

*Ministero del Lavoro, della Salute  
e delle Politiche Sociali*

**DIREZIONE GENERALE  
DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
UFFICIO V**

**Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti  
“Modalità organizzative per garantire l’assistenza sanitaria in h 24:  
riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e  
miglioramento della rete assistenziale territoriale”**

## **Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti**

**“Modalità organizzative per garantire l’assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale”**

### ***SOMMARIO***

- **PREMESSA**
- **MODALITÀ ORGANIZZATIVE ALTERNATIVE O INTEGRATIVE**
  - 1) **Livello ospedaliero**
    - a) *Ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi)*
    - b) *Punti di Primo Intervento (PPI)*
  - 2) **Livello territoriale**
    - a) *Presidio Ambulatoriale Distrettuale*
    - b) *Assistenza Territoriale Integrata*
    - c) *Ambulatorio territoriale integrato*
- **APPLICAZIONE DEI MODELLI**

**MODALITÀ ORGANIZZATIVE PER GARANTIRE L'ASSISTENZA SANITARIA IN H 24:  
RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI NELLE STRUTTURE DI EMERGENZA E  
MIGLIORAMENTO DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE.**

***PREMESSA***

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso in conseguenza dei seguenti fattori:

- ✚ un sempre maggior bisogno del cittadino di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali;
- ✚ il miglioramento delle cure con aumento della sopravvivenza in pazienti affetti da pluripatologie che con sempre maggior frequenza necessitano dell'intervento del sistema d'emergenza-urgenza;
- ✚ il ruolo di rete di sicurezza rivestito dal Pronto Soccorso per categorie socialmente deboli;
- ✚ la convinzione del cittadino di ottenere un inquadramento clinico terapeutico migliore e in tempi brevi;
- ✚ la preminenza del modello di salute tecnologico centrato sull'Ospedale rispetto al modello preventivo-territoriale centrato sulla Medicina di Base.

Inoltre, non ultimo, il notevole sviluppo del sistema organizzato di emergenza sanitaria non compensato da una opportuna consapevolezza da parte del cittadino dei compiti ad esso affidati.

D'altra parte il modello organizzativo della medicina territoriale non sempre ha assicurato una adeguata risposta alle esigenze del cittadino.

Il Pronto Soccorso è diventato, spesso, per i cittadini punto prevalente di riferimento anche per le richieste che dovrebbero essere erogate da altri servizi socio assistenziali.

L'eccessivo ricorso improprio al Pronto Soccorso comporta:

- ✚ lunghe attese per i cittadini;
- ✚ elevata pressione sul personale sanitario;
- ✚ disagi e difficoltà nello svolgimento di attività sui pazienti a maggiore criticità;
- ✚ incremento rilevante dei costi.

La crescita esponenziale della domanda verso le strutture di Pronto Soccorso è stata affrontata in questi anni essenzialmente in termini di dissuasione, introducendo strumenti quali la partecipazione alla spesa per i casi di minore gravità (codici bianchi).

Anche l'applicazione del Triage che ha portato sicuramente notevoli vantaggi per un corretto e appropriato svolgimento delle attività di Pronto Soccorso, tuttavia non ha risolto il problema del sovraffollamento e degli accessi impropri ed evitabili.

Infine, gli ultimi accordi per la Medicina Generale hanno introdotto elementi di novità, come ad esempio le forme di associazionismo, con l'intento di indurre ad una maggiore presa in carico di problematiche ora affrontate in sede di Pronto Soccorso; ciò nonostante il fenomeno dell'iperafflusso non è stato completamente risolto.

Si ritiene, pertanto, che tale fenomeno possa essere notevolmente contenuto con ulteriori modalità organizzative che prendano atto dell'evoluzione della domanda di salute.

E' necessario adottare azioni di riorganizzazione del servizio di Pronto Soccorso e, contemporaneamente, dell'assistenza sanitaria territoriale attraverso modelli organizzativi diversificati e ad elevata flessibilità con ulteriore sviluppo delle integrazioni multi-professionali, adattabili ai diversi contesti territoriali: metropolitano, urbano ed extraurbano.

Rispetto ai temi della gestione dei codici bianchi e alla continuità dell'assistenza, il Medico di Medicina Generale (MMG) è oggi chiamato a svolgere un ruolo importante e più ampio. Affinchè il MMG possa effettivamente assumere il ruolo di principale riferimento sul territorio per il cittadino, l'associazionismo sembra essere la scelta più appropriata.

## **MODALITÀ ORGANIZZATIVE ALTERNATIVE O INTEGRATIVE**

In base ad esperienze condivise di medici che operano in P.S. e di medici di Medicina Generale, risulta che un cospicuo numero di soggetti che si rivolgono al P.S. presenta quadri clinici che potrebbero essere affrontati e risolti adeguatamente dal medico di Medicina Generale.

Si ritiene opportuno, pertanto, indicare alcuni modelli organizzativi da realizzare in ambito ospedaliero e/o territoriale che possano contenere il fenomeno rispondendo alle esigenze sanitarie del cittadino, ben sapendo che nessun modello organizzativo è in grado da solo di risolvere con efficacia il problema.

I modelli di seguito individuati costituiscono alcune fattispecie, già riscontrabili in alcune realtà locali, che possono essere ulteriormente sviluppati.

Per quanto riguarda i modelli ospedalieri, è opportuno sottolineare che il loro richiamo è unicamente finalizzato a promuoverne la transitoria implementazione, quale approccio “tattico” iniziale al problema, e che essi pertanto debbono essere considerati modelli utilizzabili nella sola fase di transizione.

I modelli territoriali, invece, costituiscono le vere risposte cui far riferimento per una definitiva sistematizzazione della problematica assistenziale in questione.

Le tipologie, di seguito indicate, non devono essere considerate modelli già compiutamente definiti per una loro sistematica adozione nelle singole realtà locali, bensì modelli sperimentali per l'avvio del percorso finalizzato alla risoluzione del fenomeno.

L'adozione definitiva della modellistica di riferimento avverrà solo dopo una attenta considerazione dei risultati ottenuti.

Sarà, pertanto, necessario avviare contestualmente un'attività di monitoraggio continuo utilizzando un apposito sistema di indicatori e promuovendo una modalità condivisa con le Regioni e con le realtà professionali coinvolte per la loro valutazione.

## 1) LIVELLO OSPEDALIERO

*a) Ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi):* da attivare presso i presidi ospedalieri cittadini nei quali il Pronto Soccorso registra frequentemente un iperafflusso di utenti (accessi/anno al di sopra di 25.000) o condizioni di flussi periodicamente elevati o irregolari. Tale ambulatorio ha la finalità di garantire una risposta sanitaria a quei soggetti che non presentano patologie a carattere di emergenza- urgenza. Può essere collocato nella struttura ospedaliera o nelle sue immediate vicinanze, con percorsi di accesso ben differenziati da quelli del Pronto Soccorso.

I pazienti vi affluiranno una volta effettuato il Triage presso il Pronto Soccorso. Qualora all'esito della visita medica venga accertato un livello più grave di patologia rispetto alla classificazione "codice bianco" attribuita al medesimo nell'ambito del Triage del Pronto Soccorso, si provvederà a reinserire il paziente stesso nel canale "ordinario" del Pronto Soccorso. In altri casi, se necessario, dopo la valutazione, al fine di garantire una continuità di cura con quanto intrapreso, il paziente può essere indirizzato ad una struttura specialistica ambulatoriale attraverso un percorso agevolato che preveda, eventualmente, la prenotazione per esami e/o ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi.

L'orario di attività dell'ambulatorio varia a seconda delle dimensioni della struttura e del numero degli accessi.

Gli ambulatori sono gestiti da Medici di Continuità Assistenziale (MCA) e/o da MMG con doppio incarico. Il numero delle unità mediche presenti sarà rapportato al numero medio di accessi alla struttura.

La responsabilità organizzativa e amministrativa è del distretto territorialmente competente.

I requisiti minimi strutturali dell'ambulatorio sono quelli previsti dal DPR del 14.01.97.

La realizzazione di questo modello:

- Consente la gestione dei pazienti in condizioni di non urgenza educando gli utenti al corretto utilizzo dei servizi di emergenza urgenza;
- Ottimizza le prestazioni del PS.

Analogamente è possibile individuare percorsi dedicati ai pazienti pediatrici attivando *Ambulatori per la gestione dei codici bianchi pediatrici* gestiti da Pediatri di Libera Scelta (P.L.S) con le stesse modalità organizzative.

### ***b) Punti di Primo Intervento (PPI)***

Sono denominati Punti di Primo Intervento quelle strutture che, distribuite omogeneamente sul territorio e con orario di attività articolato nell'arco delle 12 o 24 ore giornaliere secondo le esigenze locali, dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento ed in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.

Si distinguono in:

- **Punti di Primo Intervento** situati nell'ambito di Presidi delle Aziende Sanitarie Locali, individuati dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera;
- **Punti di Primo Intervento temporanei**, fissi o mobili, organizzati per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasione di manifestazioni di massa, sportive, culturali e religiose.

Il Punto di Primo Intervento è di norma una postazione territoriale della rete dell'Emergenza-Urgenza, presso cui operano i Medici dell'Emergenza Territoriale (MET).

I Punti di Primo Intervento devono garantire una prima risposta sanitaria all'Emergenza-Urgenza sul territorio ed operare, in stretto collegamento funzionale con le altre Unità Operative del DEA, sulla base di un comune codice di

comportamento assistenziale per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero. Tutti i Punti di Primo Intervento devono afferire al D.E.A.

Nei Punti di Primo Intervento non si effettuano ricoveri urgenti né si attivano procedure di accettazione in urgenza.

La loro attivazione permette, in alcuni casi, una razionalizzazione della rete dei Pronto Soccorso, riconvertendo strutture non in grado di mantenere standard elevati di prestazioni e, in altri casi, in particolare in zone disagiate, costituisce un riferimento sanitario in h 24 per la popolazione.

## 2) LIVELLO TERRITORIALE

a) *Il Presidio Ambulatoriale Distrettuale*: costituisce punto di riferimento dell'assistenza territoriale per il cittadino che deve identificare un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale continuativa in h 24.

Si tratta di ambulatori distrettuali gestiti dai Medici di Continuità Assistenziale per effettuazione di visite e prestazioni sanitarie, collocati strategicamente in strutture individuate dalle ASL:

- situati in aree distanti da presidi ospedalieri;
- situati presso aree ad alta densità abitativa e/o aree di interesse turistico;
- almeno uno per distretto sanitario.

L'ambulatorio deve essere collocato in sede distinta dal PS per evitare che i cittadini continuino ad identificare il Pronto Soccorso come luogo unico al quale rivolgersi per qualsiasi problema.

In linea di massima tale struttura dovrebbe essere localizzata vicino ad una postazione di ambulanze del 118, al fine di poter trasferire il paziente presso l'Ospedale di riferimento, qualora se ne verificasse la necessità. Nulla vieta che i due Servizi siano collocati nella stessa struttura, anche per ottimizzare i costi, purchè il personale sia differenziato e ciascuno svolga il proprio compito.

Le prestazioni erogabili sono quelle tipiche dell'ambulatorio del medico di MMG e del PLS: visita medica, prescrizione di farmaci salvavita, certificazione per turnisti, medicazioni, prestazioni urgenti che richiedono un servizio di primo soccorso,



prestazioni di particolare impegno (di cui all'allegato D dell'ACN della MG). In tale ambito possono essere fornite anche prestazioni infermieristiche.

Per ogni turno deve essere presente almeno una unità medica e una unità di personale infermieristico.

L'accesso può avvenire direttamente, tramite invio da parte del MMG o del Pronto Soccorso di riferimento dopo effettuazione del Triage. All'ambulatorio possono accedere non soltanto gli assistiti ma tutti i cittadini, compresi i non residenti.

L'ambulatorio è funzionante sia nelle ore di attività propria della Continuità Assistenziale (notturne, festive e prefestive) sia nelle ore diurne dei giorni feriali.

In particolare, l'attività svolta nelle ore diurne è rivolta, preferibilmente, a quei cittadini presenti in città per lavoro, turismo o studio, non iscritti con un medico di famiglia del luogo, che abbiano necessità assistenziali non rinviabili ma risolvibili ambulatoriamente.

Nel Presidio Ambulatoriale Distrettuale si può prevedere la pronta disponibilità di Medici Specialisti Ambulatoriali Interni per prestazioni di primo intervento per alcuni gruppi di patologie.

**b) Assistenza Territoriale Integrata:** si tratta dello sviluppo di una collaborazione fra più professionisti che rende possibile lo scambio di opinioni e pareri clinici, la condivisione di spazi e attrezzature per una loro ottimale fruizione, l'utilizzo più efficiente del personale di supporto, la garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività sia ambulatoriale che domiciliare, la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile con possibilità di visite e altre prestazioni su appuntamento.

I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, riuniti in associazioni, possono svolgere la loro attività professionale anche in studi medici collocati in sedi diverse, ma devono essere collegati funzionalmente tramite idonea rete informatica e previa informatizzazione delle schede sanitarie individuali degli assistiti (medicina in rete).

Di seguito, si riportano i principali aspetti qualificanti dell'Assistenza Territoriale Integrata:

- \* Garantire la continuità delle cure, mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri;
- \* Realizzare un processo organizzativo che garantisce un'efficace continuità dell'assistenza, la riduzione dei ricoveri inappropriati, la attivazione dei percorsi assistenziali con conseguente diminuzione del ricorso al pronto soccorso per prestazioni che sarebbero classificate come codici bianchi o verdi;
- \* Contribuire a realizzare un riequilibrio fra ospedale e territorio propedeutico ad una redistribuzione delle risorse, basata sull'individuazione del livello di assistenza e della sede per l'erogazione della prestazione appropriata in considerazione dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, nonché dei principi etici;
- \* Perseguire il coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni con le attività del distretto;
- \* Garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del MMG, che rappresenta il primo dei poli della rete integrata di assistenza socio-sanitaria;
- \* Realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità dei servizi e delle attività territoriali da parte dei cittadini, prevedendo da parte dei medici la fruibilità di spazi comuni, potendo utilizzare in via sperimentale la riconversione di piccoli ospedali in strutture territoriali;
- \* Utilizzare gli strumenti della rete e della telemedicina per la gestione del paziente nelle località disagiate, montane e nelle isole minori;
- \* Dotarsi, nelle aree metropolitane, di supporti tecnologici ed informativi attivi per collegare tra loro i professionisti e consentire la condivisione delle informazioni e per integrare i medici del territorio con l'ospedale e con gli attori del sociale;

- \* Rapportarsi con il distretto, con l'ospedale e con gli altri poli della rete integrata;
- \* Diventare il punto di riferimento dell'assistenza territoriale; intercettare la domanda, soddisfarla per quanto è possibile, governarne successivi eventuali percorsi sanitari e sociali, in un'ottica di appropriatezza.

La programmazione di nuove équipes territoriali deve, pertanto, essere collegata a nuovi modelli di risposta ai bisogni della cittadinanza, in particolare delle categorie più fragili, come bambini, adolescenti, anziani, disabili, soggetti affetti da disturbi mentali e da dipendenze.

Tra le aree possibili di sviluppo, l'Assistenza Territoriale Integrata può giocare un ruolo di primo piano:

- nell'integrazione tra territorio ed ospedale nel portare avanti nuovi percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali;
- nel raccogliere in un unico punto di riferimento le competenze per l'assistenza a particolari patologie croniche;
- nel creare nuovi servizi di telemedicina/teleconsulto sfruttando le nuove tecnologie.

In molte aree assistenziali si sta cercando di garantire la continuità dell'assistenza tra Ospedale e territorio anche attuando servizi di tipo intermedio (Country Hospital, Hospice), ma il ritardo nella loro realizzazione porta il cittadino ad utilizzare impropriamente il Pronto Soccorso. Nell'ambito dell'assistenza territoriale integrata, grazie alla disponibilità del medico 24 ore su 24 e sette giorni su sette, sarebbe possibile disegnare e sperimentare nuovi percorsi di "ammissione protetta", sfruttando anche la disponibilità di alcuni posti letto (per osservazione dei pazienti) o di canali preferenziali per l'ammissione protetta nelle strutture territoriali o in ospedale per acuti.

A tal fine, presso le sedi delle forme associative della medicina generale, si potrà prevedere:

- la presenza di un MMG e PLS nelle 12 ore diurne dei giorni feriali;
- la presenza di un MCA nelle 12 ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi;
- la presenza h24 di personale infermieristico;
- la presenza h12 di personale amministrativo;
- l'attivazione degli interventi degli specialisti ambulatoriali interni in reperibilità.

Diventa indispensabile il passaggio in cura per i prefestivi, festivi e notturni ai medici di continuità assistenziale.

Tali attività sono rivolte a tutta la popolazione residente afferente al distretto di riferimento.

**c) *Ambulatorio territoriale integrato*** Si definiscono "ambulatori integrati" o "centri medici" quei presidi territoriali dove operano i professionisti che svolgono insieme la loro attività, secondo precise modalità organizzative ispirate alla Medicina di Gruppo. "L'ambulatorio integrato" è aperto almeno dieci ore al giorno, dispone di una rete informatica locale, a sua volta collegata alle reti informatiche aziendali; vi operano MMGG e/o PLS, personale infermieristico ed eventualmente personale amministrativo.

Presso "l'ambulatorio integrato" possono essere erogate:

- \* visite ambulatoriali comunemente svolte dai MMG, dai PLS e dagli specialisti ambulatoriali interni;
- \* analisi diagnostiche di primo livello (da tecnologie elementari fino alla telemedicina);
- \* consulenze specialistiche;
- \* prestazioni infermieristiche;

Inoltre, possono essere svolte attività correlate, quali raccolta prelievi, prenotazione di prestazioni specialistiche e/o di ricovero degli assistiti, valutazioni connesse all'attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

## ***APPLICAZIONE DEI MODELLI***

L'obiettivo della riduzione degli accessi impropri può essere raggiunto più agevolmente se, nell'applicazione dei modelli organizzativi sperimentali, si tiene conto delle caratteristiche territoriali, demografiche, delle principali evidenze epidemiologiche e della presenza di strutture ospedaliere sede di Pronto Soccorso.

L'offerta diversificata, adeguata alle specificità del territorio, permette ai servizi territoriali di affiancare quelli ospedalieri al fine di un ricorso sempre più appropriato ai PS.

Si ritiene, infatti, che in una realtà metropolitana e urbana sia più efficace attivare, contestualmente, l'Ambulatorio per la gestione dei codici bianchi presso i Pronto soccorso, i Punti di Primo Intervento ed il Presidio Ambulatoriale Distrettuale. Nelle aree extraurbane si ritiene sia più necessario, oltre all'attivazione dei Punti di Primo Intervento e del Presidio Ambulatoriale Distrettuale, la promozione dell'Assistenza Integrata e dell'Ambulatorio Territoriale Integrato.

