



Ipotesi di riorganizzazione del Pronto Soccorso

INDICE

Premessa pag.3

Proposte regionali pag. 5

Le soluzioni proposte dal Forum pag.6

Il problema della sicurezza pag.13

Conclusioni pag.14

Riassunto pag.15

Riferimenti bibliografici pag.16

PREMESSA

La riorganizzazione del Pronto Soccorso (PS) ha come obiettivo principale quello di ripristinare il suo ruolo originario, ovvero l'emergenza-urgenza tempo dipendente (come la cura di infarti, ictus, traumi gravi, sepsi e shock settico), lasciando che la cronicità e le piccole patologie siano gestite da una solida ed efficiente rete territoriale. L'organizzazione dei PS in Toscana è spesso citata come un modello d'avanguardia in Italia, ma non è esente dalle criticità sistemiche che colpiscono la sanità pubblica nazionale. Proponiamo questa ipotesi di lavoro con l'obiettivo di contribuire alla soluzione immediata di problemi non più rinviabili. Si tratta sicuramente di "provvedimenti tampone" che, in prospettiva, dovranno essere integrati con la completa riorganizzazione della medicina territoriale, delle case di comunità, degli ospedali di comunità ecc. Quest'ultima sarà essenziale per la soluzione definitiva del problema. Nel frattempo, dobbiamo tentare di risolvere i problemi con proposte concrete, considerando alcuni aspetti positivi e alcune problematiche comuni a tutto il sistema sociosanitario toscano e non solo.

Aspetti positivi:

- **Il triage**, con il passaggio dai codici a colori a quelli numerici (da 1 a 5), basati sulla gravità e sulla complessità assistenziale.
- **I percorsi specialistici** (Fast Track e See & Treat) che permettono di far seguire al paziente una corsia preferenziale per la gestione di urgenze minori da parte dell'infermiere e l'invio immediato allo specialista (pediatra, ginecologo, oculista ecc.).
- **Le reti tempo dipendenti** che prevedono un intervento organizzato per patologie in cui "il tempo è vita" (per esempio infarto miocardico, ictus, trauma maggiore).

- **Il ruolo del facilitatore**, una figura professionale inserita di recente in alcuni ospedali, che ha il compito di agevolare il lavoro degli operatori sanitari.

Criticità:

- **Il filtro territoriale**, spesso inadeguato, che spinge i cittadini a rivolgersi al PS in assenza di una risposta da parte del medico di medicina generale. Per risolvere questo problema si punta sulla creazione delle case di comunità, che al momento sono ancora numericamente insufficienti o non funzionanti.

- **Il fenomeno del "boarding"** dovuto al prolungato stazionamento dei pazienti nei locali del pronto soccorso, in attesa di un posto letto nei reparti di degenza. La carenza nei PS di spazi adeguati rende il fenomeno dell'attesa sempre più rilevante.

- **La carenza di personale medico e infermieristico**, dovuta anche alle dimissioni volontarie, per il passaggio al settore privato o ad altre discipline specialistiche a minor carico di stress. Le borse per la scuola di specializzazione in emergenza-urgenza rimangono non assegnate per circa la metà di quelle previste.

- **Le difficoltà degli ospedali universitari** (Careggi, Pisa e Siena) che sono considerati centri di eccellenza e costantemente affollati.

- **La digitalizzazione:** risulta ancora troppo frammentata, con numerosi applicativi (tutti diversi fra loro) che impediscono l'adozione di un linguaggio "unico" per tutti gli ospedali della regione. Attualmente esiste solo *First Aid* un programma che permette di registrare i flussi dei pazienti e le casistiche.

Le proposte regionali

- **Potenziamento della sanità territoriale** mediante la creazione di case di comunità, dove operano medici, infermieri e altre figure specialistiche 24 ore su 24 ; coordinamento con le centrali operative territoriali (COT) per migliorare i passaggi del paziente tra territorio, ospedale e cure intermedie.
- **Gestione del "boarding "**identificando figure professionali dedicate al *bed management* e potenziando l'area di osservazione breve intensiva, dove stabilizzare i pazienti, evitando così il ricovero in reparti specialistici.
- **Creazione dei Punti di Intervento Rapido (PIR):** a tale proposito si ricorda che una sperimentazione è in atto in alcune aree regionali (Firenze, Prato Pistoia ecc.) con risultati soddisfacenti.
- **Autonomia infermieristica:** in Toscana è già attivo il modello *See and Treat*, che permette a infermieri esperti, di trattare e dimettere autonomamente i casi a bassa complessità (piccole ferite, punture d'insetto, abrasioni). Inoltre, il modello *Fast Track* consente all'infermiere di inviare il paziente direttamente dallo specialista (ad esempio oculista o ortopedico) dopo il triage, evitando la visita del medico d'urgenza
- **Tecnologia e telemedicina** con estensione del tele-consulto. Questa tecnologia consente ai medici delle ambulanze o dei centri minori di consultare gli specialisti dei grandi ospedali (Careggi, Pisa, Siena) da remoto, evitando trasporti inutili.
- **Monitoraggio remoto** dei pazienti cronici a domicilio, per intervenire prima che le condizioni cliniche peggiorino. In questi casi le tecnologie indossabili (*wearable technologies*) rappresentano uno dei pilastri della digitalizzazione della sanità soprattutto per quanto riguarda la prevenzione e la gestione della salute nel territorio.

- **Risorse umane e incentivi:** la fuga di medici e infermieri verso il settore privato o verso altre specializzazioni meno logoranti, può essere risolta con incentivi indennità specifiche per chi lavora in prima linea, progressione di carriera, miglior equilibrio tra vita e lavoro, per rendere questa attività clinica più attraente. I medici e gli infermieri del pronto soccorso dovrebbero avere il diritto di interrompere il lavoro notturno/festivo dopo aver raggiunto una certa anzianità di servizio

Le soluzioni proposte dal FORUM

A. Area di Pronto Soccorso (PS)

Affiancare il personale amministrativo a quello sanitario è una proposta che punta a risolvere uno dei principali problemi dei nostri PS: il cosiddetto "carico burocratico". Ogni giorno, il personale sanitario del PS impiega una parte considerevole del proprio tempo lavorativo per inserire dati o compilare moduli (all'accoglienza, per la richiesta di esami clinici/strumentali, per il trasferimento o la dimissione del paziente). Si ipotizzano percentuali di impiego prossime al 30-40%. Questa soluzione potrebbe essere implementata in tempi rapidi e garantire numerosi vantaggi . L'obiettivo è quello di affiancare all'équipe sanitaria una figura amministrativa che si occupi delle attività non cliniche. Ad esempio, inserire i dati anagrafici mancanti, preparare le cartelle cliniche per il ricovero, contattare le ambulanze per i trasporti secondari ecc. In questo modo il medico e/o l'infermiere non dovrebbero allontanarsi dal paziente per svolgere compiti diversi dalla clinica, evitando la cosiddetta "burocrazia della barella". Una figura amministrativa con competenze cliniche potrebbe garantire migliori interventi a livello informatico (uso appropriato e rapido della digitalizzazione) e mantenere i rapporti con i parenti. Questa figura potrebbe rappresentare il ponte tra l'area clinica e la sala d'attesa fornendo

informazioni non cliniche (es. il paziente è in radiologia, "stiamo aspettando l'esito degli esami") ed evitando di far interrompere il lavoro del personale sanitario da parte di parenti in attesa, preoccupati degli eventi. Quest'ultimo compito attualmente dovrebbe essere svolto dal facilitatore, figura inserita da troppo poco tempo, la cui efficacia deve essere ancora valutata. È necessario sottolineare che il facilitatore ha un costo non trascurabile e non svolge le funzioni di un amministrativo, che servirebbe a ridurre il carico burocratico. La soluzione proposta per essere applicata, dovrebbe prevedere alcuni dei seguenti aspetti:

- arruolamento di nuove risorse o trasferimento (volontario?) dagli uffici amministrativi centrali ai reparti di emergenza; ipotesi di arruolamento volontario retribuito di studenti delle facoltà sanitarie con organizzazione di corsi di formazione da parte dell'Università e dell'Ospedale.

- addestramento con formazione specifica per il nuovo ruolo
- definizione netta delle funzioni per evitare sovrapposizioni tra attività sanitaria e attività amministrativo-gestionale.

A differenza dell'assunzione di medici specialisti (che richiede anni di formazione), il personale amministrativo può essere formato in poche settimane sulle procedure specifiche del Pronto Soccorso e può essere trasferito da altri uffici meno critici dell'ASL.

Questa misura agisce da "moltiplicatore di forze": non aggiunge medici, ma rende quelli presenti molto più efficienti, permettendo loro di visitare più pazienti in meno tempo.

B. Area a bassa gravità

Questa soluzione potrebbe migliorare i flussi e andrebbe ad inserirsi nel percorso già esistente e identificato con il modello Fast Track o See and Treat. L'obiettivo è separare i flussi: evitare che i pazienti con patologie minori (un "codice bianco" o "verde", o secondo i

nuovi standard, numeri 4 e 5) finiscano per intasare le linee di cura dedicate ai pazienti critici. Invece di seguire il percorso tradizionale, il paziente viene indirizzato verso un percorso accelerato con un ambulatorio per i codici minori: un'area fisica separata dal pronto soccorso ma vicina, con medici dedicati esclusivamente ai casi non urgenti.

Vantaggi:

Riduzione del tempo di attesa: i codici minori sono quelli che aspettano di più, poiché vengono continuamente scavalcati dalle urgenze. Un'area dedicata a loro garantirebbe un tempo di risposta prevedibile, riducendo le tensioni e le aggressioni al personale.

Migliore gestione dello spazio: togliendo i pazienti "ambulanti" dalle sale d'attesa principali e dai corridoi, si creerebbe un ambiente più sereno e sicuro per la gestione dei pazienti in barella e dei casi tempo-dipendenti (infarti, ictus ecc.).

Efficienza dei costi: trattare un codice minore in un'area ad alta tecnologia è uno spreco di risorse. Un'area a bassa gravità utilizzerebbe attrezzature meno costose e ottimizzerebbe il personale.

Svantaggi:

Rischio di "under-triage": un paziente che riceve un codice basso (ad esempio un dolore lombare che sembra muscolare) potrebbe essere un'urgenza mascherata (un' aneurisma dell'aorta in fase di rottura). L'area deve avere protocolli di rivalutazione immediata.

Sottrazione di personale: l'apertura di un'area per codici bassi togliendo medici e infermieri dall'area critica, rischia di rallentare la gestione dei casi gravi. Per far funzionare la proposta, serve personale aggiuntivo o dedicato.

Effetto calamita: se il PS diventa troppo efficiente nel gestire i codici minori, i cittadini potrebbero preferirlo al medico di base, aumentando paradossalmente il volume totale degli accessi. Un possibile deterrente potrebbe essere rappresentato da un ticket significativo necessario per poter ricevere la prestazione a codice minore.

Per evitare la sottrazione di personale si potrebbe ipotizzare il coinvolgimento di specializzandi di area medica, provenienti da specializzazioni non solo di Medicina Interna o Geriatria, ma anche di Infettivologia, Ematologia ecc., trasformando così l'area dei codici minori in una vera e propria "palestra clinica" ad alto valore aggiunto. Il loro impiego potrebbe essere inquadrato in termini di attività Libero-Professionale che non impatti con la formazione e previa autorizzazione del Consiglio della Scuola di Specializzazione.

Vantaggi:

diagnosi leggera: spesso un codice 4-5 presenta una problematica settoriale (ad esempio un problema dermatologico o una cronicità riacutizzata). Uno specializzando di area medica può offrire una consulenza mirata che riduce la necessità di richiedere ulteriori pareri specialistici, velocizzando il processo di dimissione;

formazione sul campo: lo specializzando impara a distinguere il sano da quello potenzialmente critico; esercita l'autonomia decisionale in un ambiente protetto; gestisce la comunicazione con il paziente, che nei codici bassi richiede empatia e capacità di rassicurazione;

decongestionamento operativo: la loro presenza aumenta numericamente la forza lavoro. Questo permette ai medici strutturati di dedicarsi ai casi complessi, sapendo che l'area a bassa intensità è presidiata da medici in formazione che possono comunque consultarsi con loro in caso dubbi.

L'ipotesi di inserire gli specializzandi in PS non è originale, una legge regionale in tal senso è stata già proposta nel 2022, poi non approvata. Si renderebbe necessario un accordo con le università, definendo in modo chiaro il ruolo del tutor e le responsabilità dei diversi operatori.

C. Punti di Intervento Rapido (PIR)

Sono nati con l'obiettivo di "alleggerire" i Pronto Soccorso, prendendosi carico delle urgenze a bassa complessità (i cosiddetti codici 4 e 5).

Sono a conduzione infermieristica con supporto medico, in presenza o in teleconsulto.

Il loro obiettivo è quello di trattare piccoli traumi, ferite superficiali o malesseri lievi in tempi brevi, evitando che questi pazienti intasino le sale d'attesa degli ospedali maggiori.

Vantaggi:

Velocità per i casi lievi: se hai bisogno di pochi punti di sutura o hai una piccola scottatura, un PIR è generalmente molto più rapido di un Pronto Soccorso dove passeresti ore dietro ai codici rossi e gialli.

Prossimità: sono fondamentali nelle zone periferiche o montane (come la Garfagnana o l'Appennino Pistoiese) dove l'ospedale principale è lontano.

Un'utilizzazione appropriata dei PIR permetterebbe di depotenziare alcuni ospedali periferici quali Abbadia San Salvatore, Bibbiena, Figline ecc.

Filtro: riescono a risolvere "in loco" circa l'80-90% degli accessi, senza bisogno di inviare il paziente in ospedale. In particolare, si rendono necessari nelle zone periferiche lontane dagli ospedali.

Sono strategici nelle zone disagiate, mentre nelle aree ad alta densità di offerta sanitaria possono esser sostituiti da aree dedicate al trattamento di patologie a bassa complessità all'interno dello stesso ospedale o distretto (Case di comunità).

Un capitolo a parte riguarda l'assistenza dei pazienti con patologie avanzate e non più trattabili come quelle oncologiche, che spesso si recano in PS e che potrebbero essere assistiti organizzando PIR specializzati e dedicati alle cure palliative (da organizzare in Hospice?).

Nonostante l'utilità teorica, i nodi irrisolti sono numerosi:

Carenza di Personale: come tutto il sistema sanitario toscano, anche i PIR soffrono della mancanza di personale (medici e infermieri). Questo porta talvolta a chiusure temporanee o riduzioni di orario (soprattutto notturno).

Confusione dell'Utenza: molti cittadini si recano al PIR per patologie gravi (dolore toracico, sospetto ictus). In questi casi, il PIR non può fare nulla se non chiamare un'ambulanza per il trasferimento, facendo perdere tempo prezioso.

Tecnologia e Diagnostica: non tutti i PIR sono dotati di radiologia o laboratori analisi completi. Se il caso richiede un accertamento più approfondito, il "viaggio" verso il PS diventa comunque inevitabile.

D. Il "Fenomeno del Boarding"

Il sovraffollamento del PS spesso non dipende dalle troppe persone che vi accedono, ma dalla difficoltà di trasferimento dei pazienti verso i reparti. La presenza di pazienti "impropri" ricoverati (per motivi sociali o riabilitativi), blocca l'accesso di quelli provenienti dal PS. Questo fenomeno è definito Boarding.

Alcune delle seguenti proposte, potrebbero contenere il fenomeno in tempi rapidi e permetterebbero di liberare i letti nei reparti.

Obbligare i reparti alla dimissione mattutina, in modo che nel primo pomeriggio i letti siano liberi e in grado di accogliere i malati provenienti dal PS;

Creazione di un' area ("discharge room") dove i pazienti possono attendere la dimissione dall'ospedale (preparazione dei documenti, trasporto ecc.) liberando il letto già dal mattino. I pazienti stabilizzati ma non autosufficienti verrebbero spostati in questa area, liberando posti per chi è in attesa in PS. È utile ricordare che già in alcuni ospedali (ad esempio il Policlinico Le Scotte) è stata attivata da tempo questa soluzione che si è rivelata molto utile e apprezzata dalle associazioni di volontariato che, avendo un unico punto in ospedale dove andare a prelevare i dimessi, risparmiano tempo e possono garantire più servizi.

Migliorare la specificità delle cure: un paziente anziano che attende il ricovero presso una RSA non ha bisogno dell'intensità di cura di un reparto di chirurgia, ma di assistenza riabilitativa e sociale;

Rivalutare il numero dei posti letto dei vari reparti che risultano inferiori rispetto a quanto stabilito dalle normative vigenti;

Potenziare le cure intermedie: questo rappresenta uno snodo focale. Un aumento dei posti letto intermedi presenti nel territorio permetterebbe la dimissione dei pazienti ricoverati nei reparti con "effetto a catena" sulla liberazione dei letti per il PS. Attualmente i posti letto intermedi in Toscana sono insufficienti e distribuiti in modo improprio, senza alcun riferimento al numero dei residenti e alle dimensioni dei PS. Per risolvere questo problema potrebbe essere necessario rivolgersi alla sanità privata.

IL PROBLEMA DELLA SICUREZZA

Una riorganizzazione del PS deve contemplare anche misure di sicurezza contro la violenza perpetrata nei confronti dei sanitari, prevedendo misure preventive o di sostegno in caso di un episodio aggressivo. È necessario rendere obbligatorie per tutte le aziende sanitarie e le aziende ospedaliero-universitarie le seguenti misure:

A. Deterrenza:

Posizionamento di cartellonistica con cui si avvisano gli utenti che le aggressioni ai sanitari comportano l'intervento delle Forze dell'Ordine.

Ripristino dei presidi h/24 della Polizia di Stato all'interno degli ospedali o istituzione di un servizio di vigilanza privata.

Stipula di convenzioni con le Forze dell'Ordine per protocolli operativi di intervento immediato in caso di aggressione ai sanitari.

Posizionamento di dispositivi di videosorveglianza a circuito chiuso su tutto il perimetro ospedaliero e nelle aree interne a rischio.

Dotazione di body-cam per il personale sanitario del 118 e del PS.

Corsi di formazione per tutto il personale in materia di aggressioni.

Dotazione di pulsanti di emergenza da attivare in caso di aggressione.

B. Prevenzione:

- chiusura dei perimetri ospedalieri nelle ore notturne
- identificazione dei visitatori nelle ore notturne;

- area adibita al colloquio con i parenti;
- colloqui con un solo parente in presenza sempre di due sanitari;
- Corsi di formazione nelle scuole e all'università per prevenire i fenomeni di violenza contro i sanitari

C. Assistenza post-aggressione:

- costituzione come parte civile delle Aziende Ospedaliere in caso di denuncia;
- assistenza legale e psicologica gratuita per i sanitari che hanno subito violenza;
- registrazione delle aggressioni da parte degli uffici legali.

CONCLUSIONI

La riorganizzazione del Pronto Soccorso rappresenta un problema non rimandabile che deve trovare soluzioni tampone immediate, realizzabili senza incidere in modo significativo sui costi.

Le soluzioni immediate potrebbero essere applicate (a titolo sperimentale) in tre ospedali della Regione Toscana, corrispondenti alle tre aree ASL (ad esempio Prato, Grosseto, Massa).

In particolare, è necessario prevedere:

- Un **team clinico** operativo con inserimento di nuovi professionisti: Medici Specializzandi di tutte le branche dell'Area medica e Amministrativi "Clinicizzati".
- L'attivazione di **aree a bassa gravità** (prevalentemente ambulatoriali) e contigue all'area del PS, per i codici 4-5.
- L'incremento del numero dei letti convenzionati per le cure intermedie.
- La creazione di un' area di attesa per i pazienti in dimissione.

Inoltre, la fase di riorganizzazione dovrebbe prevedere gli interventi necessari per garantire la sicurezza dei sanitari.

RIASSUNTO

Il documento propone un'ipotesi di riorganizzazione del Pronto Soccorso in Toscana, concentrandosi su miglioramenti organizzativi, risorse umane e tecnologie per affrontare le attuali criticità e ottimizzare l'attività di emergenza-urgenza.

L'obiettivo principale è quello di ripristinare il ruolo di emergenza-urgenza tempo dipendente, con interventi tampone integrati con la futura riorganizzazione territoriale e delle cure intermedie.

Stato attuale: aspetti positivi e criticità

- Aspetti positivi: triage numerico, percorsi specialistici, reti tempo dipendenti e ruolo del facilitatore.
- Problemi: filtro territoriale inadeguato, "burocrazia della barella", fenomeno del "boarding", carenza di personale, disparità tra ospedali, digitalizzazione frammentata.

Proposte regionali

- potenziamento della sanità territoriale con case di comunità, ospedali di comunità e coordinamento COT.
- gestione del fenomeno del "boarding" con bed management e aree di osservazione breve intensiva.
- autonomia infermieristica e telemedicina per consulti remoti e monitoraggio a distanza.
- incentivi per il personale e miglioramento delle condizioni di lavoro.

Soluzioni proposte dal Forum

- Risorse umane: inserimento di personale amministrativo e di studenti di medicina e infermieristica (su base volontaria e con retribuzione) per ridurre il carico burocratico.
- Area a bassa gravità: separazione dei flussi per codici minori. Potenziamento dell'attività libero professionale dei medici specializzandi con funzioni indipendenti di medicina generale.
- Punti di Intervento Rapido (PIR): gestione delle urgenze minori, soprattutto nelle zone periferiche.
- Sicurezza: misure contro le aggressioni, videosorveglianza, formazione e assistenza post-episodio.

Conclusioni

- Soluzioni immediate da sperimentare in tre ospedali toscani, con la creazione di team clinici (integrati da personale amministrativo e studenti delle professioni sanitarie).
- Incremento dei posti letto intermedi e delle aree di attesa per le dimissioni.
- Interventi per garantire la sicurezza dei sanitari.

Riferimenti bibliografici

Morley et al. Emergency department crowding : A systematic review of causes, consequences and solutions. **Plos ONE, 2018.**

Oredsson et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 2011**

Ullman et al. The effect of Medical Scribes in Emergency Departments: A Systemic Review. **Journal of Emergency Medicine** 2021

Gottlieb et al. Effect of medical scribes on throughput, revenue, and patient and provider satisfaction : a systematic review and meta-analysis . **Ann Emerg Med** 2021

Oliveira et al. Decreasing boarders in the emergency department by reducing clerical work in the discharge process of in -hospital patients in Brazil - an interrupted time-series analysis. **BMC Emergency Medicine** 2022

Elkholi et al. NO WAIT: new organised well-adapted immediate triage: a lean improvement project. **BMJ Open Qual** 2021

Samadbeik et al. Patient flow in emergency departments: a comprehensive umbrella review of solutions and challenges across the health system. **BMC Health Serv Res.** 2024

Marsilio et al. Operations management solutions to improve ED patient flows: evidence from the Italian NHS. **BMC Health Serv Res** 2022

Oskvarek et al. Emergency Department Crowding in the modern era :A Systematic Review (2018.2025). **Clin Exp Emerg Med** 2026

Dowling et al. Patient and staff safety implications of emergency department boarding: a systematic review. **HealthAff.Sch** 2026

Lovett et al. A successful Model for a Comprehensive Patient flow Management Center at an Academic Health System **Am J Md Qual** 2016

Barrett L A bed management strategy for overcrowding in the emergency department **Nurs Econ** 2012

Mc Crimmon et al. Enhancing patient flow through standardised discharge pathways for neurology and medicine services **BMJ Open Quality 2025**

Leppin et al. Interventions to improve Communication at Hospital Discharge and rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Internal Medicine 2021**

Larsen et al. Acute Medicine:discharge lounge utilisation QI. **Future Healthcare Journal 2025**

Ministero della Salute. Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e sociosanitario a causa dell'esercizio delle loro funzioni **2025**

Aljohani et al. Workplace violence in the emergency department :A systematic review and meta-analyses. **Public Health 2021**

Rossi et al. Workplace violence against healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Public Health 2023**