

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

CAPITOLO PRIMO. SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA SANITARIA... 1

1.2 Accesso in Pronto Soccorso: caratteristiche e criticità	2
1.3 Organizzazione e ruolo dei Pronto Soccorso	5
1.4 Triage infermieristico nella gestione degli accessi	8
1.5 Codice di gravità e principali patologie di accesso	11

CAPITOLO SECONDO. GLI ACCESSI IMPROPRI E IL

SOVRAFFOLLAMENTO..... 15

2.1 Definizione di accesso improprio	15
2.2 Tempi di attesa e gestione del flusso pazienti	18

CAPITOLO 3. L'ASSISTENZA TERRITORIALE23

3.1 L'assistenza territoriale	23
3.2 Riforma dell'assistenza territoriale PNRR/M6	24

CAPITOLO 4. RICERCA..... 27

4.1 Obiettivo	Errore. Il segnalibro non è definito.
4.2 Materiali e metodi	27
4.3 Risultati	28
4.4 Discussione	Errore. Il segnalibro non è definito.
4.5 Conclusioni	36

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 39

ABSTRACT

La letteratura nazionale ed internazionale sottolinea che uno tra i principali problemi in atto nel Pronto Soccorso sia il sovraffollamento (*overcrowding*) delle strutture. Molte sono le indagini eseguite sul fenomeno ed in particolare sulle sue cause. Tra queste la letteratura individua l'utilizzo della Unità di Emergenza da parte dei pazienti da considerarsi "non urgenti" gestibili in maniera più consona sul territorio.

OBIETTIVO: Analizzare tutti gli utenti che hanno avuto accesso in Pronto Soccorso, estrarre quelli che sono stati triagati con codice bianco e verde categorizzandoli, confrontandoli con la letteratura ed indicandone la giusta destinazione alternativa all'ingresso in PS. Infine, sono state indicate possibili soluzioni al fenomeno del sovraffollamento.

MATERIALI E METODO: È stata eseguita una revisione della letteratura (PubMed ed ITJEM) sulla descrizione e le analisi delle cause di accesso improprio in PS; è stato eseguito uno studio retrospettivo di prevalenza di 17 mesi tramite consultazione del database del MCAU dell'ospedale di Fermo. L'analisi è stata eseguita dal 1/04/2022 al 31/08/2023. Tutti gli ingressi pertinenti allo studio (codici verdi e bianchi), sono stati catalogati in accessi propri e impropri, di quest'ultimi è stata fornita una alternativa al PS sul territorio.

RISULTATI: La causa maggiore di sovraffollamento è data dalla presenza di codici minori (accessi nel dipartimento di emergenza in assenza di reali necessità di carattere urgente) come dimostrato in letteratura e confermato dai dati raccolti per il PS di Fermo: su 47.614 accessi 26.757 sono codice verdi e bianchi e di questi il 56,01 % si sarebbe dovuto rivolgere ad altri servizi o strutture.

CONCLUSIONI: il potenziamento del personale nei reparti di PS, l'uso di ambulatori esclusivamente dedicati a codici minori, l'utilizzo di protocolli See&Treat, il pagamento di un ticket sull'accesso improprio ma soprattutto una campagna informativa

e conoscitiva sui servizi offerti dal territorio concorrerebbero ad un possibile miglioramento del sovraffollamento.

Parole chiave: Paziente non urgente, pronto soccorso, studio di prevalenza, sovraffollamento in PS, accesso improprio, codice bianco.

Keywords: Non urgent patient, emergency department, cross sectional-study, overcrowding, low acuity, impropie access.

INTRODUZIONE

Il sistema di emergenza-urgenza sanitaria rappresenta un aspetto chiave all'interno del panorama sanitario, garantendo risposta immediata e cure a coloro che necessitano di assistenza tempestiva. Tuttavia, questo sistema affronta sfide complesse legate agli accessi impropri, che contribuiscono al sovraffollamento dei Pronto Soccorso. Questa tesi si propone di analizzare approfonditamente tale fenomeno nazionale e locale (MCAU di Fermo) e studiare le strategie per la sua gestione attraverso l'ottimizzazione dei servizi territoriali.

Il primo capitolo introduce il contesto della tesi esplorando il funzionamento del sistema di emergenza-urgenza sanitaria. Si esamina l'accesso in pronto soccorso, mettendo in luce le sue caratteristiche e criticità. Il capitolo affronta anche il vitale aspetto del triage infermieristico, classificando i pazienti in base alla gravità della loro condizione clinica.

Nel secondo capitolo, il focus si sposta sugli accessi impropri e sul loro impatto nel sovraffollamento dei pronto soccorso. Il capitolo esamina l'importanza dei tempi di attesa e la gestione del flusso dei pazienti all'interno di esso.

Il terzo capitolo si sofferma sul ruolo determinante dell'assistenza territoriale facendo una panoramica sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

L'elaborato nasce dall'esperienza personale vissuta in ADI a Porto San Giorgio (FM) ed in MCAU di Fermo dalla quale è sorto il dubbio sulla disinformazione del cittadino in verso l'assistenza territoriale.

CAPITOLO I

SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA SANITARIA

1.1 Introduzione e struttura.

Il sistema di emergenza-urgenza sanitaria è il cuore pulsante del supporto medico in situazioni critiche e rappresenta un elemento fondamentale nell'assicurare che pazienti con necessità mediche immediate ricevano le cure necessarie nel momento adeguato. Nel contesto di un ambiente in cui ogni minuto può fare la differenza tra la vita e la morte, il Pronto Soccorso svolge un ruolo cruciale nel fornire una risposta tempestiva e accurata a una vasta gamma di situazioni mediche. Questo capitolo si propone di esplorare in dettaglio le sfaccettature del sistema di emergenza-urgenza sanitaria.¹

Nella prima sezione verrà esaminato l'aspetto critico dell'accesso in Pronto Soccorso, analizzando sia le caratteristiche peculiari che le criticità ad esso legate. Attraverso una valutazione dettagliata dell'afflusso dei pazienti, sia in termini temporali che geografici, si cercherà di comprenderne i trend e le variazioni stagionali. Inoltre, saranno esplorate le patologie più comuni che giustificano un accesso immediato, delineando il profilo dei pazienti che ricorrono alle cure del Pronto Soccorso. Allo stesso modo, si affronteranno le sfide legate ai tempi di attesa e all'eventuale sovraffollamento, mettendo in evidenza come questi aspetti possano influenzare l'efficacia dell'intero sistema di emergenza-urgenza.

Successivamente si approfondirà l'organizzazione e il ruolo fondamentale del Pronto Soccorso all'interno del sistema di emergenza-urgenza. Verrà esaminato il flusso di lavoro, dai primi contatti con il paziente fino alle fasi di diagnosi e trattamento, sottolineando l'importanza della collaborazione interdisciplinare tra medici, infermieri e altri operatori sanitari. Infine ci si soffermerà sui tempi di attesa e sulla gestione del flusso dei pazienti, elementi centrali nell'efficacia e nell'efficienza del sistema di emergenza-urgenza. Si discuteranno le sfide legate alla determinazione dei tempi di attesa ottimali,

¹ Peris, A., & Pini, R. (2013). Emergenza-urgenza.

in considerazione della priorità clinica e delle risorse disponibili. Saranno esplorate le strategie adottate per gestire il flusso dei pazienti in maniera efficiente, prevenendo il sovraffollamento e garantendo l'accesso tempestivo alle cure.

Si getteranno quindi le basi per una comprensione approfondita del sistema di emergenza-urgenza sanitaria, esplorando i suoi elementi costitutivi e le sfide che ne derivano. Gli aspetti esaminati offriranno un quadro completo della complessità di un sistema che richiede un equilibrio tra tempestività, appropriatezza delle cure e ottimizzazione delle risorse.

1.2 Accesso in Pronto Soccorso: caratteristiche e criticità

L'accesso in Pronto Soccorso costituisce un aspetto cruciale nel panorama dell'assistenza sanitaria, rappresentando la porta di ingresso per i pazienti che necessitano di cure immediate. Le sue caratteristiche, in termini di frequenza, orari di afflusso e tipologie di patologie, giocano un ruolo chiave nel determinare l'efficienza e l'efficacia dell'intero sistema di emergenza-urgenza sanitaria.

L'andamento stagionale degli accessi al Pronto Soccorso può variare notevolmente, con picchi durante l'inverno a causa di malattie respiratorie e picchi estivi per traumi o patologie stagionali. Analizzare le variazioni di afflusso durante la settimana e l'orario diurno e notturno è fondamentale per ottimizzare la pianificazione delle risorse umane e tecniche. La valutazione dei tempi di attesa rappresenta un indicatore critico: tempi troppo lunghi possono causare insoddisfazione e ritardi nelle cure, mentre tempi troppo brevi potrebbero indicare una sottoutilizzazione delle risorse.²

Le patologie che giustificano un accesso in Pronto Soccorso variano in termini di gravità e urgenza. Si osservano situazioni che richiedono interventi immediati, come traumi gravi, attacchi cardiaci o ictus, accanto a patologie meno urgenti ma che richiedono comunque una valutazione medica, come febbri senza sintomi gravi. Indirizzare

² Chiarini, G. (2009). Il consenso informato in emergenza-urgenza tra stato di necessità e rifiuto delle cure.

correttamente i pazienti su/verso percorsi di cura adeguati è essenziale per garantire l'appropriatezza dell'assistenza. Il corretto indirizzamento delle diverse tipologie di pazienti verso percorsi di cura adeguati è essenziale per garantire l'appropriatezza dell'assistenza.

Uno dei principali problemi associati all'accesso improprio è l'aumento dei tempi di attesa, che può derivare dal sovraffollamento del Pronto Soccorso. L'arrivo di pazienti con patologie non urgenti può competere con quelli con condizioni gravi, generando ritardi nell'assistenza. Questo fenomeno può innescare un circolo vizioso: tempi di attesa lunghi possono scoraggiare i pazienti dal cercare assistenza primaria e spingere così ad un maggior ricorso al Pronto Soccorso.

In ogni pronto soccorso è sempre presente un'equipe multidisciplinare, ovvero professionisti di diverse specialità, come medici, infermieri, tecnici di radiologia e altri. La stabilizzazione clinica spesso richiede un approccio multidisciplinare, dove i membri del team collaborano per valutare, diagnosticare e trattare il paziente in modo tempestivo ed efficace. La diagnosi tempestiva viene supportata da apparecchiature diagnostiche avanzate come apparecchiature di imaging, apparecchiature per la misurazione dei segni vitali e strumenti di laboratorio. Questi strumenti consentono una diagnosi rapida e accurata, aiutando i medici a prendere decisioni informate sulla gestione delle condizioni dei pazienti.³

A garante dell'adeguatezza e della best practice, vi sono protocolli e procedure standardizzati per la gestione di situazioni comuni o potenzialmente pericolose per la vita. I protocolli e le procedure utilizzati rappresentano una parte essenziale dell'organizzazione e del funzionamento ottimale dell'unità operativa. Le linee guida sono istruzioni dettagliate che definiscono le azioni da intraprendere in diverse situazioni cliniche, basate su evidenze scientifiche, buone pratiche e l'esperienza clinica. L'adozione di protocolli standardizzati assicura che tutti i membri del team sanitario agiscano in modo coerente e uniforme in situazioni cliniche simili, soprattutto in un ambiente come il Pronto Soccorso, dove il tempo è spesso critico e la collaborazione interdisciplinare è

³ Pulvirenti, C., & Longo, T. M. (2010). Responsabilità dell'operatore sanitario nell'emergenza-urgenza. *Il neuroleso grave: Aspetti clinico-assistenziali e organizzativi*, 283-289.

fondamentale. Affidarsi alle linee guida migliora l'efficacia dei trattamenti, poiché le azioni intraprese sono state dimostrate essere le più appropriate per la condizione specifica del paziente. Tutto questo, in situazioni di stress e pressione, aiuta a minimizzare la possibilità di errori in quanto fornisce istruzioni chiare e dettagliate su come procedere.⁴

I Pronto Soccorso sono una componente essenziale del nostro SSN. Il personale medico e infermieristico lavora in stretta collaborazione con le centrali operative del sistema di emergenza-urgenza sanitaria per garantire una risposta rapida ed efficace alle richieste di aiuto e soccorso. Essi sono deputati ad effettuare la stabilizzazione clinica dei pazienti che in questo contesto si riferisce al processo mediante il quale i professionisti sanitari lavorano per gestire e trattare le condizioni mediche urgenti di un paziente al fine di stabilizzare la situazione e prevenire un aggravamento delle condizioni prima che possa essere trasferito a un reparto ospedaliero adeguato o rilasciato se la situazione lo permette. La stabilizzazione clinica è fondamentale poiché i pazienti che arrivano in Pronto Soccorso spesso presentano una vasta gamma di condizioni mediche, alcune delle quali potrebbero mettere a rischio la loro vita o la loro salute in generale. L'obiettivo primario, quindi, è garantire che il paziente riceva le cure e i trattamenti iniziali necessari per stabilizzare le sue condizioni e fornire il supporto immediato richiesto. Per attuare ciò vengono coinvolti diversi aspetti, come ad esempio agire per priorità di intervento.

I pazienti vengono valutati e triagati in base alla gravità delle loro condizioni. Le condizioni potenzialmente letali o urgenti vengono trattate con priorità più alta rispetto a quelli con patologie meno gravi. Questo aiuta a garantire cure immediate. In alcuni casi, la stabilizzazione clinica può richiedere interventi temporanei per garantire che il paziente sia adeguatamente supportato fino a quando non possa essere trasferito in una struttura ospedaliera specializzata. Questo potrebbe includere somministrazione di farmaci, gestione del dolore o altri interventi che migliorano temporaneamente le condizioni del paziente.

⁴ ANDARE, Q. N. Il Pronto Soccorso.

1.3 Organizzazione e ruolo dei Pronto Soccorso

Il sistema di emergenza-urgenza sanitaria è organizzato a livello regionale, con una struttura a rete che integra le diverse strutture e risorse. In primo luogo, vi è il sistema di allarme organizzato in modo da garantire una risposta tempestiva e coordinata. Le centrali operative svolgono un ruolo chiave, ricevono le chiamate di soccorso e coordinando le risorse necessarie connettendosi direttamente con il sistema di soccorso, trasporto e viene organizzato a livello regionale per garantire una risposta efficace alle situazioni di emergenza.

Il sistema territoriale di soccorso è una delle componenti del sistema di emergenza-urgenza sanitaria e svolge un ruolo fondamentale nell'accettazione e nel trattamento delle emergenze e delle urgenze extraospedaliere. Si tratta della prima linea di risposta nelle situazioni che si verificano fuori dagli ospedali. Quando si verifica un'emergenza, come un incidente stradale, un attacco cardiaco o un trauma, il sistema territoriale di soccorso viene attivato per intervenire rapidamente e fornire assistenza medica immediata. Questo intervento è vitale, poiché le prime fasi dopo un'incidente o una condizione critica sono spesso decisive per il successo delle cure.⁵

Questo servizio è strettamente coordinato con il Pronto Soccorso ospedaliero poiché quando i soccorritori stabilizzano un paziente sul luogo dell'evento, possono decidere se trasferirlo direttamente al Pronto Soccorso o, in base alla gravità delle condizioni, ad altre strutture ospedaliere specializzate. Questa coordinazione consente un flusso ottimale di pazienti tra l'assistenza sul campo e l'assistenza ospedaliera, assicurando che i pazienti vengano indirizzati al percorso di cura più appropriato.

Gli operatori di soccorso territoriali sono altamente addestrati per affrontare situazioni di emergenza e possono praticare manovre di rianimazione, somministrare farmaci di emergenza, stabilizzare pazienti critici e garantire un trasporto sicuro. La loro competenza è fondamentale per garantire che le cure iniziali siano efficaci e che i pazienti ricevano il supporto adeguato fin dall'inizio.

⁵ BONUCCELLI, C. (2022). La Gestione Operativa nel percorso di emergenza-urgenza. L'applicazione di strumenti di Visual Management.

La Rete di Emergenza Territoriale (RET) si integra con la Rete di Emergenza Sanitaria 118 (RES) per garantire una risposta efficace alle emergenze.

La Rete di Emergenza Territoriale (RET) è composta da una serie di componenti interconnesse, tra cui ambulanze, servizi di emergenza medica, soccorritori, medici di medicina generale (MMG), infermieri e altre figure professionali coinvolte nell'assistenza medica. Queste risorse sono distribuite su un'area geografica specifica e sono organizzate in modo da garantire una risposta rapida e adeguata alle emergenze e alle urgenze in diverse località. L'obiettivo principale della RET è di fornire cure mediche immediate e appropriate ai pazienti che si trovano in situazioni di emergenza al di fuori degli ospedali. Questo può includere incidenti stradali, arresti cardiaci, traumi, malori improvvisi e altre condizioni che richiedono interventi immediati. La RET si impegna a stabilizzare clinicamente i pazienti, fornire trattamenti di base, somministrare farmaci di emergenza e, se necessario, trasferire i pazienti in strutture ospedaliere specializzate.⁶

Un aspetto importante della RET è il coordinamento e la collaborazione tra tutte le risorse coinvolte. Gli operatori delle ambulanze e dei servizi di emergenza medica lavorano in stretta sinergia con i MMG, i medici ospedalieri e altri professionisti sanitari. Ciò consente una condivisione delle informazioni, una pianificazione accurata delle risorse e una risposta integrata alle emergenze. Il coordinamento è particolarmente importante quando i pazienti devono essere trasferiti da luoghi remoti a strutture ospedaliere, assicurando un flusso continuo di cure. L'organizzazione extraospedaliera fa ampio uso delle tecnologie per migliorare la comunicazione e la gestione delle risorse. I sistemi di comunicazione avanzati consentono di inviare richieste di assistenza, condividere informazioni sui pazienti e coordinare le attività in tempo reale, contribuendo a una risposta più rapida ed efficiente, assicurando che le risorse appropriate siano inviate alle situazioni che ne hanno più bisogno.

Gli operatori territoriali sono altamente addestrati per gestire una vasta gamma di situazioni di emergenza e urgenza. La formazione continua e l'aggiornamento sulle procedure e le migliori pratiche sono essenziali per garantire che tutti gli operatori siano pronti a rispondere in modo efficace e sicuro alle situazioni critiche. La RET è composta

⁶ Peris, A., & Pini, R. (2013). Emergenza-urgenza.

da numerose postazioni di ambulanze ed automediche, diffuse sul territorio di competenza il suo personale è formato da medici, infermieri e tecnici-sanitari, compresi i soccorritori volontari.

La Rete di Emergenza Sanitaria 118 (RES) invece è un sistema integrato di risposta alle emergenze mediche che opera in molte regioni e paesi. Il numero "118" è spesso il numero di emergenza da chiamare per richiedere assistenza medica in situazioni di crisi. Questo sistema è progettato per fornire una risposta rapida, coordinata e specializzata alle chiamate di emergenza sanitarie.

Essa coinvolge una serie di risorse e professionisti sanitari, tra cui ambulanze, personale medico, infermieri, tecnici di emergenza medica e altri operatori specializzati. Queste risorse sono distribuite su un'area geografica specifica, spesso organizzata in centri di coordinamento regionali o locali. Quando una persona chiama il numero di emergenza 118, l'operatore di risposta raccoglie le informazioni sulla situazione e attiva le risorse adeguate per rispondere alla chiamata. L'obiettivo è quello di fornire assistenza medica immediata e appropriata in situazioni di emergenza e urgenza e lavora per stabilizzare i pazienti, fornire cure di base, somministrare farmaci di emergenza e, se necessario, trasferire i pazienti a strutture ospedaliere specializzate.

La tecnologia gioca un ruolo chiave in quanto i centri di coordinamento utilizzano sistemi di comunicazione avanzati per ricevere chiamate di emergenza, monitorare le risorse, inviare ambulanze e aggiornare lo stato dei pazienti. Ciò consente una risposta più rapida ed efficiente e garantisce che le informazioni vengano condivise tra tutti gli operatori coinvolti. Le due reti sono integrate anche attraverso convenzioni attuative, che definiscono le modalità di collaborazione tra la RET e la RES, attraverso la definizione di protocolli operativi comuni, la formazione del personale e la definizione delle modalità di trasporto dei pazienti.

I Pronto Soccorso sono organizzati in modo da poter rispondere tempestivamente a una vasta gamma di situazioni mediche urgenti. Essi operano 24 ore su 24, 7 giorni su 7, garantendo una disponibilità costante di cure per pazienti con condizioni acute. Il ruolo principale dei Pronto Soccorso è fornire una risposta immediata e adeguata alle emergenze mediche. I professionisti sanitari sono addestrati per valutare rapidamente le condizioni del paziente, stabilizzarle se necessario e intraprendere i primi trattamenti.

Questi trattamenti possono variare da somministrazione di farmaci, interventi chirurgici minori, procedure diagnostiche immediate e gestione delle vie aeree. Questa unità operativa svolge un ruolo vitale nel prevenire il deterioramento delle condizioni del paziente prima che possa ricevere cure specialistiche in un reparto ospedaliero dedicato. L'unità operativa di pronto soccorso fa parte del Dipartimento di Emergenza Urgenza e accettazione (DEA). Abbiamo DEA di primo (ospedali spoke) e DEA di secondo livello (ospedali hub). La struttura ospedaliera sede del DEA di I livello garantisce le funzioni di accettazione in emergenza-urgenza con le funzioni di osservazione, degenza breve e rianimazione garantendo, al contempo, interventi diagnostico- terapeutici di medicina generale, prestazioni di laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche, diagnostica per immagini, laboratorio trasfusionale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC. L'ospedale sede di DEA di II livello, in aggiunta alle prestazioni del DEA di I livello, garantisce cardiocirurgia, neurochirurgia, terapia intensiva neonatale, chirurgia vascolare e toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale.⁷

1.4 Triage infermieristico nella gestione degli accessi

Il triage è un processo di valutazione sistematica utilizzato nei servizi medici di emergenza, come i Pronto Soccorso ospedalieri o i servizi di emergenza pre-ospedaliera, per stabilire la priorità di cura in base alla gravità delle condizioni del paziente. Questo processo è vitale per garantire che i pazienti ricevano cure appropriate e tempestive, soprattutto quando le risorse possono essere limitate o quando è necessario gestire un grande afflusso di pazienti.

Il termine "trriage" ha origini militari e deriva dal francese antico "trier", che significa "selezionare" o "separare". L'uso iniziale del termine è stato nella sfera militare, dove è stato adottato per la prima volta durante le guerre napoleoniche nel XVIII secolo. In

⁷ Sistema di Emergenza Urgenza, Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 Ministero della Salute n.1/1996 [Internet], 17 maggio 1996 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022] (Italia). Disponibile all'indirizzo: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-05-17&atto.codiceRedazionale=096°2986&elenco30giorni=false

questo contesto, il triage si riferiva alla pratica di selezionare e separare i soldati feriti in base alla gravità delle loro ferite, al fine di assegnarli alle cure mediche appropriate in modo efficace e tempestivo. Pertanto, il sistema di triage è stato sviluppato per garantire che i feriti più gravi fossero curati per primi, poiché le loro condizioni richiedevano interventi immediati per massimizzare le possibilità di sopravvivenza. Con il passare del tempo questa intuizione di selezionare e assegnare priorità in base alla gravità si è successivamente estesa anche al contesto civile, come nei Pronto Soccorso ospedalieri. Il termine "trriage" è diventato così parte integrante del linguaggio medico ed è ora ampiamente utilizzato per descrivere il processo di valutazione e assegnazione delle priorità nei servizi medici di emergenza per garantire che le risorse siano allocate in modo efficace e che i pazienti ricevano cure appropriate in base alla gravità delle loro condizioni.

Lo scopo del Triage identificare rapidamente i pazienti che richiedono cure immediate e urgenti da quelli il cui stato clinico è meno critico. Questa valutazione si basa su sintomi, segni vitali, gravità della condizione e altre informazioni pertinenti. Una volta triagiati, i pazienti vengono assegnati a categorie di priorità, che possono variare da sistema a sistema, ma spesso includono categorie come "emergenza", "urgenza", "non urgente" e "trasferimento programmato".⁸

Il processo di triage offre diversi vantaggi sia per i pazienti che per i fornitori di assistenza medica, in quanto consente ai pazienti più critici di ricevere cure immediatamente, indipendentemente dall'ordine di arrivo, e questo è fondamentale per salvare vite umane e prevenire il peggioramento delle condizioni. Come già anticipato precedentemente, i pronto soccorso sono luoghi estremamente affollati e in queste situazioni le risorse limitate possono essere fonte di situazioni rischiose per la vita di pazienti. In questo modo il triage aiuta a assegnare le risorse in modo efficiente, indirizzandole verso chi ne ha più bisogno, garantendo una maggiore tempestività di risposta alle cure ai pazienti con condizioni gravi, mentre quelli con problemi meno urgenti attenderanno un trattamento

⁸ Mussi, C., Pinelli, G., & Annoni, G. (2008). L'anziano e il Pronto Soccorso: il Triage. *G Gerontol*, 56, 109-17.

senza mettere a rischio la loro salute, minimizzando il tempo di attesa e riducendo il disagio.

Il triage contribuisce all'efficienza complessiva del sistema di assistenza medica, consentendo ai medici di concentrarsi sulle emergenze, riducendo il sovraffollamento e ottimizzando l'utilizzo delle risorse. Il sovraffollamento può portare a ritardi nei tempi di attesa, all'insoddisfazione dei pazienti e alla diminuzione della qualità delle cure. Il ruolo del triage infermieristico consiste nell'identificare rapidamente i pazienti con condizioni gravi che richiedono cure immediate, che verranno trattati prioritariamente, evitando che il loro stato peggiori mentre attendono. Di conseguenza, si previene l'accumulo eccessivo di pazienti nel Pronto Soccorso, consentendo una gestione più efficace delle risorse.⁹

Oltre a identificare i pazienti che necessitano di cure immediate, il triage infermieristico valuta anche la gravità delle condizioni dei pazienti in attesa. Ciò consente di assegnare le risorse in modo proporzionale alle necessità dei pazienti. I pazienti con condizioni meno gravi possono essere indirizzati verso altri settori di assistenza, come servizi ambulatoriali o medici di medicina generale. Questo aiuta a liberare spazio e risorse per coloro che necessitano di cure più urgenti. Gli ospedali e i Pronto Soccorso spesso hanno risorse limitate, tra cui personale medico, letti e attrezzature, per questo il triage consente di indirizzare queste risorse verso i pazienti che ne hanno più bisogno, trattando condizioni meno gravi in altri settori. In questo modo si previene l'occupazione inutile di risorse che potrebbero essere meglio utilizzate per trattare situazioni critiche.

Un aspetto da tenere in considerazione è la comunicazione che intercorre tra gli infermieri di triage e il personale medico, in quanto essa consente di pianificare le risorse in base alle priorità stabilite. Ad esempio, se un paziente viene identificato come un caso di emergenza, il personale medico può essere prontamente informato per iniziare a preparare le attrezzature e il personale necessario per il trattamento.¹⁰

9 Porro, F., Bergonti, C., Serafini, S., & Ghilardi, G. Il triage dei pazienti con manifestazioni acute da ipersensibilità in Pronto Soccorso: l'esperienza di un anno.

10 LA CONFERENZA PERMANENTE, P. I. R., & STATO, T. (2001). Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria".

Una comunicazione efficace è in grado di garantire che tutti i membri del team medico siano a conoscenza delle condizioni e delle necessità del paziente. Ciò consente una gestione integrata delle cure, in cui ogni membro del team sa quale ruolo svolgere nel trattamento del paziente, evitando confusioni, duplicazioni di sforzi e garantisce un'assistenza coerente e di alta qualità.

In molti casi, i pazienti triagiati possono richiedere cure specialistiche o addirittura il trasferimento a reparti o ospedali specializzati. Ecco che ancora una volta, la comunicazione tra gli infermieri di triage e gli specialisti risulta essenziale per coordinare questi trasferimenti in modo efficace e garantire che il paziente riceva le cure necessarie senza ritardi. La collaborazione tra gli infermieri di triage e il personale medico consente anche di prendere decisioni condivise sulla priorità delle cure, evitando che una singola persona debba prendere decisioni cruciali in isolamento, migliorando la qualità delle scelte fatte per il paziente.

1.5 Codice di gravità e principali patologie di accesso

Come abbiamo ampiamente discusso in precedenza, all'interno dei servizi di emergenza e urgenza sanitaria, la gestione efficace dei pazienti è di fondamentale importanza per garantire che le cure siano assegnate in modo tempestivo ed efficiente. Uno degli strumenti utilizzati per affrontare questa sfida è la suddivisione dei pazienti in base al codice di gravità. Questo processo implica la categorizzazione dei pazienti in diverse categorie di priorità, consentendo al personale medico e infermieristico di assegnare le risorse in modo proporzionale alle necessità cliniche dei pazienti.

Dal 2019, il Ministero della Salute ha aggiornato le linee di indirizzo sul triage ospedaliero, introducendo una nuova codifica a cinque codici colore a cui corrisponde un codice numerico. Rosso (codice numerico 1) indica un'emergenza in cui i pazienti presentano condizioni potenzialmente letali o che richiedono cure immediate e interventi salvavita. Arancione (codice numerico 2) indica un'urgenza. Sono soggetti che richiedono cure urgenti, ma non immediate, con tempo di attesa entro i 15 minuti in quanto la condizione clinica potrebbe mettere a rischio la vita se non trattate tempestivamente. Azzurro (codice numerico 3) indica invece un'urgenza differibile, con 60 minuti di tempo massimo per la presa in carico. Sono situazioni in cui le condizioni richiedono cure, ma

il trattamento può essere ritardato senza mettere a rischio la vita. Verde (codice numerico 4) indica un accesso di urgenza minore, trattabile entro 120 minuti. Bianco (codice numerico 5) indicatore di un accesso non urgente e che non richiede cure immediate in cui paziente può aspettare fino a 240 minuti. (vedi Tabella 1).

L'introduzione del codice azzurro ha permesso di migliorare la gestione dei pazienti con urgenza differibile, che non necessitano di un intervento immediato ma richiedono comunque un'attenzione particolare.¹¹

Tabella 1 – Linee di indirizzo nazionali sull'utilizzo del triage intraospedaliero (tratto da Ministero della Salute, 2019)

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

La Regione Marche applica le linee di indirizzo con DGR n. 1457 del 25 novembre 2019.¹²

11 Salute Emilia-Romagna 2021

12 Delibera giunta regionale 1457

Il triage è un processo importante per garantire l'equità delle cure al pronto soccorso. I codici colore aiutano a garantire che i pazienti più gravi ricevano le cure di cui hanno bisogno prima dei pazienti meno gravi, identificando situazioni di fragilità come maltrattamenti e abusi su minori e donne, o disturbi della sfera psichica. In questi casi, l'infermiere può attivare percorsi di sostegno e agevolare la presa in carico in ambito sanitario, assistenziale e sociale. I codici colore sono uno strumento prezioso per classificare i pazienti in base alla loro gravità e priorità, al fine di garantire che ricevano le cure appropriate in tempi rapidi.

Questo sistema a 5 categorie in base alla gravità e alla condizione clinica è riconosciuto come "Gold standard" internazionale ed è capace di creare percorsi che tengano in considerazione la complessità clinica, l'intensità assistenziale e le risorse impiegate, individuando 3 diversi flussi di post triage (alta, media e bassa complessità). In questo modo, i pazienti possono essere indirizzati verso il percorso più appropriato in base alle loro esigenze cliniche, riducendo i tempi di attesa e migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria. un aspetto da tenere sempre in considerazione è la rivalutazione del codice colore che rappresenta un componente essenziale del processo di triage basato sul codice di gravità. Mentre al paziente viene inizialmente assegnato a una categoria di priorità, è fondamentale rivalutare regolarmente le sue condizioni per adattarsi ai cambiamenti nello stato clinico.

Le condizioni dei pazienti possono evolvere rapidamente, quindi la rivalutazione periodica garantisce che ricevano cure appropriate in base alla loro attuale gravità. La frequenza delle rivalutazioni può variare a seconda della gravità iniziale del paziente e del contesto medico. I soggetti con codici di gravità più elevati potrebbero essere rivalutati più frequentemente rispetto a quelli con codici di gravità più bassi. In alcuni casi, la rivalutazione potrebbe essere continua, soprattutto per pazienti in condizioni critiche. Questo approccio consente al personale sanitario di adattare le cure in base alle necessità in evoluzione del paziente. Se un paziente inizialmente assegnato al codice di gravità "arancione" mostra segni di peggioramento, potrebbe essere necessario aumentare

la priorità delle cure. Allo stesso modo, pazienti inizialmente assegnati a codici di gravità più alti potrebbero essere ridimensionati se le loro condizioni migliorano.¹³

La suddivisione per codice di gravità è strettamente collegata alle principali patologie di accesso ai servizi di emergenza. Esse rappresentano le condizioni cliniche più comuni e urgenti che portano i pazienti a cercare assistenza. La loro conoscenza è in grado di guidare il personale nella valutazione e nell'assegnazione delle priorità di cura. Ad esempio, pazienti con sintomi di un attacco di cuore o di un ictus richiedono cure immediate e sono assegnati a codici di gravità elevati. Questa connessione tra la suddivisione per codice di gravità e le principali patologie è essenziale per garantire che i pazienti ricevano cure appropriate in base alla loro gravità clinica. Le principali patologie che portano i pazienti a cercare assistenza presso i servizi di emergenza sono spesso legate a condizioni urgenti e critiche, e possono includere attacchi di cuore, ictus, traumi gravi, arresti cardiaci, emorragie importanti, problemi respiratori acuti, insufficienza renale, gravi infezioni e altro ancora.

La conoscenza delle principali patologie di accesso è quindi essenziale per formare il personale medico e infermieristico ad affrontare efficacemente queste situazioni, fornendo cure adeguate in modo tempestivo. La suddivisione per codice di gravità e la conoscenza delle principali patologie di accesso aiutano anche a gestire le risorse in modo appropriato. Aiutano alla pianificazione e alla formazione del personale. Gli operatori medici e infermieristici devono essere addestrati per affrontare una vasta gamma di situazioni di emergenza e urgenza, garantendo che siano pronti a rispondere in modo efficace e appropriato a ogni tipo di paziente.¹⁴

13 Ruocco, R. (2001). La gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari: l'emergenza/urgenza.

14 Sambucco, B. (2022). *Analisi del sovraffollamento del pronto soccorso della regione Liguria con particolare riferimento a un'area metropolitana genovese e proposte migliorative.*

CAPITOLO 2

GLI ACCESSI IMPROPRI E IL SOVRAFFOLLAMENTO

La crescente pressione sui servizi di emergenza e urgenza ha portato alla necessità di comprendere e affrontare il fenomeno degli accessi impropri, ossia l'afflusso di pazienti con condizioni non urgenti che potrebbero essere trattati altrove. Questa problematica è strettamente collegata al sovraffollamento, che può influenzare negativamente la qualità dell'assistenza e la tempestività dei trattamenti. L'attenzione verrà posta sul problema dei tempi di attesa e della gestione del flusso pazienti nel pronto soccorso. Tempi di attesa prolungati possono derivare dal sovraffollamento e dall'afflusso di pazienti non urgenti. Si analizzerà come i tempi di attesa influenzino l'esperienza dei pazienti e la qualità delle cure.

2.1 Definizione di accesso improprio

Un problema significativo che colpisce molte strutture ospedaliere italiane è la situazione di sovraffollamento nel reparto di pronto soccorso, il quale si verifica quando la richiesta di assistenza supera la capacità di fornire cure di alta qualità in un intervallo di tempo ragionevole.¹⁵ Secondo il DPR del 27 marzo 1992, il pronto soccorso è definito come la parte specifica dell'ospedale responsabile di fornire diagnosi e trattamenti ai pazienti che giungono in ospedale in situazioni di emergenza o urgenza.¹⁶ Nonostante questa definizione chiara, nel corso degli anni il pronto soccorso ha registrato un incremento costante di pazienti che vi accedono, nonostante le loro necessità non siano urgenti né emergenziali, e che dovrebbero invece usufruire dei servizi disponibili sul territorio, compresi sia i medici di medicina generale che le visite specialistiche ambulatoriali. Un considerevole numero di utenti che si rivolgono impropriamente al pronto soccorso sono

15 Derlet, R. W., Richards, J. R., & Kravitz, R. L. (2001). *Frequent overcrowding in US emergency departments*. *Academic Emergency Medicine*, 8(2), 151-155.

16 Baldantoni, E. (2007). *Gli indicatori del progetto PATH per la valutazione della performance degli ospedali: luci ed ombre*. SALUTE E SOCIETÀ, (2007/3).

affetti da malattie croniche non adeguatamente gestite e non fanno riferimento al loro medico di medicina generale.¹⁷

L'accesso improprio si verifica quando pazienti si rivolgono a queste strutture per cure mediche che non richiedono trattamento immediato o che potrebbero essere gestite efficacemente in altre sedi sanitarie, come ambulatori medici, medici di famiglia o servizi ambulatoriali. Questo fenomeno contribuisce al sovraffollamento dei pronto soccorso, rallenta i tempi di attesa per i pazienti che necessitano di cure urgenti e comporta una gestione inefficace delle risorse sanitarie. Questo scenario che caratterizza l'area del PS peggiorandone la performance impone strategie differenziate di gestione della casistica volte a ridurre tempi di attesa e di processo per i codici di minore priorità. Il fenomeno della forte prevalenza dei "codici minori" è sempre più evidente, registrando alte percentuali alte per codici Verdi e Bianchi, e con percentuali ancora più alte se si prendono in esame i PS Pediatrici. In questi in particolare, oltre alle problematiche di carattere sanitario, deve essere considerato il difficile tema della gestione della famiglia, molti accessi infatti, riguardano casi senza carattere di urgenza ma che tali vengono percepiti dalle famiglie.

L'aumento del carico di lavoro per il personale sanitario aumenta il rischio di errori medici, tra cui diagnosi errate o trattamenti inadeguati e la conseguente pressione e stress correlati possono compromettere la capacità del personale di prendere decisioni accurate. L'alto numero di pazienti rallenta l'erogazione delle cure causando ritardi nell'accesso a esami diagnostici, terapie farmacologiche e procedure chirurgiche necessarie. A causa della necessità di affrontare rapidamente nuovi pazienti, può mancare il tempo per effettuare un'adeguata anamnesi e valutazione clinica limitando la comprensione completa delle condizioni del paziente e la possibilità di fornire cure personalizzate.

Il sovraffollamento comporta a tempi di attesa più lunghi per tutti i pazienti, soprattutto per quelli con patologie gravi. I pazienti che necessitano di cure immediate potrebbero dover attendere a causa della priorità data a coloro che hanno meno urgenza, mettendo a rischio la loro salute e sicurezza. Se il paziente deve aspettare troppo a lungo per ricevere

¹⁷ Lupo R. *L'accesso improprio in pronto soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale.* in "Italian Journal of Emergency Medicine" SIMEU, (a.2018)

cure mediche, la sua salute potrebbe peggiorare, aumentando il rischio esiti negativi, oltre a rendere necessari trattamenti più invasivi e costosi. Questo fenomeno comporta una serie di problemi che influenzano negativamente la qualità dell'assistenza e la tempestività dei trattamenti. Lo stress derivato porta a errori medici, ritardi nelle cure, mancanza di privacy e ridotta continuità assistenziale. L'effetto combinato di questi fattori può mettere a rischio la sicurezza e la salute dei pazienti e sottolinea l'importanza di affrontare il problema del sovraffollamento nei sistemi di assistenza sanitaria.¹⁸

Le possibili cause di questo avvenimento possono essere attribuite a una mancanza di consapevolezza riguardo alle alternative ai pronto soccorso per il trattamento di condizioni non urgenti. Alcuni di loro credono erroneamente che il pronto soccorso offra cure più rapide rispetto ad altre strutture e inoltre l'accesso a medici di medicina generale o ambulatori a volte richiede lunghe liste d'attesa e orari poco flessibili. A causa di paura e ansia la scelta di recarsi in pronto soccorso risulta erroneamente la scelta migliore, quando le condizioni da trattare non sono urgenti. Un aspetto da considerare è la mancanza, in questo caso, della continuità assistenziale in quanto i professionisti operanti non conoscono meglio il loro quadro clinico. L'alto afflusso di pazienti con condizioni non urgenti o non emergenti nei pronto soccorso porta all'allocazione inefficace delle risorse sanitarie. I pronto soccorso sono progettati per gestire situazioni di emergenza e urgenza, e quindi dovrebbero essere utilizzati prioritariamente per queste situazioni. L'erogazione di cure non urgenti in questo contesto impiega tempo e risorse che potrebbero essere meglio impiegati per pazienti con condizioni più gravi e complesse, inoltre quest'ultima è spesso più costosa rispetto ad altre strutture sanitarie alternative, come ambulatori medici o servizi di cure primarie, in quanto i primi devono essere attrezzati per gestire una vasta gamma di situazioni di emergenza, il che richiede investimenti significativi in apparecchiature e dispositivi medici avanzati. Inoltre, i pronto soccorso sono aperti 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, e anche questo comporta costi operativi maggiori rispetto ad altre strutture che operano in orari più limitati.

18 Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008). *Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions*. *Annals of emergency medicine*, 52(2), 126-136.

2.2 Tempi di attesa e gestione del flusso pazienti

I tempi di attesa troppo lunghi nei pronto soccorso possono avere conseguenze negative anche per il personale sanitario essendo sottoposto a stress eccessivo a causa della pressione costante per fornire cure tempestive ed efficaci per un numero di pazienti troppo elevato. Come conseguenza vi è un aumento del carico di lavoro e quindi una scarsa qualità di cure garantita, in quanto viene meno l'attenzione e la precisione nell'assistenza. Un aspetto da tenere in considerazione è la salute mentale di chi lavora in questo tipo di ambiente, la quale si ripercuote sull'assistenza fornita. Il personale del pronto soccorso è spesso coinvolto in situazioni emotivamente intense e stressanti, come trattare pazienti gravemente feriti o malati. Queste situazioni possono richiedere una forte presenza emotiva e un coinvolgimento intenso, portando a un accumulo di stress psicologico. La responsabilità e la pressione per il tempo ridotto nel prendere decisioni corrette causa stress, ansia e frustrazione impattando non solo sul benessere fisico e mentale ma influenzando anche la capacità assistenziale e l'erogazione delle cure.¹⁹

Questo fenomeno è riconosciuto come “burnout”, ovvero è una sindrome caratterizzata da un senso di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale. Le cause, come detto in precedenza sono riconducibili alla natura stessa del lavoro in pronto soccorso. I professionisti che lavorano in questo ambiente sono infatti esposti costantemente a stress cronico dovuto a molteplici fattori, come turni di lavoro lunghi e irregolari, responsabilità con decisioni difficili e importanti, mancanza molto spesso di risorse a supporto delle loro funzioni da parte dell'organizzazione. Tutto questo incide, e non poco sia sulla salute dello stesso professionista ma anche sulla qualità delle cure erogata. Vi è un peggioramento delle prestazioni lavorative, un aumento degli errori e ciò che ne deriva è una scarsa assistenza al paziente che vive l'esperienza del pronto soccorso in maniera del tutto negativa.

Le lunghe attese nei pronto soccorso possono causare disagio sia ai pazienti che ai loro familiari. L'ansia legata alla malattia si accentua quando i pazienti devono aspettare a

¹⁹ Sun, B. C., Hsia, R. Y., Weiss, R. E., Zingmond, D., Liang, L. J., Han, W., ... & Asch, S. M. (2013). *Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients*. *Annals of emergency medicine*, 61(6), 605-611.

lungo per le cure necessarie influenzando negativamente la soddisfazione dei pazienti riguardo ai servizi sanitari, poiché la percezione di essere trascurati può influire sulla loro valutazione dell'esperienza complessiva. I pazienti spesso si trovano in ambienti poco confortevoli, come sale d'attesa affollate e rumorose, il che può peggiorare la loro condizione e aumentare il disagio. Le attese prolungate possono anche avere conseguenze più gravi, poiché le condizioni dei pazienti, specialmente quelli con patologie acute, possono peggiorare, richiedendo quindi cure più invasive e costose. Inoltre, il prolungarsi delle attese può comportare il mancato controllo di situazioni di crisi o ritardi nell'accesso a cure specializzate, compromettendo la salute generale dei pazienti.

I lunghi tempi di attesa possono provocare ritardi nella diagnosi e nel trattamento, specialmente per pazienti con patologie gravi aumentando il rischio di complicazioni e il peggioramento delle condizioni. Inoltre, la limitata interazione tra medico e paziente a causa dell'affollamento può impedire discussioni dettagliate sulla salute, compromettendo la personalizzazione delle cure. La mancanza di un'adeguata anamnesi e valutazione può ridurre la continuità assistenziale, influenzando negativamente il piano terapeutico.²⁰

Al giorno d'oggi, l'accesso ai pronto soccorso è disciplinato da criteri di priorità che effettivamente influenzano i tempi di attesa. Questi criteri considerano non solo le questioni strettamente cliniche, ma anche fattori che riguardano individui considerati più vulnerabili, come gli anziani, le persone con disabilità e i bambini. Questo può talvolta interferire con le valutazioni basate esclusivamente sulla gravità delle condizioni mediche. Nel corso dell'iniziale processo di diagnosi e cura, si identifica l'ambito di trattamento più appropriato in base alle caratteristiche clinico-assistenziali del paziente e alla quantità di risorse necessarie. In effetti, molti dei percorsi clinico-assistenziali possono essere categorizzati in tre linee di azione che diventano progressivamente più complesse. In aggiunta a queste, si sviluppano anche percorsi specifici pensati per pazienti con esigenze particolari.

Un aspetto cruciale nell'ottimizzazione dell'efficienza del pronto soccorso consiste nell'assicurare una gestione operativa continua delle linee di attività, in modo da poter

20 Johnson, K. D., & Winkelman, C. (2011). *The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review*. *Advanced emergency nursing journal*, 33(1), 39-54.

redistribuire in maniera flessibile le risorse professionali e le postazioni disponibili in risposta alla variazione della domanda. Questo processo è fondamentale per poter garantire che le risorse siano adeguatamente assegnate in base alle esigenze dei pazienti, secondo criteri decisionali predefiniti. All'interno di ciascun Pronto Soccorso, si individuano tre distinti percorsi di attività: uno ad alta complessità, uno a complessità intermedia e uno a bassa complessità. Quest'ultimo è suddiviso ulteriormente in sottocategorie come "Codici Minori," "See & Treat" e "Fast track," ciascuna con responsabilità di gestione ben definite.²¹

La gestione delle risorse sanitarie, come l'efficienza dei servizi di radiologia, laboratorio e specialisti, influenza in maniera significativa la fluidità dei percorsi interni del Pronto Soccorso. Parallelamente, l'uscita dei pazienti è condizionata dalla disponibilità di posti letto ospedalieri e dalle capacità delle strutture di assistenza intermedie e territoriali. In questo contesto, la performance complessiva del pronto soccorso è direttamente connessa alla coesione dei processi organizzativi interni dell'ospedale e alla loro sinergia con i servizi territoriali. Un elemento chiave dell'efficace funzionamento del pronto soccorso è la presenza costante di personale infermieristico dedicato al ruolo di triage, operante ininterrottamente 24 ore al giorno, 7 giorni su 7. Questo ruolo è fondamentale per l'identificazione immediata delle priorità dei pazienti e per l'avvio del processo di valutazione. Inizialmente, il paziente entra in contatto con l'infermiere di triage, e da quel momento si calcola il tempo di attesa. In alcuni contesti ad alta affluenza, può essere messo a disposizione un servizio di accoglienza e informazione per supportare l'attività dell'infermiere di triage, senza però compromettere il ruolo essenziale di quest'ultimo nella valutazione clinica. I pazienti che giungono in pronto soccorso presentano una varietà di quadri clinici e problematiche assistenziali, che richiedono soluzioni differenziate. Con l'obiettivo di fornire interventi mirati e appropriati sia dal punto di vista clinico che organizzativo, è fondamentale concepire percorsi diversificati fin dalla fase di triage, sfruttando al massimo le diverse professionalità all'interno del Sistema sanitario. Già nel corso del processo di triage, è possibile individuare situazioni cliniche in cui le funzioni vitali non sono compromesse, l'evoluzione della patologia è trascurabile, il

21 Servizio Sanitario Toscana, 2016

disagio del paziente è modesto e la problematica principale è chiara. In questi casi, è possibile optare per due vie: l'infermiere del Pronto Soccorso può gestire direttamente il paziente attraverso il percorso "See & Treat," oppure, se necessario, il paziente può essere indirizzato verso un medico specialista diverso dal medico dell'emergenza urgenza, attivando un percorso "Fast track." Questi approcci sono ideali per situazioni non critiche, generalmente associate ai codici di priorità 5 ("non urgenza") e 4 ("urgenza minore"), e possono essere gestiti con protocolli snelli in aree appositamente designate, riducendo tempi di attesa e processi, migliorando complessivamente l'esperienza del paziente, ottimizzando l'utilizzo delle risorse e contribuendo alla soddisfazione dei professionisti coinvolti. Un'importante tappa dell'esperienza in pronto soccorso è rappresentata dai percorsi di gestione "See & Treat" (S&T) e "Fast track" (FT).

Il percorso S&T è attivato dall'infermiere di triage in base a protocolli regionali consolidati, quando il paziente presenta una patologia a bassa intensità di cura e complessità diagnostica. In questo caso, il paziente viene preso in carico da un infermiere con competenze specifiche nel S&T, che applica le procedure previste dal protocollo, risolve il bisogno del paziente e, previa consultazione con il medico, completa il percorso con la dimissione. Nel corso del processo, se la situazione clinica cambia, il paziente può essere reindirizzato verso il percorso tradizionale del Pronto Soccorso. Inoltre, in base a protocolli predeterminati, il paziente può essere indirizzato direttamente verso percorsi alternativi a bassa complessità, come il percorso "Fast track." I percorsi FT vengono attivati dal triage e prevedono la visita specialistica, nel quale il medico specialista svolge il ruolo di primo visitatore, seguendo protocolli specifici attivi nel Pronto Soccorso.

I percorsi di FT sono attivi in determinate fasce orarie, che vengono adattate alle esigenze dei pazienti in base ai ritmi settimanali, stagionali e alle variazioni orarie di presentazione. La distribuzione di risorse come il personale, le postazioni e gli strumenti è cruciale per il corretto funzionamento di tali percorsi. La creazione di un FT dedicato, operativo per almeno 8 ore al giorno tutti i giorni della settimana, è raccomandata per garantire una copertura efficace. Il PS di Fermo vede attivo il FT oculistico, ortopedico, radiologico, otorino, pediatrico e ginecologico.

L'ottimizzazione del flusso dei pazienti è essenziale per evitare congestioni e tempi di attesa eccessivamente lunghi. Ciò potrebbe comportare l'implementazione di sistemi di

triage efficienti, il monitoraggio costante dei tempi di attesa e l'allocazione dei pazienti a diverse aree di trattamento in base alla gravità della loro condizione. I tempi di attesa dei pazienti nei pronto soccorso vengono gestiti attraverso diverse strategie e soluzioni. In questi ambienti si monitorano costantemente i tempi di attesa per il ricovero dei pazienti, che devono essere contenuti entro un determinato limite di tempo, come ad esempio entro 8 ore dall'accesso del paziente. Viene calcolato il tempo medio di attesa per ciascun codice colore, che rappresenta il tempo medio di permanenza del paziente ancora in attesa di visita. Questo dato fornisce un'indicazione generale sui tempi di attesa per i diversi livelli di priorità dei pazienti. Alcuni pronto soccorso utilizzano sistemi di gestione dell'attesa che forniscono indicazioni sull'affollamento delle sale, sul numero e sul tipo di pazienti in attesa di cure.²²

L'ottimizzazione delle risorse nei pronto soccorso è una strategia fondamentale per garantire che i pazienti ricevano cure tempestive ed efficaci, soprattutto considerando l'alto volume di pazienti e la varietà di condizioni trattate. L'obiettivo è massimizzare l'efficienza del processo di gestione senza compromettere la qualità delle cure. Vengono adottate diverse strategie come protocolli e linee guida basati sull'evidenza scientifica per garantire che il trattamento dei pazienti sia standardizzato e basato sulle migliori pratiche. Questo riduce il rischio di decisioni cliniche errate e assicura che i pazienti ricevano cure appropriate in modo coerente. Garantire che ci sia personale medico e infermieristico adeguato e ben addestrato è fondamentale per gestire il carico di lavoro in modo efficiente. Pertanto, è necessario considerare i picchi di afflusso di pazienti in determinati periodi e assicurarsi che ci siano risorse sufficienti per far fronte a situazioni di emergenza.

La comunicazione efficace tra i membri del team medico, infermieristico e amministrativo è fondamentale per ottimizzare il flusso di lavoro aiutando a coordinare le attività, evitare duplicazioni e garantire che i pazienti siano indirizzati alle giuste aree di trattamento.

²² Paccamonti, E., Marchetti, R., & Monti, M. (2023). *La gestione del sovraffollamento in pronto soccorso: analisi del fenomeno e strategie operative*. Ital. J. Prev. Diagn. Ther. med. Vol, 6(2).

CAPITOLO 3

L'ASSISTENZA TERRITORIALE

In questa sezione si descriverà quella che è l'assistenza territoriale vera e propria con un breve accenno al PNRR.

3.1 L'assistenza territoriale.

Si parla di assistenza territoriale facendo riferimento ad una ampia e articolata rete che si occupa di offrire salute ad una larga porzione di utenti, siano individui singoli o comunità, in diversi setting. L'assistenza territoriale si occupa di “agganciare” per la prima volta il soggetto richiedente una prestazione sanitaria creando un primo contatto (trattando le patologie acute non complesse, formulando sospetti diagnostici, filtrando l'utenza verso l'appropriato livello specialistico) e, soprattutto, di prendere in carico le situazioni di cronicità. Per presa in carico dell'utente/paziente si intende un processo in cui, insieme all'accesso amministrativo, organizzativo e di primo trattamento, si garantisce una continuità assistenziale che si basa su una dimensione relazionale, informativa e gestionale per condizioni croniche di salute che non riguardano solo stati di malattia, ma includono anche condizioni di fragilità, disabilità ed esposizione a fattori di rischio.²³ I pilastri su cui si basa l'assistenza territoriale sono: orientamento della comunità e l'integrazione. L'orientamento alla comunità consente di definire programmi applicabili all'utenza riconoscendo un ruolo attivo anche ai cittadini in modo da poter creare processi collaborativi, nei quali il singolo utente e comunità rappresentino una risorsa attiva per il sistema. L'integrazione, invece, è di fondamentale importanza per ridurre al minimo la frammentazione dei servizi sanitari e sociosanitari e per rafforzare la continuità assistenziale a qualsiasi livello.

²³ Osservatorio Nazionale sulla salute delle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2021. Roma: COM Edizioni; 2022. 669.

L'assistenza sanitaria così definita funge da angolazione ottica per l'ottenimento di benefici in termini di accessibilità, sostenibilità e qualità dell'assistenza sanitaria, soprattutto in risposta a bisogni complessi.²⁴ L'assistenza territoriale offre:

- Assistenza sanitaria di base (MMG, PLS, MCA).
- Assistenza domiciliare integrata (ADI).
- Assistenza specialistica ambulatoriale.
- Assistenza territoriale ambulatoriale.
- Assistenza territoriale residenziale e semi residenziale.
- Assistenza psichiatrica (CSM).
- Assistenza durante il fine vita (HOSPICE).
- Altri tipi di assistenza (es. assistenza termale).
- Assistenza farmaceutica (farmacie territoriali).

3.2 Riforma dell'assistenza territoriale PNRR/M6

La riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del SSN che punta ad una sanità più vicina alle persone con una visione olistica: è con questa visione che si sviluppa il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Gli obiettivi della riforma si spiegano nell'individuazione di standard comuni da estendere a tutto il territorio nazionale secondo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); nell'individuazione di priorità di intervento attraverso una visione di prossimità ed integrazione tra le reti assistenziali siano esse territoriali, ospedaliere e specialistiche; nel favorire la continuità delle cure anche attraverso l'integrazione di servizi sociali e sanitari.

La riforma dell'organizzazione dell'assistenza territoriale ridisegna funzioni e standard del Distretto. I principali contenuti sono:

²⁴ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Next Generation EU progetto di rilancio economico dedicato agli stati membri.

- Casa della Comunità: aperte 24 ore su 24, 7 giorni su 7, dove i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria.
- Centrale operativa 116117: numero europeo armonizzato per le cure mediche non urgenti; il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, attivo h 24, tutti i giorni, da contattare per esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale.
- Centrale Operativa Territoriale- CTO: svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.
- Infermiere di Famiglia e Comunità: assicura l'assistenza infermieristica, a diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali.
- Unità di continuità assistenziale: équipe mobile distrettuale per la gestione ed il supporto della presa in carico di individui, o comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.
- Assistenza domiciliare: servizio per l'erogazione a domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile e un piano personalizzato di assistenza.
- Ospedale di Comunità: struttura sanitaria di ricovero dell'assistenza territoriale che svolge una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, stabilizzazione, recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.
- Rete delle cure Palliative: servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare ed in hospice.
- Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: i Consultori garantiscono prestazioni di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche,

infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie ed alle famiglie.

- Telemedicina: utilizzata per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto.²⁵

²⁵ Ministero della Salute. Riforma dell'assistenza territoriale [Internet]. [ultima consultazione: 22 ottobre 2022].

CAPITOLO 4

RICERCA

4.1 Obiettivo

L'obiettivo primario dello studio consiste nell'identificazione degli accessi impropri estrapolati dagli accessi bianchi e verdi in ingresso al PS di Fermo. Come obiettivo secondario si pone di identificare un percorso alternativo idoneo.

4.2 Materiali e metodi:

Disegno dello studio: studio retrospettivo di prevalenza.

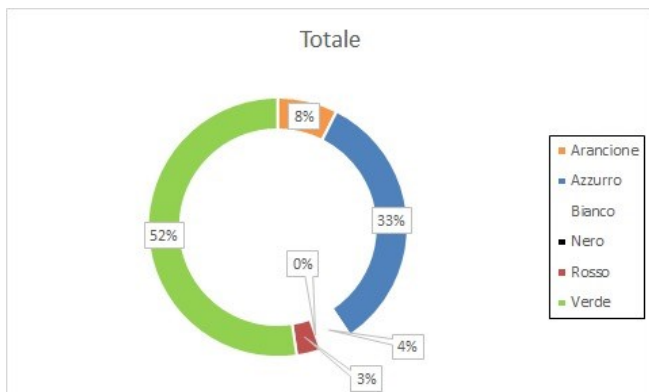
Criteri di inclusione: codici verdi e bianchi in entrata.

Criteri di esclusione: accessi rispondenti alla voce altro ed abbandoni.

Sono stati analizzati i dati del database del sistema DESEO del MCAU di Fermo, create tabelle pivot e grafici con il sistema operativo Excel e sono stati presi in esame 1884 codici bianchi e 24873 codici verdi su un totale complessivo di accessi al PS di 47614 nell'arco di tempo compreso fra il 1 aprile 2022 ed il 31 agosto 2023 (epoca post covid).

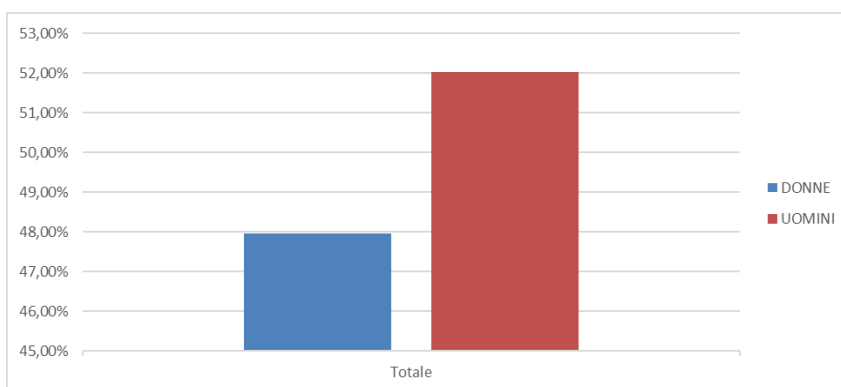
4.3 RISULTATI:

Grafico 1: totale accessi diviso per codice colore.



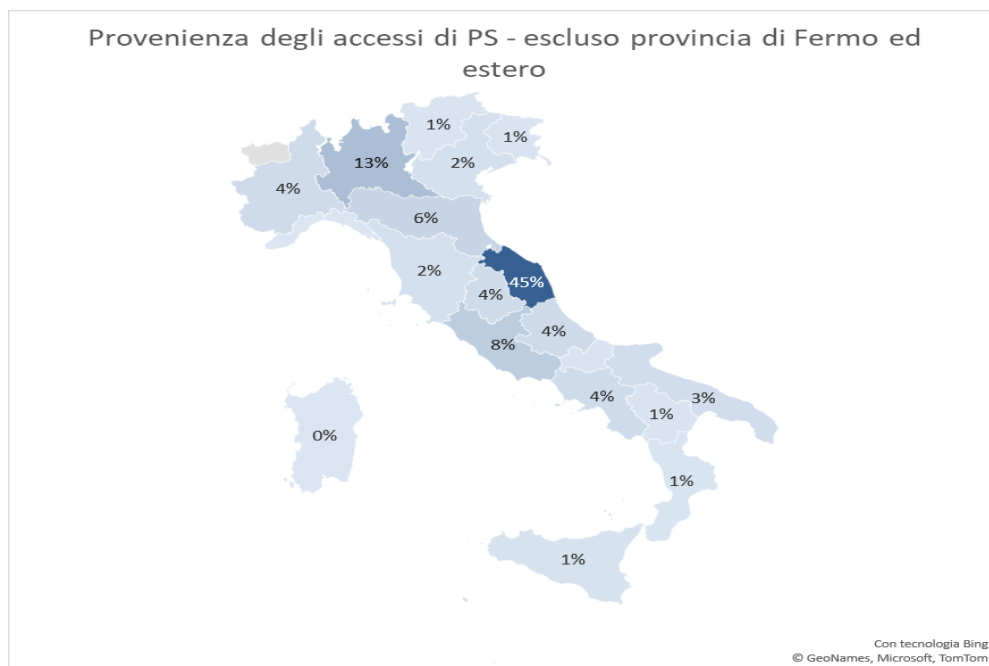
Il grafico 1 mostra la suddivisione degli accessi totali (47.614) avvenuti nell'MCAU di Fermo da aprile 2022 ad agosto 2023, divisi per codice colore, dopo essere stati triagiati dall'infermiere (trriage in ingresso). Codice Rosso: 3%, codice Arancione 8%, codice Azzurro (33%), codice Verde (52%) e codice bianco 4%.

Grafico 2: divisione del campione per sesso codici verdi e bianchi.



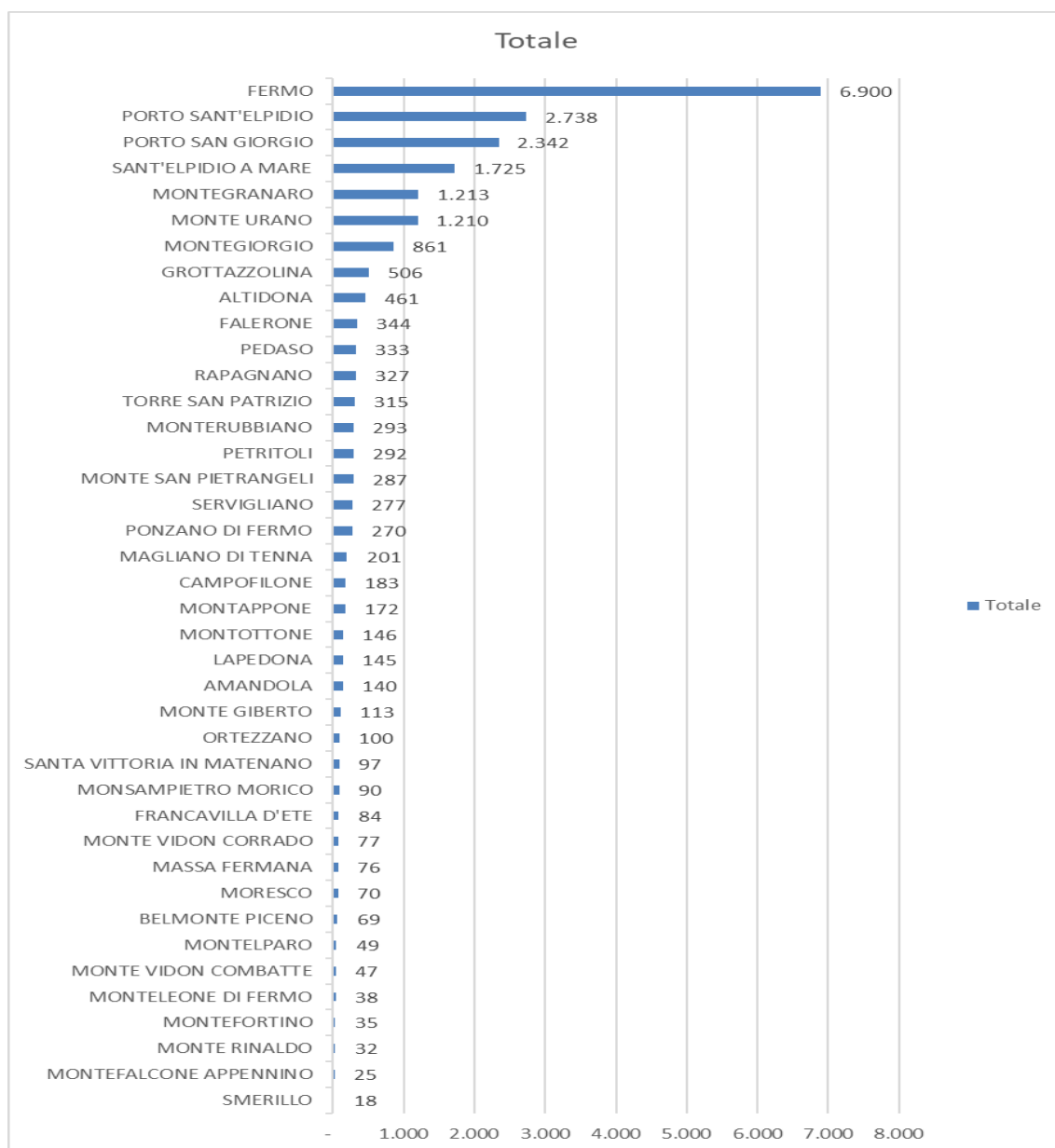
Il grafico 2 rappresenta la distribuzione per sesso del campione: 48% rappresentato dalle donne ed il 52% rappresentato dagli uomini.

Grafico 3: regioni di provenienza accessi in PS Fermo.



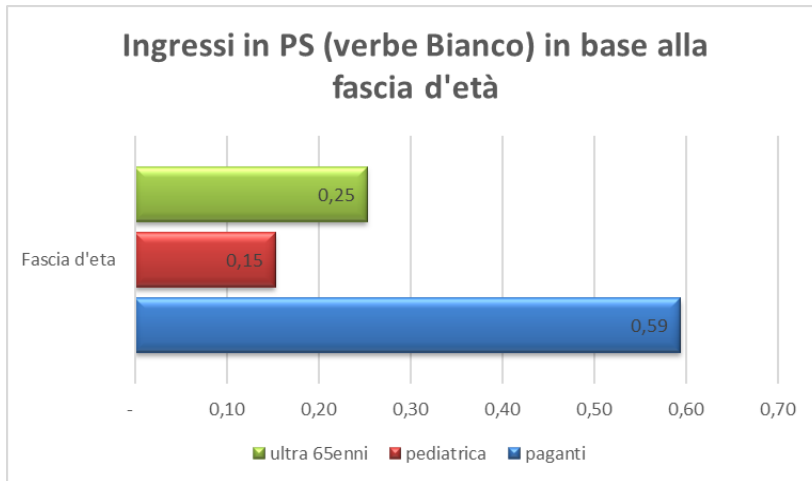
Nel grafico numero tre si illustra la percentuale degli utenti che hanno fatto accesso al MCAU di Fermo suddivisi per regione di residenza. La percentuale maggiore, ovviamente, è rappresentata dalle Marche (45%), a seguire la Lombardia (13%), Lazio (8%) Emilia-Romagna (6%), Piemonte, Campania, Umbria ed Abruzzo (4%), Puglia (3%), Veneto e Toscana (2%), il resto l'1% eccetto la Sardegna con lo 0%.

Grafico 4: divisione campione per comune di residenza.



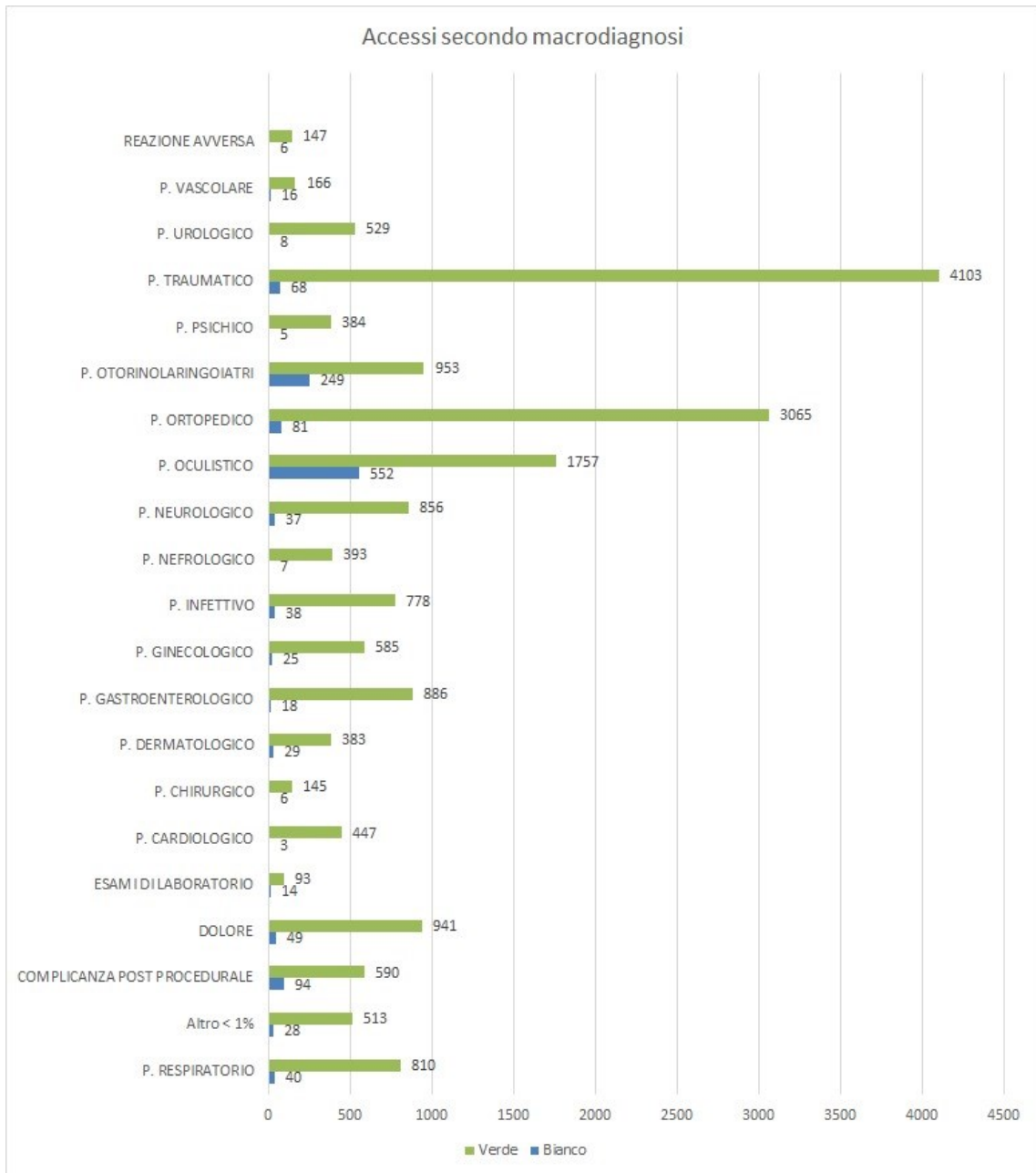
Nel grafico 4 viene riportati il numero di utenti che hanno fatto accesso al PS di Fermo con codice verde e bianco residenti a Fermo e provincia. Il maggior numero è dato dal comune di Fermo e dai comuni costieri.

Grafico 5: ingresso in PS in base all'età codici verdi e bianchi.



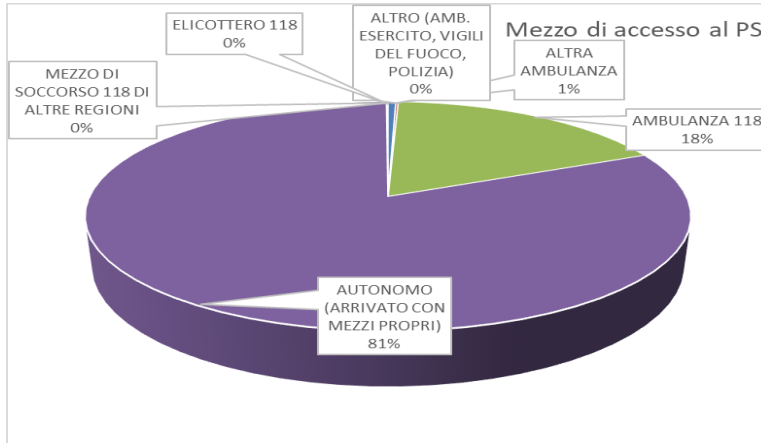
Il grafico 5 mostra la percentuale della fascia di età degli accessi con codice verde e bianco al PS di Fermo. Fascia di età studiata: pediatrica (0-16), pagante (16-64), esente per età (over 65).

Grafico 6: accessi in PS codici verdi e bianchi suddivisi per problematica.



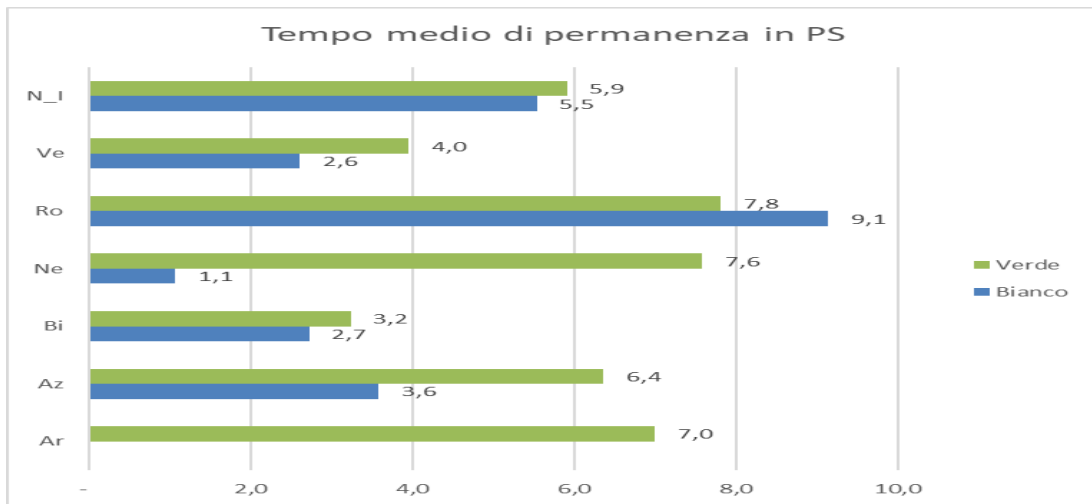
Il grafico 6 mostra il tipo di problematica relativa agli accessi con codice bianco e verde al PS di Fermo. La maggior affluenza è data dalle problematiche traumatiche ed ortopediche, a seguire problematiche oculistiche, dolore, gastrointestinali, urologiche, neurologiche, problemi infettivologici, ginecologici, gastroenterologici e dermatologici.

Grafico 7: mezzo di accesso al PS codici verdi e bianchi.



Il grafico 7 mostra con quale mezzo di trasporto gli utenti con codice bianco e verde si recano al PS di Fermo. L'81% degli utenti vi si reca con il mezzo proprio, il 18% con ambulanza tramite 118 e l'1% con il taxi sanitario.

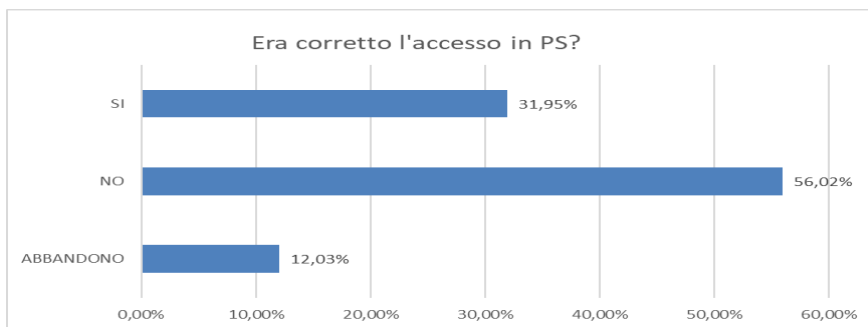
Grafico 8: tempo media di permanenza in PS.



Il grafico 8 analizza il tempo medio di permanenza al PS di Fermo di tutti i codici colore. Nel dettaglio gli utenti entrati in PS di Fermo con codice Rosso (RO) e dimessi con codice Verde hanno sostato nel nosocomio mediamente 7,8 ore mentre quelli dimessi con codice bianco hanno sostato in PS mediamente 9,1 ore. Gli utenti entrati in PS con codice Bianco (BI) e dimessi con codice Verde sono stati in PS mediamente 3,2 ore mentre quelli dimessi in codice bianco sono stati in PS mediamente 3,6 ore. Gli

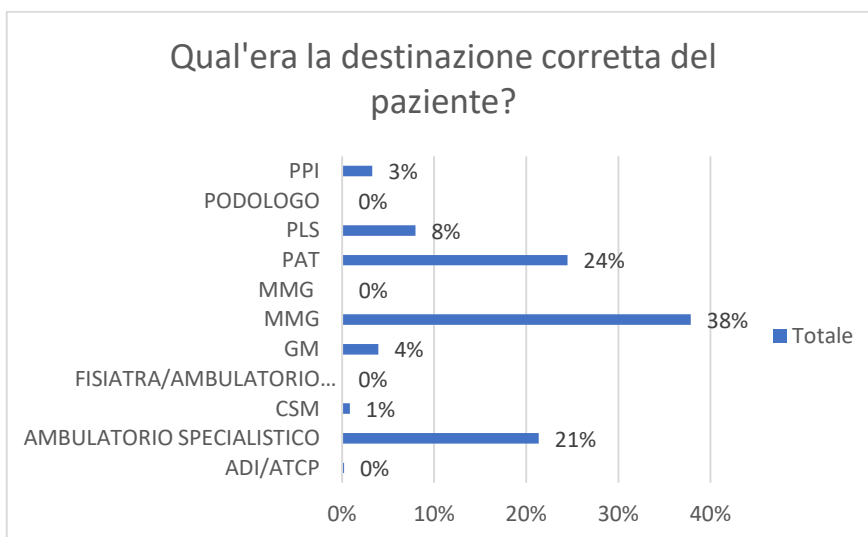
utenti in ingresso con codice Arancione (AR) e dimessi con codice Verde sono stati in PS mediamente 7 ore.

Grafico 9: percentuale di effettivo bisogno di accesso in PS codici verdi e bianchi.



Il grafico 9 analizza variabile ‘ appropriatezza’ dell’accesso in PS tra i codici verdi e bianchi dell’MCAU di Fermo. Ne è risultato che il 31,95% necessitava effettivamente di recarsi in PS, il 56,02 % si sarebbe dovuto recare altrove ed il 12,03% ha abbandonato la struttura ospedaliera prima che venisse visitato da un medico.

Grafico 10: destinazione alternativa al PS.



Nel grafico 10 vengono evidenziate le percentuali di possibile alternativa al PS disponibili su territorio degli accessi che erano risultati inappropriati dal grafico 9. Il 38% si sarebbe dovuto recare dal MMG, il 4% dal MCA, il 21% sarebbe dovuto recare in ambulatorio specialistico, il 3% dal PLS, il 27% tra PAT e PPI, l’1% al CSM

Tab. 1: percentuale orario di accesso.

Conteggio di Etichette di Urg In Etichette di riga	colonna	nott e	pomeri ggio	sera	Totale complessivo	
Bi		4%	1%	2%	1%	7%
Ve		31%	14%	31%	17%	93%
Totale complessivo		35%	15%	33%	18%	100%

In tabella 1 vengono rappresentate le percentuali di ingresso dei codici verdi e bianchi al Ps di Fermo suddivise per fasce di orario: mattino 35%, pomeriggio 33%, sera 18%, notte 15%.

4.4 Discussione

Secondo lo studio eseguito presso la provincia autonoma di Bolzano²⁶ gli accessi impropri, catalogati con codice bianco e verde al PS, sono pari a 399,08 per 1000 residenti nel 2017 con una percentuale totale del 22%, a livello europeo tra il 19 ed il 40%. Lo studio conferma che il PS di Fermo è in linea con il trend Europeo poiché la percentuale dei codici verdi e bianchi, risulta essere del 47% di questi il 56,01% sarebbe potuto essere stato trattato altrove.

Dall'analisi dei dati, si evince che la maggioranza dei pazienti che effettuano accesso al PS rientra nella fascia di età 43 anni, dato in linea con la letteratura in quanto l'età media dei pazienti a rischio di accesso improprio è di 45 anni²⁷. Lo studio rileva poi che l'età media della fascia pediatrica è di 8 anni e per gli esenti per età è di 81 anni evidenziando che il 60% è pagante (fascia d'età 16-64), il 15 % è pediatrico (0-15) ed il 25% rappresenta gli ultra 65enni quindi esenti da ticket per età.

Secondo Williams e Haffizzulla²⁸ un fattore determinante negli accessi impropri è la variabile "sesso". Infatti, gli studi mettono in luce come le donne siano più propense ad accessi non necessari in PS degli uomini, che invece sono più propensi ad accessi urgenti, ma che potrebbero essere prevedibili con appropriati screening. Nell'effettivo, lo studio rileva una contraddizione, seppur minima, poiché risulta un 48% di accessi improprio essere di sesso femminile ed il 52% maschile.

Dejean, Giacomini, M., Welsford, M., Schwartz, L., & Decicca, P.²⁹ affermano che la stragrande maggioranza dei pazienti con codici minori, faccia accesso al PS utilizzando l'ambulanza mentre dai risultati emersi dall'indagine la maggior parte dei pazienti con codici bianchi e verdi si reca in PS in autonomia. Si precisa che l'81% si reca in autonomia, il 17% con ambulanza ed il 2% con altro (taxi sanitario). Si evidenzia poi,

26 "Il ruolo degli accessi impropri in pronto soccorso nella provincia autonoma d Bolzano" Mirko Bonetti, Carla Melani

27 " Di Tommaso et.", 2008

28 "Williams CA, Haffizzulla F. Factors associated with avoidable emergency department visit in broward country, Florida. Coreus June 2021 doi: 10.7759/cureus.15593

29 "Fornitori di informazioni" Dejean, Giacomini, M., Welsford, M., Schwartz, L., & Decicca, P. 2016, pag 6.

dallo studio, che il 35% degli accessi avviene durante la mattina (7-13), il 18% nel pomeriggio (13-19), il 33% la sera (19-23) e di notte (23-7) il 15%.

Nell'articolo pubblicato dal Dott. Domenico Montemurro e la Dott.ssa Chiara Rivetti, "Il PS, un paziente in codice rosso"³⁰, si evidenzia che l'attesa per un codice bianco è di 240 minuti e 300 minuti per un codice verde; a paragone, positivo il trend del ps di Fermo che per un codice bianco l'attesa media è di 180 minuti e per un codice verde è di 240 minuti. Opportuno è constatare che la maggior parte degli accessi con codice bianco e verde al PS di Fermo riguarda problematiche traumatiche, ortopediche, oculistiche, gastroenterologiche e dolore. Dai dati emersi dallo studio, il 38% circa degli accessi impropri si sarebbe dovuto rivolgere al MMG, 8% al PLS, il 4% alla MCA e circa il 49% ai servizi offerti dall'assistenza territoriale. Dati coerenti con uno studio osservazionale condotto nel 2017 tra la popolazione residente nella provincia di Lecce³¹ che ha analizzato le motivazioni di accesso improprio in PS, suddividendole in motivazioni legate al MMG ed ai Servizi Sanitari dal quale sussiste una grande difficoltà nell'usufruire delle cure offerte da parte del proprio MMG per problematiche legate agli orari di apertura e di maggior fiducia verso il medico ospedaliero. Altro dato di rilevante importanza è emerso dallo studio di Naouri et al.³² secondo il quale, il 9% dei pazienti intervistati ha una scarsa conoscenza ed informazione circa i servizi rivolti alla salute del cittadino da parte del territorio.

4.5 Conclusioni

Il sovraffollamento è un problema grave che affligge i PS. Si è visto quanto la letteratura sia dettagliata sui problemi legati alla scarsità di personale, agli usi non sempre propri del PS e ai fattori condizionanti che, nel loro insieme, esasperano il fenomeno con situazioni estreme che arrivano alla luce delle cronache e dei riflettori. Il potenziamento

30 "Il Ps, un paziente in codice rosso", Dott. Domenico Montemurro e Dott.ssa Chiara Rivetti Anaao Assomed

31 Lupo R, De Mitri O, Merola D, Calabro A, Landolfo M, Rango A, Maggio E. L'accesso improprio in Pronto Soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale. ITJEM. 26 ottobre 2018;7(3):1-8.

32 Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y, et al. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. BMJ Qual Saf. Giugno 2020;29(6):449-64.

del personale di Pronto Soccorso, con la creazione di aree interamente dedicate ai codici minori, la partecipazione economica del paziente, la telemedicina e telenursing sostenute anche dal PNRR, potrebbero alleviare la situazione di sovraffollamento. Così come potrebbe mitigarlo la sfida professionale, sempre più attuale, della gestione infermieristica degli ambulatori See&Treat che potrebbe portare giovamento a questa problematica, puntando sulla formazione e sull'autonomia professionale. Infine, un principio di fondamentale importanza nella gestione delle cure mediche è la continuità assistenziale. Essa si riferisce alla coerenza e alla coesione delle cure nel tempo, con l'obiettivo di fornire un'assistenza integrata e coordinata al paziente. La promozione della continuità assistenziale è particolarmente rilevante nell'ambito del pronto soccorso, dove i pazienti possono ricevere cure acute e poi necessitare di un follow-up a lungo termine. Assegnare infermieri di riferimento può essere utile a garantire che tutte le cure necessarie siano pianificate e seguite nel tempo, favorendo la coerenza e la completezza dell'assistenza, in quanto conoscere la storia clinica a lungo termine consente di adattare le cure alle esigenze specifiche e a un trattamento personalizzato. Inoltre, gli operatori di riferimento possono concentrarsi sulla prevenzione e sulla gestione delle malattie croniche, educando il paziente su quando è più appropriato accedere al pronto soccorso e quando invece è preferibile cercare assistenza sul territorio, evitando i ricoveri frequenti. L'educazione alla salute svolge un ruolo fondamentale nel migliorare la consapevolezza dei pazienti riguardo ai servizi sanitari disponibili e alle opzioni di cura. Molto spesso, i pazienti non sono a conoscenza delle diverse strutture mediche e delle alternative al pronto soccorso per le loro condizioni. I pazienti devono essere informati su quando è appropriato rivolgersi al pronto soccorso e quando invece sarebbe più adeguato cercare assistenza altrove. Questo può essere diffuso attraverso campagne informative e conoscitive, materiale conoscitivo ed educativo e divulgazione sui media.

A conclusione, quella dell'infermiere è sicuramente figura fondamentale nella messa in atto di sinergie organizzative e formative, che consentano la sperimentazione di modelli operativi finalizzati al miglioramento dell'offerta sanitaria in emergenza.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- ANDARE, Q. N. Il Pronto Soccorso.
- Baldantoni, E. (2007). *Gli indicatori del progetto PATH per la valutazione della performance degli ospedali: luci ed ombre*. SALUTE E SOCIETÀ, (2007/3).
- BARBAN, A. (2021) *Uno sguardo al futuro attraverso il ruolo cardine dell'assistenza territoriale per la gestione degli accessi impropri in pronto soccorso: Una revisione della letteratura*.
- Biscaro, M., & Benetton, M. (2014). *Il passaggio di consegne tra Emergenza Territoriale e Pronto Soccorso: studio osservazionale con metodo SBAR. Scenario-Il Nursing nella sopravvivenza*.
- BONUCCELLI, C. (2022). *La Gestione Operativa nel percorso di emergenza-urgenza. L'applicazione di strumenti di Visual Management*.
- Carcieri, C., Scalpello, S., Bosio, A., Zanelli, R., Fazzina, G., Torrenzo, S., ... & Gasco, A. (2023). *Innovazione applicata alla gestione dei pazienti in transizione di cura: l'evoluzione dell'Area di continuità assistenziale tra ospedale e territorio*. *Recenti progressi in medicina*, 114(9), 557.
- Sistema di Emergenza Urgenza, Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 Ministero della Salute n.1/1996 [Internet], 17 maggio 1996 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022] (Italia). Disponibile all'indirizzo: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-05-17&atto.codiceRedazionale=096°2986&elenco30giorni=false
- Chiarini, G. (2009). *Il consenso informato in emergenza-urgenza tra stato di necessità e rifiuto delle cure*.
- Derlet, R. W., Richards, J. R., & Kravitz, R. L. (2001). *Frequent overcrowding in US emergency departments*. *Academic Emergency Medicine*, 8(2), 151-155.
- Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008). *Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions*. *Annals of emergency medicine*, 52(2), 126-136.

- Johnson, K. D., & Winkelman, C. (2011). *The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review*. *Advanced emergency nursing journal*, 33(1), 39-54.
- Kidholm, K., Ekeland, A. G., Jensen, L. K., Rasmussen, J., Pedersen, C. D., Bowes, A., ... & Bech, M. (2012). *A model for assessment of telemedicine applications: mast*. *International journal of technology assessment in health care*, 28(1), 44-51.
- LA CONFERENZA PERMANENTE, P. I. R., & STATO, T. (2001). Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria".
- Lupo R. *L'accesso improprio in pronto soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale*. in "Italian Journal of Emergency Medicine" SIMEU, (a.2018).
- Mussi, C., Pinelli, G., & Annoni, G. (2008). L'anziano e il Pronto Soccorso: il Triage. *G Gerontol*, 56, 109-17.
- Nuti, S., De Rosis, S., Bonciani, M., & Murante, AM (2017). *Ripensare i sistemi di valutazione delle prestazioni sanitarie verso l'approccio centrato sulle persone: i loro percorsi, la loro esperienza, la loro valutazione*. Documenti Sanitari.
- Paccamonti, E., Marchetti, R., & Monti, M. (2023). *La gestione del sovraffollamento in pronto soccorso: analisi del fenomeno e strategie operative*. *Ital. J. Prev. Diagn. Ther. med.* Vol, 6(2).
- Peris, A., & Pini, R. (2013). Emergenza-urgenza.
- Porro, F., Bergonti, C., Serafini, S., & Ghilardi, G. Il triage dei pazienti con manifestazioni acute da ipersensibilità in Pronto Soccorso: l'esperienza di un anno.
- Delibera giunta regionale 1457 del 25/11/2019 adunanza 288 legislatura n. X.
- Pulvirenti, C., & Longo, T. M. (2010). Responsabilità dell'operatore sanitario nell'emergenza-urgenza. *Il neuroleso grave: Aspetti clinico-assistenziali e organizzativi*, 283-289.

- Ruocco, R. (2001). La gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari: l'emergenza/urgenza.
- Salisbury, C., & Munro, J. (2003). *Walk-in centres in primary care: a review of the international literature*. *British Journal of General Practice*, 53(486), 53-59.
- Salute Emilia-Romagna 2021.
- “Il Ps, un paziente in codice rosso”, Dott. Domenico Montemurro e Dott.ssa Chiara Rivetti Anaa Assomed <http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo>.
- Sambucco, B. (2022). *Analisi del sovraffollamento dei pronto soccorso della regione Liguria con particolare riferimento a un'area metropolitana genovese e proposte migliorative*.
- Servizio Sanitario Toscana, 2016.
- Sun, B. C., Hsia, R. Y., Weiss, R. E., Zingmond, D., Liang, L. J., Han, W., ... & Asch, S. M. (2013). *Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients*. *Annals of emergency medicine*, 61(6), 605-611.
- Il ruolo degli accessi impropri in pronto soccorso nella provincia autonoma di Bolzano” Mirko Bonetti, Carla Melani.
- “Di Tommaso et.”, 2008.
- Osservatorio Nazionale sulla salute delle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2021. Roma: COM Edizioni; 2022. 669.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Next Generation EU progetto di rilancio economico dedicato agli stati membri [Internet], 13 luglio 2021 [ultima consultazione: 22 ottobre 2022] (Italia). Disponibile all'indirizzo: <https://italiadomani.gov.it/it/home.html>.
- “Williams CA, Haffizzulla F. Factors associated with avoidable emergency department visit in Broward County, Florida. *Cureus* June 2021 doi:10.7759/cureus.15593.
- Fornitori di informazioni” Dejean, Giacomini, M., Welsford, M., Schwartz, L., & Decicca, P. 2016, pag 6.
- Ministero della Salute. Riforma dell'assistenza territoriale [Internet]. [ultima consultazione: 22 ottobre 2022]. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.salute.gov.it/portale/pnrرسالute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5898&area=PNRR-Salute&menu=riforme>