

# **EMERGENZA E URGENZA IN EUROPA: TEMPO DI RIDISEGNARE UNA RETE RAZIONALE DI SERVIZI?**

***Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili***

## **Introduzione**

Spaziando da elicotteri e ambulanze a unità di cura intensive ospedaliere, i servizi di emergenza e urgenza sono necessari per trattare eventi acuti (a rischio vita o di gravi sequele) che richiedono interventi sanitari immediati.<sup>1</sup> Sebbene concettualmente semplici da distinguere sotto il profilo teorico, in pratica i due tipi di cura sono stati mescolati storicamente nella maggior parte dei sistemi sanitari Europei, nei quali i servizi di pronto soccorso (PS) ospedalieri sono diventati nel frattempo le colonne portanti nel campo della gestione delle urgenze sanitarie, dopo aver generato un notevole senso di fiducia in tutti i cittadini.

Di conseguenza, nel corso degli ultimi decenni e indipendentemente dalla recente pandemia da Covid-19, il sovraffollamento dei PS è diventato un problema di grande rilievo in molti Paesi Europei, principalmente imputabile all'impatto sui PS di urgenze sanitarie minori che potrebbero essere trattate in servizi territoriali di assistenza primaria ben organizzati.<sup>2</sup> La diffusa carenza di accesso a servizi territoriali efficienti ha quindi reso i PS la sede privilegiata (per non dire esclusiva) per qualsiasi tipo di bisogno specialistico urgente,<sup>3</sup> facendoli percepire dalla gente comune come 'sportelli sanitari unici' che forniscono ininterrottamente h-24 'assistenza sanitaria totale'.<sup>4</sup> Questo sentimento diffuso ha condotto i PS a un punto di crisi quasi ovunque in Europa. Oltre a generare insoddisfazione nei pazienti, col passare del tempo il sovraffollamento e l'uso inappropriato dei PS è diventato anche una delle cause principali di frustrazione

---

individuale e di attriti organizzativi fra i diversi professionisti sanitari che operano in questi servizi.<sup>3</sup>

In questa sede, cerchiamo innanzitutto di fornire una panoramica dei principali servizi che possono essere ricondotti alle cure di emergenza e urgenza, per poi formulare una proposta generale con l'obiettivo di stimolare un dibattito su come potrebbe essere implementata una rete di servizi di emergenza e urgenza attraverso i diversi livelli di assistenza sanitaria in una prospettiva di cure integrate.<sup>5</sup>

### **Stato dell'arte**

Sebbene i servizi di emergenza e urgenza varino molto da un paese Europeo all'altro sia in base al tipo di sistema sanitario (es. Beveridgiano o Bismarckiano) sia addirittura nell'ambito dello stesso paese a livello regionale (es. nel SSN italiano),<sup>6</sup> essi possono essere sostanzialmente classificati in quattro tipologie.

1. Il primo (e più semplice) servizio è costituito dal numero unico telefonico, che è stato introdotto quasi ovunque per permettere ai cittadini di indirizzarsi rapidamente ai servizi di urgenza.<sup>7</sup> In alcuni paesi (es. Danimarca) il servizio è stato esteso a un sistema telefonico centralizzato di smistamento (*triage*) e il libero accesso ai PS è limitato esclusivamente ai pazienti che ottengono il permesso dal call center nel corso della chiamata.<sup>1,3</sup>
2. Ambulanze ed elicotteri sono dotati ovunque di uno staff costituito principalmente da medici e/o assistenti sanitari di emergenza.<sup>8</sup> Il tempo totale antecedente l'ingresso in ospedale può essere suddiviso in quattro intervalli temporali: la chiamata telefonica, l'invio del mezzo di trasporto, l'arrivo dello stesso sul posto indicato, per terminare con l'arrivo in ospedale.<sup>9</sup> In alcune nazioni (ad es. Inghilterra e Olanda) sono disponibili anche 'veicoli a risposta rapida', con staff costituito da operatori sanitari che valutano e stabilizzano i pazienti a domicilio, senza comunque poterli trasportare in ospedale perché non sono ambulanze.
3. I PS sono invece servizi ospedalieri specificamente progettati e dotati di personale per erogare cure di emergenza-urgenza 24 ore al giorno durante tutta la settimana.<sup>1</sup> Tutti gli ospedali per acuti dovrebbero avere un servizio di PS,<sup>5</sup> dove i pazienti possono recarsi in modo autonomo o accedervi in ambulanza. Una volta

---

arrivati a destinazione, tutti i pazienti vengono registrati e sottoposti a un processo di *triage* effettuato da un infermiere per una prima valutazione clinica, che solitamente serve a classificare i pazienti in base alla loro presunta gravità; nel nostro SSN con un codice di colore bianco, verde, azzurro, arancione o rosso, ai quali è stato recentemente aggiunto un codice argento per i pazienti anziani over-75 fragili. Successivamente i pazienti aspettano di essere visitati da un medico e, a seconda delle loro condizioni, possono essere ricoverati o rimandati a casa (salvo ovviamente in caso di decesso) senza nessun altro intervento.<sup>10</sup> Nel caso di necessità di ricovero, i pazienti rischiano un lungo periodo di attesa e di prolungata immobilizzazione sulle barelle prima del momento del ricovero ospedaliero effettivo, qualora l'accesso ai letti nei reparti di degenza sia limitato a causa di un elevato afflusso di pazienti al PS o dei tassi elevati di occupazione dei posti letto nei reparti di degenza.<sup>11</sup> In seguito all'attesa e allo stato di incertezza, molti PS divengono una sorta di limbo privo di notizie, in cui i pazienti, spesso abbandonati a sé stessi, possono entrare in uno stato di totale impotenza e i tempi lunghi di accesso al ricovero possono causare loro un grave disagio emotivo e disperazione.<sup>12</sup> In particolare, l'interruzione del sonno dovuta alle attese notturne può aumentare ulteriormente il rischio di decesso, cadute o stato confusionale nei pazienti più anziani che già necessitano di assistenza nelle normali attività di vita quotidiana.<sup>13</sup> Inoltre anche le complesse procedure di passaggio di consegne fra i diversi professionisti sanitari all'interno del PS e degli altri servizi ospedalieri (*boarding*) per la definitiva presa in carico dei pazienti, possono diventare ulteriori cause di ritardo al ricovero o alla dimissione.<sup>8</sup>

4. Infine, le unità di cura intensiva (UCI) sono servizi ospedalieri completamente dedicati alle cure di emergenza necessarie per monitorare e supportare le funzioni vitali nei pazienti che mostrano una possibile reversibilità delle loro condizioni di pericolo di vita.<sup>14</sup> Sebbene le UCI siano storicamente piuttosto recenti e la loro offerta sia tuttora difficile da valutare quando si effettuano confronti fra i diversi paesi, tuttavia tutti gli operatori sanitari delle UCI condividono indubbiamente un'attività davvero impegnativa, come evidenziato dai media durante la pandemia Covid-19.

---

Infine, vale la pena notare che molte delle cure urgenti che attualmente passano dai PS potrebbero essere erogate e gestite a livello dell'assistenza territoriale, principalmente dalla medicina generale, che costituisce (o dovrebbe costituire) la 'prima linea' a cui i cittadini dovrebbero rivolgersi in prima battuta per tutti i loro problemi di salute, soprattutto per quelli cronici o per quelli meno gravi.<sup>15</sup> La carenza di accesso ai medici di medicina generale (MMG) rappresenta purtroppo una debolezza assai diffusa nella maggior parte dei paesi Europei, soprattutto per i servizi fuori orario.

### **Proposta per una rete razionale di servizi**

Alla luce dell'attuale situazione piuttosto confusa delle cure di emergenza e urgenza nei paesi Europei, presentiamo alcune idee per aprire un dibattito su come la rete di servizi sanitari coinvolti potrebbe essere meglio integrata fra i diversi livelli di assistenza.

Innanzitutto, dal momento che ovunque in Europa la debolezza principale è costituita dal sovraffollamento dei PS dovuto ad accessi impropri, condividiamo pienamente l'opinione che il cambiamento più radicale dovrebbe essere quello di aumentare drasticamente l'accessibilità ai servizi territoriali delle cure primarie per i bisogni urgenti di minore entità.<sup>1,3</sup> La causa principale di questo problema va ricondotta allo stato anacronistico dei MMG nella maggior parte dei paesi Europei, i quali sono tuttora formalmente 'liberi professionisti' (diversamente dai loro colleghi ospedalieri) che in molti casi lavorano ancora autonomamente nei loro ambulatori, dove ricevono i loro pazienti principalmente su appuntamento.<sup>15</sup> I MMG dovrebbero diventare lavoratori dipendenti a tempo pieno e operare in équipe assieme ad altri professionisti in strutture multifunzionali di una certa dimensione aperte tutto il giorno (come già accade in Spagna e Portogallo), che forniscono anche cure quotidiane per i casi urgenti di bassa complessità e quindi filtrano buona parte degli accessi inappropriati ai PS. Il numero di queste strutture in comunità dovrebbe essere razionalmente pianificato, anche con il supporto della telemedicina, per bacini di utenza rurali e urbani ragionevolmente omogenei, al fine di compensare i tempi di percorrenza più lunghi dovuti all'eventuale chiusura di ospedali per acuti troppo piccoli e inefficienti.<sup>1</sup> Allo stesso tempo, condividiamo l'opinione che i sistemi di triage telefonico non possono

---

essere considerati un'alternativa efficace per filtrare i disturbi minori da un accesso improprio nei PS,<sup>2</sup> portando più plausibilmente a ritardare le visite piuttosto che a risolvere concretamente i problemi.

In secondo luogo, lo spazio fisico e l'organizzazione del lavoro dei PS dovrebbero essere ripensati per limitare ulteriori (evitabili) inconvenienti dovuti a tempi di permanenza prolungati. Rimanendo comunque indiscutibilmente i 'pilastri' delle cure di emergenza e urgenza, tutti i PS dovrebbero essere dotati di un'area fisica attrezzata con letti ospedalieri dedicati per i pazienti che sono già stati stabilizzati e attendono il ricovero nei reparti di degenza, in modo tale da limitare lo stress di questi pazienti e allo stesso tempo mantenere il loro comfort.<sup>12</sup> Per consentire a tutto il personale sanitario che opera nei PS di prendersi cura dei pazienti con effettivi bisogni urgenti, la responsabilità clinica dei pazienti in attesa potrebbe essere già assegnata dopo il *triage* e la stabilizzazione ai clinici dei reparti nei quali verranno ricoverati non appena un posto letto sarà reso disponibile.

Infine, tutti i clinici e operatori sanitari impegnati nei servizi di emergenza e urgenza in comunità e negli ospedali dovrebbero seguire un percorso di formazione comune, in modo tale da condividere le priorità dei pazienti critici,<sup>8</sup> e la rotazione delle mansioni dovrebbe essere quanto più possibile praticata per favorire l'assistenza integrata e limitare il burnout professionale.

**C**oncludendo una lezione (positiva) da trarre dalle passate esperienze (negative) è che le campagne di informazione costituiscono una tappa fondamentale per mettere la popolazione a conoscenza delle strutture in cui possono trovare cure di urgenza e emergenza al momento del bisogno.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Baier N, Geissler A, Bech M, Bernstein D, Cowling TE, Jackson T, van Manen J, Rudkjøbing A, Quentin W. Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms. *Health Policy*. 2019;123(1):1-10.
2. Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santistevé P, Peiró S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: A systematic review. *PLoS One*. 2012;7:e35903.
3. Horvath S, Visekruna S, Kilpatrick K, McCallum M, Carter N. Models of care with advanced practice nurses in the emergency department: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2023;148:104608.
4. Van den Heede K, Van Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy*. 2016;120:1337–49.
5. Garattini L, Badinella Martini M, Freemantle N, Nobili A, Mannucci PM. A European national health and social service model: a rational network of health care facilities. *Intern Emerg Med*. 2023;18(6):1855-7.
6. Garattini L, Badinella Martini M, Zanetti M. The Italian NHS at regional level: same in theory, different in practice. *Eur J Health Econ*. 2022;23(1):1-5.
7. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:105.
8. Guasconi M, Bonacaro A, Tamagnini E, et al. Handover methods between local emergency medical services and Accident and Emergency: is there a gold standard? A scoping review. *Acta Biomed*. 2022;93(4):e2022288.
9. Pedroto I, Amaro P, Romãozinho JM. Health systems organization for emergency care. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2013;27(5):819-27.
10. Sausman J, Arif A, Young A, MacArtney J, Bailey C, Rajani J, Burt R. Healthcare professionals' perspectives of the management of people with palliative care needs in the emergency department of a UK hospital. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):129.
11. Friebe R, Juárez RM. Spill Over Effects of Inpatient Bed Capacity on Accident and Emergency Performance in England. *Health Policy*. 2020;124(11):1182-91.
12. Anderson TS, Herzig SJ. The Risks of Being in Limbo in the Emergency Department. *JAMA Intern Med*. 2023;183(12):1385–6. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5953
13. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, et al.; FHU IMPEC–IRU SFMU Collaborators. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med*. 2023;183(12):1378–85. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5961
14. Garattini L, Zanetti M, Freemantle N. The Italian NHS: What Lessons to Draw from COVID-19? *Appl Health Econ Health Policy*. 2020;18(4):463-6.
15. Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. General practice in the EU: countries you see, customs you find. *Eur J Health Econ*. 2023;24(2):153-6.



*"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a [cs@marionegri.it](mailto:cs@marionegri.it) invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".*