenti e gli atti collegati sono stati emanati nel corso del 2022.	no		si	si rilevano un totale di 529.841 accessi di cui 95.625 arancioni/azzurri corrispondenti al 18% sul totale dei gialli.	NO	Non viene fornita evidenza sull'istituzione del Bed Management
Basilicata	si	si	DGR n. 916/2021 ha recepito l'Accordo CSR 143/2019 approvando il documento "linee di indirizzo regionali sul triage infermieristico intraospedaliero"; con lo stesso atto è stata, inoltre, modificata una precedente deliberazione in termini di permanenza in OBI, per renderla coerente le nuove disposizioni. (Siveas 20/2021)	si	si rilevano 9.384 accessi in obi su 127.451 accessi totali	no	non si rilevano accessi arancioni e azzurri	SI	
Calabria	no	no	Nel QLEA 2021 non viene fornita evidenza del recepimento Accordo	si	si rilevano 5.296 accessi in obi su 345.917 accessi totali	si	si rilevano un totale di 153.895 accessi di cui 77.648 arancioni/azzurri corrispondenti al 50,5% sul totale dei gialli.	NO	
Emilia Romagna	si	si	DGR n.1827/2017 ratificate le Linee di indirizzo nazionali sullo sviluppo del Piano di gestione del sovrappollamento in Pronto Soccorso; DGR n.1129/2019 piano generale di miglioramento della rete di emergenza urgenza che definisce, tra l'altro, la gestione dell'OBI; DGR n.1230/2021 ratificate le Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero	si	si rilevano 87.086 accessi in obi su 1.319.182 accessi totali	si	si rilevano un totale di 339.104 accessi di cui 338.376 arancioni/azzurri corrispondenti al 99,8% sul totale dei gialli.	SI	verificare che i documenti adottati prima della entrata in vigore delle linee di indirizzo ministeriali siano aderenti (overboarding). Sarebbe opportuno che tutti i documenti fossero successivi all'adozione delle linee di indirizzo.
Campania	no	no	Nel QLEA 2021 non viene fornita evidenza del recepimento Accordo	si	si rilevano 13.090 accessi in obi su 851.560 accessi totali	si	si rilevano un totale di 196.017 accessi di cui 30.267 arancioni/azzurri corrispondenti al 15,4% sul totale dei gialli.	NO	
Lazio	si	si	DCA n. 361/2019 Recepimento Accordo; DCA n. 379/2019 Manuale Triage; DCA n. 453/2019 Piano gestione sovrappollamento PS e successiva DGR 15959/2022 di revisione. (Siveas 34/37/2022) LEA_LAZIO-120-08/05/2023-0000034-A; .35; 36; 37;	si	si rilevano 23.552 accessi in obi su 1.400.072 accessi totali	si	si rilevano un totale di 711.938 accessi di cui 711.009 arancioni/azzurri corrispondenti al 99,9% sul totale dei gialli.	SI	

EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Liguria	si	si	Del. Alisa n. 11/2022 Linee di indirizzo regionali gestione sovraffollamento PS (Siveas 26/2023) pro 26 allegato q lea 2021	si	si rilevano 23.718 accessi in obi su 452.892 accessi totali	no	non si rilevano accessi arancioni e azzurri	SI	
Marche	si	si	2917215/29/03/2023RAO GR n. 1457/2019 di recepimento Accordo	si	si rilevano 11.613 accessi in obi su 389.196 accessi totali	si	si rilevano un totale di 161.652 accessi di cui 161.652 arancioni/azzurri corrispondenti al 100% sul totale dei gialli.	SI	
Molise	si	si	LEA_MOLISE-140-05/05/2023-0000010-A Del. Asrem del 10/02/2021 sul Manuale regionale triage. (Siveas 10/2023)	si	si rilevano 642 accessi in obi su 66.613 accessi totali	si	si rilevano un totale di 17.653 accessi di cui 2763 arancioni/azzurri corrispondenti al 15,7% sul totale dei gialli.	NO	
Puglia	si	si	PROT LEA PUGLIA-160-10/05/2023-0000015-A DGR n. 1726/2019 (Siveas 15/2023)	si	si rilevano 5.914 accessi in obi su 834.327 accessi totali	si	si rilevano un totale di 341.426 accessi di cui 341.426 arancioni/azzurri corrispondenti al 100% sul totale dei gialli.	Documento non accessibile	
Sicilia	no	no	prot.n.LEA/11-A del 05.05.2023 D.A. n.1584/2018 "Linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento PS (Siveas 11/2023)	si	si rilevano 23.852 accessi in obi su 1.153.925 accessi totali	si	si rilevano un totale di 398.763 accessi di cui 51.714 arancioni/azzurri corrispondenti al 13% sul totale dei gialli.	NO	
Toscana	no	no	prot siveas 21 2023 DGR n. 974/2017 "Piani aziendali per la gestione del Sovraffollamento in PS; è presente una piattaforma regionale che recepisce i piani aziendali di sovraffollamento che includono la soglia di attivazione dello stesso. DGR n. 806/2017 Modello organizzativo per percorsi omogenei in PS; norma il passaggio dal codice colore al codice numerico per quanto riguarda il triage intraospedaliero e la gestione del paziente in OBI e successivo DD n. 938/2019 di aggiornamento/integrazione	si	si rilevano 62.396 accessi in obi su 1.145.488 accessi totali	si	si rilevano un totale di 608.772 accessi di cui 608.769 arancioni/azzurri corrispondenti al 100% sul totale dei gialli.	NO	la regione dichiara di aver già negli anni precedenti adottato i documenti relativi alle tematiche delle linee di indirizzo
Umbria	si	si	prot 34 del 07/06/2023 DGR n. 803/2022 di recepimento Accordo. DGR n. 445/2023 Programma regionale per la gestione integrata del paziente in PS, ai sensi della DGR n. 803/2022.	no		no	non si rilevano accessi arancioni e azzurri	SI	
Veneto	no	no	La Regione dichiara di non aver formalmente recepito l'accordo	si	si rilevano 98.451 accessi in obi su 1.325.946 accessi totali	si	si rilevano un totale di 301.734 accessi di cui 301.734 arancioni/azzurri corrispondenti al 100% sul totale dei gialli.	NO	

* nota per la Valle D'Aosta si rilevano 1.044 accessi in obi su 38.442 accessi totali

* nota per Bolzano si rilevano 6.747 accessi in obi su 211.731 accessi totali

* nota per il FVG si rilevano 49.242 accessi
in obi su 332.415 accessi totali

**nota per Bolzano si si rilevano un totale di 59.585 accessi di cui 59.585
arancioni//azzurri corrispondenti al 100% sul totale dei gialli.

**nota per Trento si rilevano un totale di 26.976 accessi di cui 23.944
arancioni//azzurri corrispondenti al 88.8% sul totale dei gialli.

A completamento del quadro informativo si riportano, di seguito, talune specifiche misure adottate dalle regioni sottoposte a **Piano di Rientro**.

La struttura commissariale della Regione **Calabria**, al fine di fronteggiare la carenza di medici nei reparti di emergenza ed in particolare nei pronto soccorso, ha provveduto alla contrattualizzazione di medici provenienti da Cuba, attraverso la sottoscrizione di un Accordo quadro di cooperazione con la Commercializadora de Servicios Medicos Cubanos S.A. (CSMC).

La Regione **Lazio**, per contrastare la problematica del sovraffollamento dei PS, ha emanato diverse direttive alle aziende sanitarie per la definizione dei rispettivi piani aziendali e ha attivato una piattaforma regionale ed una Centrale Operativa in carico ad ARES 118, per il monitoraggio del flusso dei ricoveri e la gestione dei posti letto. Ha, inoltre, adottato la DGR n. 153 del 5/05/2023 con cui - nelle more della realizzazione degli interventi per l'assistenza territoriale previsti dal DM n. 77/2022, (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, potenziamento della Telemedicina, etc.) - ha avviato il "Progetto sperimentale e temporaneo per la gestione del sovraffollamento dei pronto soccorso", che prevede un incremento dell'offerta di posti residenziali presso RSA accreditate, fino alla capacità produttiva non coperta da budget, per agevolare le dimissioni dai reparti ospedalieri per acuti. Recentemente, il Progetto è stato esteso, con DGR n. 899 del 14/12/2023, per consentire il tempestivo trasferimento dei pazienti provenienti dai PS degli Ospedali AOU Sant'Andrea, Policlinico Universitario Umberto I, PO S. Pertini, Policlinico Tor Vergata, Ospedale Casilino, Ospedale Vannini, a seguito dell'emergenza derivata dalla temporanea e improvvisa chiusura del PO San Giovanni Evangelista di Tivoli. In occasione della verifica del 24/01/2024, la Regione ha relazionato sull'efficacia del Progetto, rappresentando che l'attività di ricovero nei diversi setting ha raggiunto un indice di occupazione superiore al 90% con un totale di giornate di degenza superiore a 61.000, consentendo un maggiore turnover dai reparti di area medica dei PS a maggiore tempistica di attesa per il ricovero. La Regione **Abruzzo** ha adottato la DGR n. 369/2022 per la gestione del sovraffollamento in pronto soccorso. Di recente ha fornito un aggiornamento sull'attuazione della citata DGR, rappresentando, tra l'altro, che in relazione al fenomeno del boarding, causa primaria del sovraffollamento nei PS, sono state intraprese iniziative mediante l'istituzione di aree di ricovero (holding area) ed è stata rafforzata la funzione di bed management, per l'appropriatezza del patient flow all'interno della rete aziendale, anche con riferimento alla integrazione ospedale - territorio (promozione di dimissioni protette verso strutture intermedie e/o ospedale di comunità).

SCENARI FUTURI

Centri di assistenza e urgenza (CAU) Regione Emilia-Romagna

La Regione Emilia Romagna, per fronteggiare l'affollamento del Pronto Soccorso, ha istituito, in via sperimentale, i Centri di assistenza e urgenza (CAU); si tratta di un **"modello innovativo"** per una presa in carico più veloce dei pazienti **con basse criticità** ideato per rispondere ai bisogni di cura e primo soccorso **direttamente** nei territori. Attivi **24 ore su 24 e 7 giorni su 7**, i centri intercetteranno subito i **bisogni meno urgenti** della popolazione ed eviteranno gli accessi al Pronto Soccorso, dove saranno trattati i casi gravi, **riducendo i tempi d'attesa** e migliorando l'efficacia. Alcuni dei 30 CAU saranno ospitati nelle Case di Comunità; altri saranno frutto della riconversione degli attuali Punti di Primo Intervento e altri saranno allocati in spazi adiacenti al Pronto Soccorso. Presso i CAU è possibile ottenere: - Visita medica - Certificazioni - Trattamento farmacologico al bisogno -

Applicazioni SMART

Altro modello nella gestione dell'emergenza territoriale è l'utilizzo di tecnologie digitali. Liguria, Abruzzo e Trentino usano i propri siti web per aggiornare in tempo reale la situazione relativi alla previsione dei tempi di attesa in Pronto Soccorso. Altre regioni come Lombardia ("Salutile"), Veneto ("ViviVeneto"), Emilia Romagna ("Pronto soccorso Romagna") e Lazio utilizzano app dedicate per monitorare la stessa informazione ed individuare il Pronto Soccorso meno affollato.

In ultimo, si ritiene utile segnalare due iniziative già intraprese dall'Ufficio 3 estremamente attinenti alla tematica dell'Audizione che, seppur non abbiano avuto seguito, necessiterebbero della giusta attenzione data la concreta che utilità che potrebbero avere nella gestione della problematica in esame.

Tavolo di lavoro sulla gestione del sovraffollamento

La prima iniziativa, sulla scorta di un'analisi dei dati di PS condotta con la DG Programmazione Sanitaria, è stata proposta all'ufficio di Gabinetto al fine di istituire di un tavolo di lavoro dedicato alla gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

La proposta è corredata da un documento che approfondisce le cause del sovraffollamento attraverso l'analisi dei dati relativi a:

- Accessi al PS: si evidenzia una flessione nel numero degli accessi relativi al triennio 2020-2022 rispetto al precedente biennio, pur con una lieve ripresa dal 2021; il numero di accessi che esitano in un ricovero presenta un trend in calo a partire dal 2019; in corrispondenza dell'arrivo della pandemia, nel 2020, la quota di accessi esitati in ricovero ha toccato il 16% del totale (dato 2022: 12%).
- Tempi medi di attesa in PS: i tempi di permanenza in PS hanno visto una importante flessione nel 2020 ma hanno raggiunto, nel 2022, livelli pre-pandemia.
 - a. Tra accettazione/triage e apertura visita
 - b. Tra visita e dimissioni del paziente da PS
- Posti letto e tassi di occupazione

Sono inoltre individuate dal documento indicazioni e azioni prioritarie, con un focus sugli ambiti organizzativi, tralasciando interventi sul personale.

La recente introduzione del triage a cinque colori e la non uniforme applicazione sul territorio nazionale rende disomogenee le estrazioni dati sulle composizioni e gli esiti degli accessi nei PPSS in relazione al codice colore; in termini generali, il trend temporale evidenzia una sostanziale stabilità nel tempo dei codici rosso e bianco, intramezzate da percentuali variabili di codici giallo-verde (vecchia codifica) e arancio-azzurro-verde (nuova codifica).

Analisi dei flussi del 118

La seconda proposta riguarda un'attività di analisi dei flussi del 118 finalizzata a comprenderne il funzionamento, le criticità e l'impatto dell'estrema eterogeneità dei Piani di funzionamento regionali.

Nell'ambito dei lavori sul NSG si evidenzia che, per l'area dell'Emergenza e del Pronto Soccorso, si sta lavorando per valorizzare ulteriormente il contenuto informativo del Flusso EMUR- PS in costante miglioramento, studiando nuovi indicatori. In particolare si sta lavorando sui seguenti indicatori:

- Accessi evitabili in PS
- Tempi medi di attesa in PS

CONCLUSIONI

La gestione del Pronto Soccorso richiede interventi su 3 ordini di fattori e sulle relative interfacce:

- a) Fattori in ingresso
- b) Fattori interni
- c) Fattori in uscita

Sui fattori di ingresso, è necessario coinvolgere e responsabilizzare più attivamente le strutture e le funzioni dell'assistenza extra-ospedaliera nella presa in carico e gestione degli accessi inappropriati, in un contesto nazionale in cui gli ospedali, tanto più gli ospedali che attirano una casistica più numerosa e complessa, hanno dovuto ricorrere a soluzioni prevalentemente interne per supportare il PS. In senso ampio, gli accessi evitabili che oggi consideriamo prevalentemente come codici di gravità minore poi dimessi a domicilio, sono anche tutti quegli accessi effettuati da pazienti cronici riacutizzati, che potrebbero giovare dell'implementazione di percorsi assistenziali territoriali che riducano l'incidenza e l'impatto delle acuzie, ovvero tutti quegli accessi effettuati in corrispondenza di un bisogno di salute non corrispondente con i tempi delle liste di attesa e che talora si traduce in una dimissione a struttura ambulatoriale se non in un ricovero. Le attese prolungate per i pazienti destinati a ricovero hanno portato in taluni casi all'istituzione di vere e proprie "boarding area", un tentativo di dare una risposta organizzativa interna agli ospedali alla criticità di un sovraffollamento cronico.

La gestione del posto letto, inteso come la risorsa che sblocca il boarding in PS e consente la presa in carico nei reparti dei pazienti destinati al ricovero, vede l'attenzione sul Bed Management intra e inter-aziendale come strumento di ottimizzazione che si integra con il Case Management per la definizione di percorsi che facilitino anche il turn-over dei letti di degenza. Su questo appare importante da un lato l'organizzazione interna, con le sperimentazioni sulle degenze (sia per la stabilizzazione che per la tempestiva presa in carico da parte degli specialisti del caso) in supporto alle aree boarding e a valle di queste ultime; dall'altro, la valutazione e valorizzazione di esperienze relative all'ottimizzazione delle dimissioni, non solo dal PS, ma dall'ospedale in quanto setting dell'acuzie; in relazione a questo, è anche necessario rafforzare le sinergie tra strutture per acuti e strutture per il post-acuzie/territoriali/residenziali, anche prevedendo delle iniziative sistematiche di monitoraggio e, conseguentemente, valorizzazione a supporto del miglioramento della qualità. Non ultimo, in un'ottica di rete ospedaliera, è necessario istituire un monitoraggio sistematico dei protocolli e delle attività di centralizzazione e di Back Transfer.

Su tutto, si rileva la necessità del potenziamento delle metodologie e delle piattaforme di rilevazione dei dati, al fine di poter effettuare un monitoraggio tempestivo e approfondito dei fenomeni di interesse.

