



Giulio Maria Ricciuto

*Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Ospedale GB Grassi, Lido di Ostia,
ASL Roma 3
Past President SIMEU Lazio*

Cosa serve realmente ai pronto soccorso per uscire dalla crisi?

Abstract: La crisi dei Pronto Soccorso in Italia è argomento noto con un risvolto sociale di natura emergenziale per la perenne sproporzione tra le risorse disponibili e la domanda sanitaria. La modalità di richiesta al pronto soccorso è in progressivo aumento, con ritorno ai valori pre-COVID, nonostante buone intenzioni dichiarate di tutti gli attori interessati e coinvolti. Lo scopo di questo articolo è di descrivere le esigenze delle aree emergenziali evidenziandone i deficit ed elencarne le necessità, dando uno spaccato il più veritiero possibile, come solo può farlo chi opera ogni giorno in questa realtà ad alti tassi di utenza.

Keywords: area emergenziale, pronto soccorso, aree diagnostiche, suddivisione fasi di accesso.

Introduzione

La crisi dei Pronto Soccorso in Italia costituisce argomento ormai a tutti noto e sulla quale sono stati scritti numerosi articoli, con una evidenza scientifica e sociale ormai consolidata circa le cause e gli effetti negativi della perenne sproporzione esistente tra le risorse disponibili e la domanda sanitaria.

Eppure il mindset diffuso di operatori e utilizzatori del SSN continua a produrre la stessa tipologia e modalità di flusso verso il pronto soccorso addirittura in progressivo aumento numerico con ritorno ai valori pre-COVID nonostante le intenzioni continuamente dichiarate da tutti gli attori di qualsiasi processo correlato o meno alla realizzazione della missione 6 del PNRR.

Background

Il Sistema di Emergenza e Urgenza nel tempo ha sempre più sviluppato la caratteristica di unico punto di riferimento sempre disponibile senza alcun filtro di accesso obbligatorio e con alte capacità umane e tecnologiche di risoluzione immediata di ogni problematica a costo praticamente zero per il cittadino. Questa strategia sanitaria ha quindi permesso il mancato sviluppo di politiche territoriali efficienti e virtuose accentuando la cultura ospedalocentrica prestazionale trasformando la mission originaria del sistema di emergenza e urgenza in annullare a quella di reale Punto Unico di Accesso per ogni situazione di malessere, come i seguenti dati testimoniano [1,2,5,9,11]:

- in media 1 residente su 3 si reca in PS in un



Figura 1

- anno per un totale di circa 18-20 milioni di accessi [5,9];
 - l'accesso in ambulanza avviene in percentuali variabili tra il 10% ed il 35% con alto tasso di trasporto di pazienti anche non in condizioni di emergenza-urgenza effettiva ma senza alternativa al PS dell'ospedale più vicino [5,10];
 - l'aumento degli accessi nei primi 6 mesi del 2026 raggiunge anche oltre il 20% rispetto allo stesso periodo del 2024, praticamente tutto con esito rientro a domicilio dopo percorso di PS [2,5];
 - le percentuali medie di pazienti con esito ricovero/trasferimento/decesso sono del 15-16% con ampie oscillazioni a seconda del livello di complessità della struttura e del grado di assistenza territoriale locale e regionale [5,10];
 - il sottodimensionamento cronico della capacità ricettiva ospedaliera italiana per acuti (3,1 posti letto/1000 abitanti contro la media europea di 5,2 posti letto/1000 abitanti)
- risulta ancor più pesante analizzando il dato nel dettaglio spesso con una anacronistica rigida e non ottimizzata redistribuzione di tali posti letto per discipline slegata dall'epidemiologia e dai bisogni rilevati, nonché quasi mai disposti per intensità di cura [3,4];
- I letti di post-acuzie risultano anch'essi sottodimensionati rispetto alle esigenze cliniche e sociali emergenti da un aumento dell'età media e delle fragilità sociosanitarie ad essa correlate con conseguente difficoltà di dimissione dall'ospedale per acuti ed ulteriore access block al ricovero da PS [1,3,9];
 - il tempo dall'accesso in PS al ricovero in reparto, quindi, stenta a ridursi in maniera significativa e resta a livelli superiori, talora di molto, rispetto a quelli indicati dalla letteratura internazionale come pericolosi per la prognosi dei pazienti a breve e medio termine (medie di 24-31 ore reali contro un atteso di meno di 8 ore ed auspicato di meno di 12 ore), generando il fenomeno del Boarding, vera causa primaria del sovraffollamento

del PS a sua volta responsabile direttamente e indirettamente di gran parte del disagio lavorativo e psicologico degli operatori costretti ad assistere tale ampia fetta di malati spesso a scapito di ritardi sui nuovi pazienti peggiorando gli outcome complessivi e dovendo rispondere ai pazienti e ai parenti di disfunzioni non proprie e vissute dagli operatori stesse come ingiuste con profonde ferite morali che ne comportano la demotivazione e la fuga (fenomeno della Moral Injury) [10,12,13,14,15,16,17];

- Le aggressioni in PS costituiscono un elemento di grave e sottovalutato stimolo all'abbandono del PS e alla fuga dalla prima linea dell'assistenza, e risulta da ricerche SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza) che ben oltre il 75% degli operatori ha subito almeno una aggressione, di cui la metà fisica spesso con esiti psicologici importanti riversati sulla pratica quotidiana e senza ubiquitarie politiche di sostegno e vicinanza da parte delle aziende, sempre pronte d'altro canto a chiedere continue relazioni di fronte a qualsiasi lamentela dell'utenza anche evidentemente pretestuosa [5,18].
- La burocrazia ed il debito informativo dei PS ormai travalicano ogni possibilità di dedicare il giusto tempo ai pazienti con moduli interminabili di denunce, referti, certificazioni e relazioni; senza alcun fondamento giuridico il PS è stato inoltre ormai condannato da tutti ad essere l'unico strumento per poter ottenere una certificazione per il lavoro o per le assicurazioni in caso di malattia o incidente anche ove nessun danno fisico sia evidente ed appropriato per la visita del medico di emergenza e urgenza [5,10,16];
- il tempo di comunicazione è diventato

praticamente inesistente con carichi di lavoro impressionanti sui pochi professionisti ancora disposti a svolgere questa professione e che spesso si trovano ad avere in carico oltre 30 pazienti con un tasso di turn-over giornaliero molto alto che può arrivare al ricambio completo medio dei pazienti del PS fino ad oltre 3 volte al dì; questo danno grave al rapporto medico-paziente costituisce altro elemento sottovalutato di conflittualità, incomprensione e moral injury finale con demotivazione e fuga dal PS [16,17];

- in PS continuiamo a porre prime diagnosi di patologie anche gravi purtroppo spesso in fase troppo avanzata per impattare poi in maniera significativa sulla loro prognosi (le prime diagnosi oncologiche in PS raggiungono il 30-40% del totale) [19,20];
- i pazienti con patologia psichiatrica sono sempre più numerosi e sempre più giovani e la risposta del PS non può che essere molto parziale [21];
- gli accessi con priorità maggiore, ovvero con codice di triage assegnato 1 (rosso) e 2 (arancio), costituiscono meno del 25% degli accessi totali, con una avanzata imponente negli ultimi due anni dei pazienti in codice 3 (azzurro), per lo più cronici, fragili, con esigenze di cure che trovano capacità solo in ospedale, generando confusione tra acuzie e severità e che rappresentano ormai la maggioranza dei pazienti che affollano i nostri PS a loro volta ancora lontani dall'essere integrati in un sistema di transitional care con continuità assistenziale certa [5,9,21];
- i cosiddetti codici minori, ovvero 4 (verdi) e 5 (bianchi), etichettati in maniera errata e colpevolizzante il cittadino come impropri, sono circa il 35% dei pazienti che accedono



Figura 2

- nei PS che adottano il triage a 5 codici numerici, e costituiscono una conseguenza diretta della carenza del sistema di assistenza territoriale. Questa ampia fascia di utenti, tuttavia, non rappresenta la vera causa di sovraffollamento dei PS, essendo un problema sicuramente di attesa impaziente e di utilizzo inappropriato e demotivante di risorse specialistiche, ma non di flusso e di output, risolvendosi rapidamente e non causando blocchi significativi dell'assistenza in area di PS [9,10,12];
- La logistica strutturale delle Aree di PS in troppe situazioni non rispecchia da troppo tempo le necessità, al punto che nella percezione comune di tutti, tranne che dei pazienti e dei loro parenti mentre ne vivono l'esperienza, e degli operatori dei PS costantemente, risulta inevitabile il ricorso alla assistenza in corridoio, a meno di mezzo metro gli uni dagli altri, con scarse possibilità di istituire veri percorsi di sicurezza contro la diffusione di malattie infettive e di garantire piena privacy e dignità con risvolti molto pesanti sulla psicologia anche degli operatori che eticamente non desiderano lavorare in questo modo e ulteriormente abbandonano vedendosi trattati in maniera evidentemente diversa dai colleghi degli altri reparti, arrivando a dover talora sacrificare anche il locale obbligatorio di studio e di relax per una assistenza ai pazienti migliore [10,12,14,16];
 - Anche l'enorme variabilità di denominazione e di organizzazione delle strutture complesse di emergenza e urgenza contribuisce in maniera significativa alla mancata identificazione chiara e univoca della applicazione pratica di una disciplina unica dalla fase pre-ospedaliera a quella intraospedaliera e che invece viene ovunque mutilata di una o più componenti o interpretata in maniera violentemente demotivante sulla professionalità degli operatori, che si ritrovano per lo più a dover scegliere tra lavoro pre-ospedaliero e lavoro ospedaliero, e a svolgere almeno per il 50% del tempo attività inappropriate e indesiderate come il boarding, le piccole urgenze o la sostituzione di altre figure generaliste

o specialistiche con grande attese e pretese da parte di cittadini che non hanno alcun altro riflesso del PS per qualsiasi bisogno [5,9,10,12].

In questo quadro, quindi, si comprende il motivo per il quale la disciplina MEU, nonostante il suo fascino intrinseco, non risulti abbastanza attrattiva sui medici, sia neo-laureati che già specialisti, con conseguente reclutamento difficile e situazioni di sottorganico anche gravi che ormai riguardano almeno il 50% dei PS sia nella componente medica con circa 5000 unità che in quella infermieristica che riguarda numericamente il doppio [5,18]. Tale desertificazione risulta ovviamente peggiore per gli ospedali periferici seguendo l'andamento centripeto della concentrazione delle risorse umane che si spostano sugli ospedali ritenuti più sicuri e più dotati da ogni punto di vista strutturale, tecnologico, carrieristico e formativo [5].

Per ovviare a questo circolo vizioso e poter tenere aperte tutte o quasi le strutture di PS si è dovuto ricorrere ad una serie di strumenti straordinari salariali su chi ha deciso di restare e di reclutamento attraverso costosissime cooperative o ingaggio diretto e più controllato di liberi professionisti a tariffe orarie ben più alte di quelle medie riconosciute ai dipendenti [5]. Nonostante questo, la scuola di specializzazione in Medicina di Emergenza e Urgenza, pur non essendo tra le ultime come numeri assoluti nelle scelte dei neolaureati, non riesce a reclutare oltre il 30-40% dei posti messi a disposizione con polarizzazione sulle migliori scuole e desertificazione di molte altre [5].

Risulta chiaro, quindi, che, senza:

- un cambiamento radicale del mindset e conseguente re-ingegnerizzazione dei processi

tesi alla appropriatezza e sostenibilità degli interventi [1,2,9,11]

- una nuova modalità di presa in carico precoce e diffusa degli utenti da parte di team multidisciplinari e multiprofessionali coadiuvati dall'utilizzo virtuoso delle nuove tecnologie e la cui formazione sia tesa allo sviluppo della contaminazione dei saperi e delle soft skills necessarie [1,2,6,7,9,21],
- una azione incisiva della medicina del territorio tesa alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria modulate sui singoli cittadini e pazienti [1,2,7,9,11,21]
- e una nuova campagna di educazione ed empowerment del cittadino paziente o caregiver tesa al corretto utilizzo delle strutture del SSN, dei mezzi tecnologici a disposizione e ad un sempre più sano stile di vita [1,9,11,21],

Il risultato non potrà che continuare ad essere quello attualmente evidente con ospedale e territorio non pienamente integrati e operatori che si adoperano in solitario senza coordinamenti su cittadini sempre più soli e difficili da raggiungere in maniera efficiente fino alla manifestazione di acuzie, con un sistema sanitario ridotto ormai ad un insieme di prestazioni da erogare in ordine sparso slegato dai risultati di salute, dove l'accesso in PS quindi è destinato a rimanere il punto di accesso preferito perché spesso costituisce la migliore risposta a qualsiasi domanda estemporanea di salute al costo più basso e attesa sopportabile [1,2,5,9,11,21].

Prospettive e Soluzioni

Non vi è alcun dubbio che il Sistema di Emergenza e Urgenza per sopravvivere alla crisi che lo attanaglia da tempo debba essere ricondotto nel minor tempo possibile alla sua



Figura 3

funzione originaria rafforzandone l'identità e spostando l'attuale predominante peso dell'inadeguatezza sui setting corretti e ad oggi poco utilizzati ed integrati, migliorando la condizione di lavoro e la qualità di vita degli operatori riducendo progressivamente il peso dei liberi professionisti a vantaggio della creazione di team multiprofessionali e multidisciplinari adeguatamente formati e motivati [1,2,5,9,11].

- Appare ormai indispensabile adottare politiche specifiche di benessere organizzativo tese al miglioramento della qualità di vita degli operatori dell'emergenza e dei loro ambienti di lavoro garantendo spazi, percorsi, riposi, formazione specifica continua "on the job" su hard e soft skills a carico delle aziende puntando sulla simulazione e sulla crescita anche manageriale, e garanzie di carriera attraverso la maggiore valorizzazione del lavoro ordinario, e degli incarichi professionali anche sotto i cinque anni di servizio [5,16,17].
- Altre misure auspiccate sono il riconoscimento

di indennità di rischio infettivo, giorni di congedo supplementari come per altre categorie protette ed una serie di benefits da valutare per ogni azienda in merito a facilitazioni sugli affitti, indennità chilometriche oltre i 15-20 km di distanza del posto di lavoro dalla abitazione e agevolazioni familiari come, ad esempio, permessi genitoriali supplementari e posti riservati in asili convenzionati [5,16].

- Personalmente, pur rispettando l'opinione prevalente della categoria degli operatori dell'emergenza urgenza comprensibilmente intrisi della fatica quotidiana e delle condizioni che la rendono ancor più dura sul piano psicofisico, non ritengo corretta la richiesta di riconoscimento del lavoro in emergenza urgenza come "lavoro usurante", così come risulta da alcune proposte e da un disegno di legge appena presentato per altri versi molto condivisibile [5].
- La mia opinione deriva dalla doppia convinzione che:
 - il lavoro del professionista sanitario è un



Figura 4



Figura 5

lavoro prevalentemente intellettuale in cui si applica nel singolo contesto quanto si apprende dalla formazione continua e dall'esperienza [5]

- il raggiungimento delle agevolazioni pensionistiche riconosciute al lavoro usurante risultino difficilmente comprensibili soprattutto ai giovani e allo stesso tempo di scarsa motivazione per i decisori politici e aziendali nel cambiare i contesti e le condizioni di lavoro in meglio, così non solo non frenando la desertificazione dei servizi di emergenza e urgenza, ma spegnendo anche la speranza di un miglioramento, accelerandone la fuga e il mancato reclutamento [5,16,17].
- L'aspetto economico in termini di retribuzione differenziata è sicuramente argomento da perseguire con maggiori indennità legate ai turni notturni e festivi e al fondo di disagio; le prestazioni aggiuntive sono già una realtà ben ricompensata, ma la leva economica pura, seppur fondamentale e dovuta a chi svolge una attività come quella dell'emergenza e urgenza, non risulterà mai efficace nel

reclutamento di nuovi operatori se slegata dal miglioramento delle condizioni di lavoro, delle possibilità di carriera e di espressione dei professionisti e della qualità di vita individuale e di gruppo [5,16,17].

- A livello organizzativo la Medicina di Emergenza e Urgenza deve per prima cosa ritrovare l'identità perduta in mille rivoli che hanno mortificato la disciplina demotivando i professionisti [5,9,10].
- Il sistema pre-ospedaliero non può essere staccato completamente da quello ospedaliero almeno nella composizione del team degli operatori sanitari, medici e infermieri, che devono poter turnare sia nel soccorso pre-ospedaliero che nell'attività all'interno dell'Area di Emergenza, composta obbligatoriamente e ubiquitariamente da Triage, Pronto Soccorso diviso per intensità di cure, OBI (Osservazione Breve Intensiva), Terapia Semintensiva e Degenza di Medicina d'Urgenza [5,9,10];
- Il sistema dell'emergenza e urgenza deve assurgere a quarta gamba del Servizio Sanitario Nazionale insieme a ospedale,

territorio e prevenzione e va organizzato secondo un modello Dipartimentale orizzontale di area vasta strutturalmente collegato ai Dipartimenti verticali delle singole aziende o presidi ospedalieri, garantendo così omogeneità e uniformità di interventi e di formazione del personale nel patient journey che va dal momento del soccorso alla presa in carico diffusa; ovunque i Dipartimenti vanno denominati di Emergenza e Urgenza (DEU) cancellando il vetusto e offensivo termine di Accettazione (DEA), e tutte le Strutture Complesse ospedaliere almeno dal I livello vanno denominate come Strutture Organizzative Complesse di Medicina di Emergenza e Urgenza dotate obbligatoriamente di Triage Avanzato, Area di Pronto Soccorso per Intensità di cura, 1 postazione OBI ogni 5000 accessi, letti di Terapia Semintensiva pari almeno al numero medio quotidiano annuo di accessi in codice 1 e letti di degenza ordinaria in misura di 1 ogni 4000 accessi, il 20% dei quali monitorato;

- l'innovazione tecnologica con l'utilizzo della telemedicina deve essere implementata favorendo la possibilità di teleconsulto e televisita non solo tra ospedali hub e ospedali spoke, ma anche tra postazioni territoriali e Pronto Soccorso di riferimento per migliorare l'assistenza dei pazienti e ridurre l'iperafflusso in PS [1,2,6,7,9];
- Considerando la carenza di medici di medicina di emergenza e urgenza e il numero di borse di studio assegnate annualmente, risulta chiara l'enorme sproporzione che deve far riflettere su possibili riorganizzazioni sia del sistema di emergenza e urgenza in toto che delle singole strutture puntando sulla centralità di un numero limitato di ospedali

(1 ogni 300000 abitanti) e in essi del medico d'emergenza e urgenza come leader di una squadra di operatori di diverse discipline e professioni integrati tra loro [5,9];

- L'accesso al Pronto Soccorso degli Ospedali identificati come centrali (di II e III livello) non può essere spontaneo; il paziente deve giungervi attraverso l'autorizzazione o l'intervento di uno dei sistemi filtro già esistenti quali il NUE112, il 116117, il servizio di continuità assistenziale all'interno delle Case di Comunità, il MMG/PLS, le Unità di Assistenza Domiciliare, le farmacie dei servizi, il medico specialista ambulatoriale e i sistemi di teleconsulto da implementare con gli ospedali identificati di I livello. In questo modo appropriatezza e sostenibilità miglioreranno non imputando più al Pronto Soccorso l'accusa di attrarre il 30% e più di inappropriatezza potendo tali strutture deviare i bisogni ai setting corretti, assumendosene le responsabilità con una crescita comune integrata in cui una formazione comune possa provocare una virtuosa contaminazione di saperi ed una collaborazione costruttiva e migliorativa gli outcome di salute e la soddisfazione di cittadini e operatori [1,2,6,9,11,21];
- Le urgenze minori dovrebbero essere affrontate in ambulatori appositi gestiti da medici non di medicina di emergenza e urgenza ma collocati all'interno dell'area di Pronto Soccorso degli ospedali di I livello in rete, oltre che con gli ospedali di II e III livello, con le strutture territoriali ove inviare i pazienti per proseguire i relativi eventuali percorsi di diagnosi e cura [9,10];
- La professionalità infermieristica va potenziata in area di emergenza attraverso modelli di triage moderni e avanzati che permettano



Figura 6

un accesso rapido all'assistenza e al percorso diagnostico nonché alla precoce stratificazione del rischio per una valutazione approfondita della priorità di accesso alla visita [5,9,10];

- L'accoglienza in Pronto Soccorso e la gestione dei flussi interni devono essere altre due caratteristiche professionalizzanti la figura dell'infermiere di emergenza urgenza, ovviamente insieme a tutte le hard e soft skills da sviluppare in un percorso formativo comune con il resto del team [5,9].
- La funzione del Bed Management ospedaliero deve essere rafforzata con mandato chiaro da parte delle direzioni strategiche in merito alla organizzazione della gestione dei posti letto e delle dimissioni ospedaliere, aumentandone così anche le competenze fino a formare dei veri Team Operativi Ospedalieri responsabili del percorso di cura globale del paziente;
- Altre figure professionali possono e devono integrarsi nei percorsi di PS e di ricovero

come quella del fisioterapista per una presa in carico precoce ed avvio immediato di piano di cura per molte patologie oltre quello muscolo scheletriche per migliorare gli outcome di salute e la customer satisfaction di pazienti affetti da numerose patologie acute e croniche [9,21].

- Anche la presenza fissa in Area MEU della figura dell'assistente sociale è strategica e di grande aiuto a tutto il sistema, potendosi rapidamente interessare di tante problematiche sociali e di violenza che si presentano al Pronto Soccorso, risolvendole attraverso i collegamenti con le istituzioni comunali municipali e volontarie, nonché con le forze dell'ordine e gli organi di giustizia [9,21].
- Anche la figura dello psicologo in Pronto Soccorso avrebbe uno spazio molto importante nell'assistenza ai pazienti, ai parenti e agli operatori nella comunicazione efficace e nella umanizzazione delle cure nonché nei debriefing in caso di aggressioni [16,17,18,21].



Figura 7

- La presa in carico medica dei pazienti che giungono in Pronto Soccorso deve essere precoce e diffusa, con permanenze il più brevi possibili in Area di PS per i pazienti da ricoverare e affidamento specialistico in area separata da quella di Pronto Soccorso in attesa del posto letto quando non disponibile. Per i pazienti che presentino urgenze monospecialistiche devono essere istituiti dei percorsi Fast-Track possibilmente con ambulatori open ospedalieri collegati anche ai presidi territoriali per la corretta continuità di cura successiva all'intervento [9,10,12,13,14].
- La dimissione da Pronto Soccorso non dovrebbe mai essere puramente a domicilio ma sempre a medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, ove si eccettui la necessità di appuntamento specialistico da prenotare direttamente attraverso il sistema informatico su slot riservati [1,2,9,11,21].
- è auspicabile la creazione di un ecosistema digitale ove tutti gli attori del patient journey possano essere connessi e vedere le attività eseguite e in essere, e per il PS avere a disposizione il patient summary del Fascicolo Sanitario Elettronico ed il cruscotto con la situazione dei posti letto e delle postazioni dell'area di PS costituirebbe un elemento fortemente ottimizzante l'attività clinica, restituendo tempo prezioso alla comunicazione e all'umanizzazione delle cure [1,2,6,7].
- Anche l'ausilio di personale non sanitario all'interno del PS per sollevare gli operatori dal carico burocratico sarebbe una innovazione molto apprezzata e riducente uno dei maggiori elementi di demotivazione del personale a lavorare nel contesto di PS [5,16,17].
- Nelle strutture MEU, fin dall'arrivo dei pazienti identificabili come fragili, andrebbe attivata rapidamente l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera su segnalazione del medico al Team Operativo Ospedaliero (ex Bed Management) per valutazione di competenza onde avviare il percorso post-dimissione o diretto di transitional

care verso il setting di assistenza e cura più idoneo riducendo o talora annullando l'occupazione del posto letto in reparto per acuti migliorando il turn over e la degenza media, con risultati di outcome di salute migliori [1,2,9,21].

Conclusioni

Il Pronto Soccorso e l'Area di Emergenza rappresentano non solo la porta di ingresso dell'ospedale, ma la cartina di tornasole di tutto il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, ed è parte cruciale e strategica, spesso di partenza, di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali trasversali a discipline e professioni nonché a setting e location, senza il cui funzionamento sincrono e integrato non potrà mai trovare reale soluzione duratura ai problemi evidenti a tutti e che rappresentano l'epifenomeno della disfunzione di un intero sistema che deve ritrovare l'equilibrio facendo leva sull'appropriatezza e sulla sostenibilità degli interventi partendo dalla prevenzione e dall'assistenza ai pazienti cronici con tutti gli strumenti che la tecnologia e il management offrono e con la giusta e indispensabile leadership.

L'innovazione non si impone: si costruisce attraverso il coinvolgimento delle persone. Innovare motivando significa creare un ambiente equo ed etico in cui professionisti e collaboratori si

sentano valorizzati, ascoltati e protagonisti del cambiamento. Una leadership capace di ispirare, riconoscere il merito e dare un significato condiviso agli obiettivi favorisce la partecipazione, stimola la creatività e rafforza il senso di responsabilità.

Il cambiamento diventa davvero sostenibile quando nasce dal coinvolgimento attivo di tutti gli addetti ai lavori: medici, infermieri, fisioterapisti, professionisti sanitari, ciascuno chiamato a contribuire con la propria esperienza e competenza alla costruzione di soluzioni innovative. Nel sistema sanitario, dove il cambiamento richiede competenze, collaborazione e fiducia, la motivazione rappresenta il motore dell'innovazione. Persone motivate sono più propense a sperimentare nuove soluzioni, condividere conoscenze e contribuire al miglioramento continuo della qualità delle cure e dei servizi.

Aiutateci ad aiutarvi è il motto che più si adatta alle condizioni dell'emergenza urgenza di oggi, all'interno della quale operano migliaia di donne e uomini di straordinario valore professionale e umano e che ogni 30 secondi salvano una vita nei nostri Pronto Soccorso e che rappresentano la speranza cui si affidano i cittadini nei loro momenti peggiori di salute pur senza conoscerli, ma ben sapendo che faranno tutto il possibile per aiutarli e ritornare ai loro cari.

REFERENCES

1. Agenas. (2025). *Missione 6 Salute – PNRR: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Missione 6 Salute – Agenas
2. Ministero della Salute. (2025). *PNRR – Missione 6 Salute: stato di attuazione e monitoraggio*. Roma: Ministero della Salute. *Portale PNRR Salute – Notizie e monitoraggio*
3. Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB). (2025). *Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale – Focus n. 3/2025*. Roma: UPB. Focus UPB 3/2025
4. Corte dei Conti. (2025). *Relazione sul rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale nell'ambito del PNRR – Missione 6*. Roma: Corte dei Conti. *Relazione Corte dei Conti sulla Missione 6*

5. Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza (SIMEU). (2025–2026). *Documenti di posizione, comunicati e approfondimenti sull'organizzazione della Medicina d'Emergenza-Urgenza e sul sovraffollamento dei Pronto Soccorso*. SIMEU
6. Ministero della Salute. (2025). *Aggiornamenti sullo sviluppo della rete territoriale, Centrali Operative Territoriali e telemedicina previsti dal PNRR*. Portale PNRR Salute
7. Agenas. (2025). *Monitoraggio dell'attuazione della Missione 6 – Salute e sviluppo dell'assistenza territoriale*. Missione 6 Salute – Agenas
8. ACSS Lombardia. (2026). *Missione 6 (M6) Salute: stato di avanzamento degli interventi di telemedicina, COT e assistenza territoriale*. Missione 6 Salute – ACSS Lombardia
9. Ministero della Salute. Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Roma: Ministero della Salute, 2022.
10. Ministero della Salute. *Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*. Roma: Ministero della Salute, 2019.
11. Governo Italiano. *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 "Salute"*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2021
12. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. *Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions*. PLoS One. 2018;13:e0203316.
13. American College of Emergency Physicians (ACEP). *Emergency Department Crowding: High Impact Solutions*. 2023.
14. Royal College of Emergency Medicine. *Crowding and its Consequences*. 2024.
15. Affleck A, Parks P, Drummond A, et al. *Emergency Department Overcrowding and Access Block*. CJEM.
16. Dean W, Talbot S, Dean A. *Reframing clinician distress: Moral injury not burnout*. Fed Pract. 2019.
17. Williamson V, Murphy D, Greenberg N. *COVID-19 and experiences of moral injury in frontline healthcare staff*. Occup Med. 2020.
18. SIMEU. *Indagine nazionale sulle aggressioni agli operatori dell'emergenza-urgenza*. 2024.
19. Zhou Y, et al. *Emergency department diagnosis of cancer: systematic review*. Emerg Med J. 2023.
20. NHS England. *Emergency presentations of cancer*. 2023.
21. World Health Organization. *Framework on Integrated People-Centred Health Services*. WHO.