

Infarto, ictus, traumi: come funziona l'assistenza in Italia per chi ha bisogno di cure urgenti

In caso di malattie strettamente correlate al tempo intervenire nelle prime ore dall'evento coi trattamenti necessari vuol dire limitare i danni o anche salvare la vita stessa. Il Rapporto di Agenas sulle reti tempo-dipendenti (infarto, ictus, traumatologica, dell'emergenza urgenza) evidenzia luci e ombre (Fonte: <https://www.corriere.it/> 22 ottobre 2025)



In caso di malattie come [infarto](#) o [ictus](#) o [trauma](#) grave ricevere cure nelle prime ore in Centri specializzati può salvare la vita o almeno ridurre i danni. Da qui l'importanza di Reti cliniche tempo-dipendenti, cioè correlate al tempo, che sono modelli organizzativi indicati dal [Regolamento sugli standard relativi all'assistenza ospedaliera](#) DM 70/2015, per garantire la migliore assistenza ai pazienti colpiti da malattie che richiedono trattamenti urgenti. Ma come è assistito in Italia chi ha un infarto o l'ictus o un trauma oppure chi ha bisogno di cure urgenti al [Pronto Soccorso](#)? Ad analizzare lo stato di attuazione delle Reti Tempo-dipendenti è la quarta Indagine nazionale effettuata da [Agenas](#)-Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, presentata a Roma il 22 ottobre.

Il monitoraggio effettuato da Agenas è stato eseguito sulla base di un questionario compilato dalle Regioni tra il 15 ottobre 2024 e il 6 febbraio 2025, di volumi e indicatori specifici per le principali Reti tempo-dipendenti (Cardiologica, Ictus, Trauma, Emergenza-Urgenza) riferiti all'anno 2023, dell'anagrafica delle strutture ospedaliere delle Regioni (dati 2023).

Il Monitoraggio si basa sulle risposte ad un questionario legato agli aspetti organizzativi, nonché ai

volumi ed indicatori di esito specifici per singola Rete. Dall'analisi emerge che un'organizzazione di rete consolidata e/o implementata porta a degli esiti favorevoli.

Per la prima volta sul [portale statistico](#) dell'Agenas sono disponibili i **dati dettagliati sull'accessibilità ai servizi** in cui è possibile confrontare il livello di copertura di tutte e quattro le Reti per Regione e Provincia Autonoma, considerando **quattro fasce di tempo di percorrenza utili** a raggiungere il nodo di assistenza più vicino (15 minuti, 30 minuti, 45 minuti e 60 minuti).

Le Regioni virtuose

Tra le Regioni che raggiungono un livello di performance alto Agenas segnala:

- Rete Cardiologica per l'emergenza: Toscana, Marche, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna;
- Rete Ictus: Veneto, Liguria, Emilia Romagna e Lombardia;
- Rete Trauma: Toscana, Lazio, Valle D'Aosta e Veneto;
- Rete Emergenza-Urgenza: Molise, Marche, Piemonte e Veneto (considerando il bacino di utenza e la pressione sui PS).

Rete Cardiologica per l'emergenza

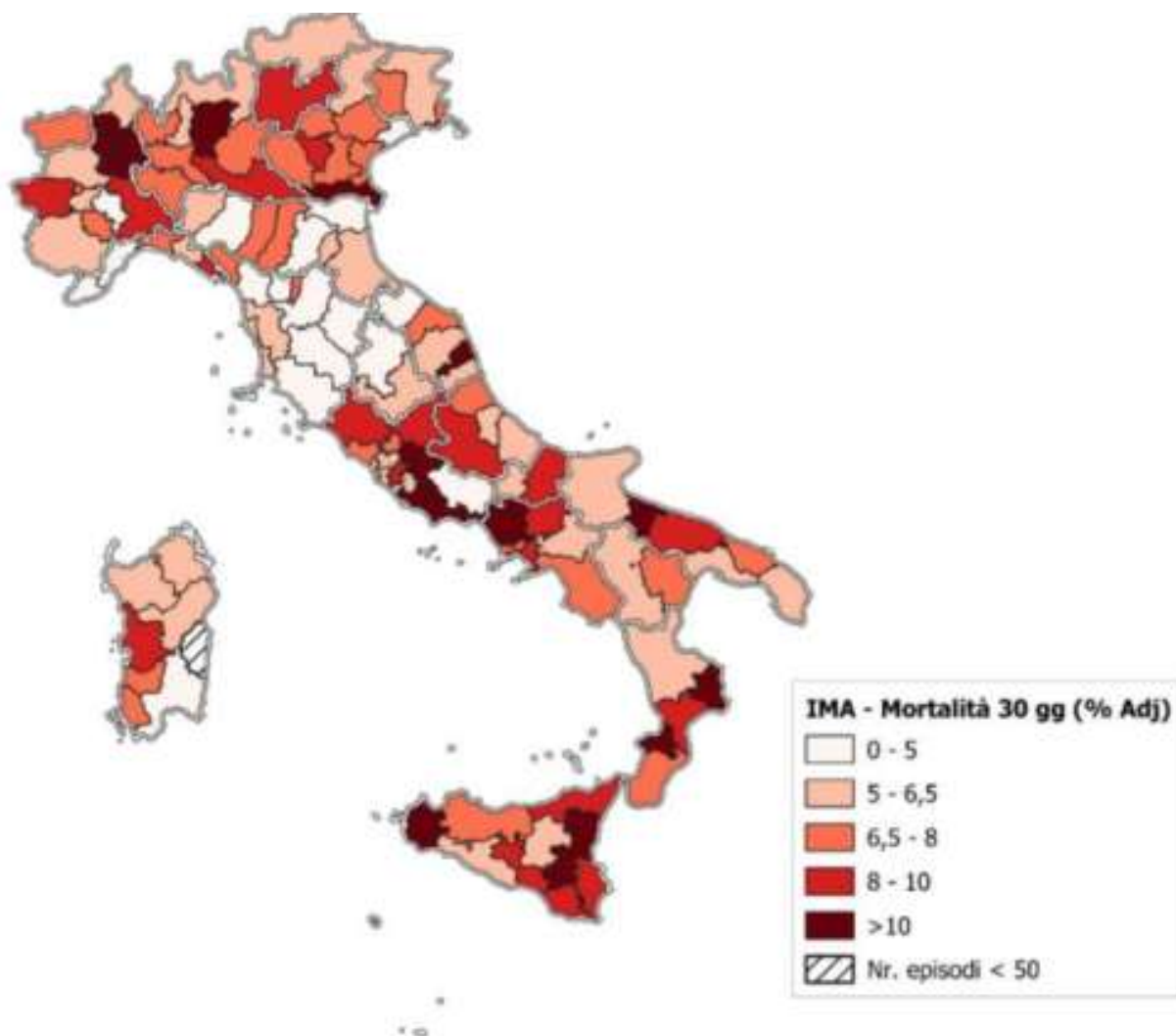
La proporzione di pazienti con infarto miocardico acuto STEMI con sopraslivellamento del tratto ST) trattati con [angioplastica coronarica](#) percutanea transluminale (PTCA) **entro 90 minuti** dall'accesso nella struttura di ricovero è uno degli **indicatore chiave di tempestività nell'assistenza**.

Il DM 70/2015 prevede il **raggiungimento minimo del 60%**, secondo i dati della Società cardiologica europea (ESC) e del Registro GISE (Società italiana di cardiologia interventistica), occorrerebbe invece superare il **65% dei casi**. In Italia, la media si attesta al **56,1%**. Solo alcune Regioni raggiungono regolarmente la soglia.

La **mortalità a 30 giorni dal ricovero per Infarto miocardico acuto** è un indicatore chiave della **qualità dell'assistenza cardiologica** e varia in base a diversi fattori, tra cui la tempestività della diagnosi e del trattamento, l'età del paziente, le comorbidità e la tipologia dell'infarto (STEMI o NSTEMI).

A livello nazionale, la percentuale di decessi rientra nello standard (minore dell'8%).

Dall'analisi di Agenas emerge che la **componente organizzativa** è «strategica per i risvolti di esito»; in pratica, secondo l'Agenas, «una **migliore pianificazione organizzativa** potrebbe essere un punto di svolta per migliorare il trend complessivo della rete, garantire la continuità dei percorsi acuti/post-acuti, raggiungendo anche le **aree più interne** delle Regioni che hanno ricadute sulle tempistiche di presa in carico e sugli esiti di mortalità».



AGENAS - Mortalità a 30 gg dal ricovero per IMA-Infartomiocardico acuto per area territoriale

Rete Ictus

Anche l'ictus cerebrale è una **patologia** strettamente correlata al tempo: più precocemente si interviene, migliori possono essere i risultati ottenuti grazie alle terapie oggi disponibili ([trombolisi](#) e [trombectomia](#) meccanica). In base ai dati SDO (Schede di dimissioni ospedaliere) e del flusso [EMUR](#) (sistema di monitoraggio del ministero della Salute per le prestazioni erogate in emergenza urgenza *ndr*), nel 2023 **106.229 italiani** sono stati colpiti da **ictus**.

Nel nostro Paese lo standard di **mortalità a 30 giorni** per l'ictus globale è minore del 15%, per quello ischemico minore del 10%, quindi in linea con lo standard europeo. Il Rapporto, però, evidenzia **particolari criticità in alcune aree** (soprattutto interne) di alcune Regioni, dove vanno migliorati i servizi e l'accesso.

Quanto agli **ictus ischemici trattati con trombolisi**, secondo i dati dell'*Action Plan of Stroke* la media europea della trombolisi nel 2023 è stata del 15,4% con grandi variazioni tra i diversi Paesi, in Italia è in media pari al 14%, quindi **da migliorare**.

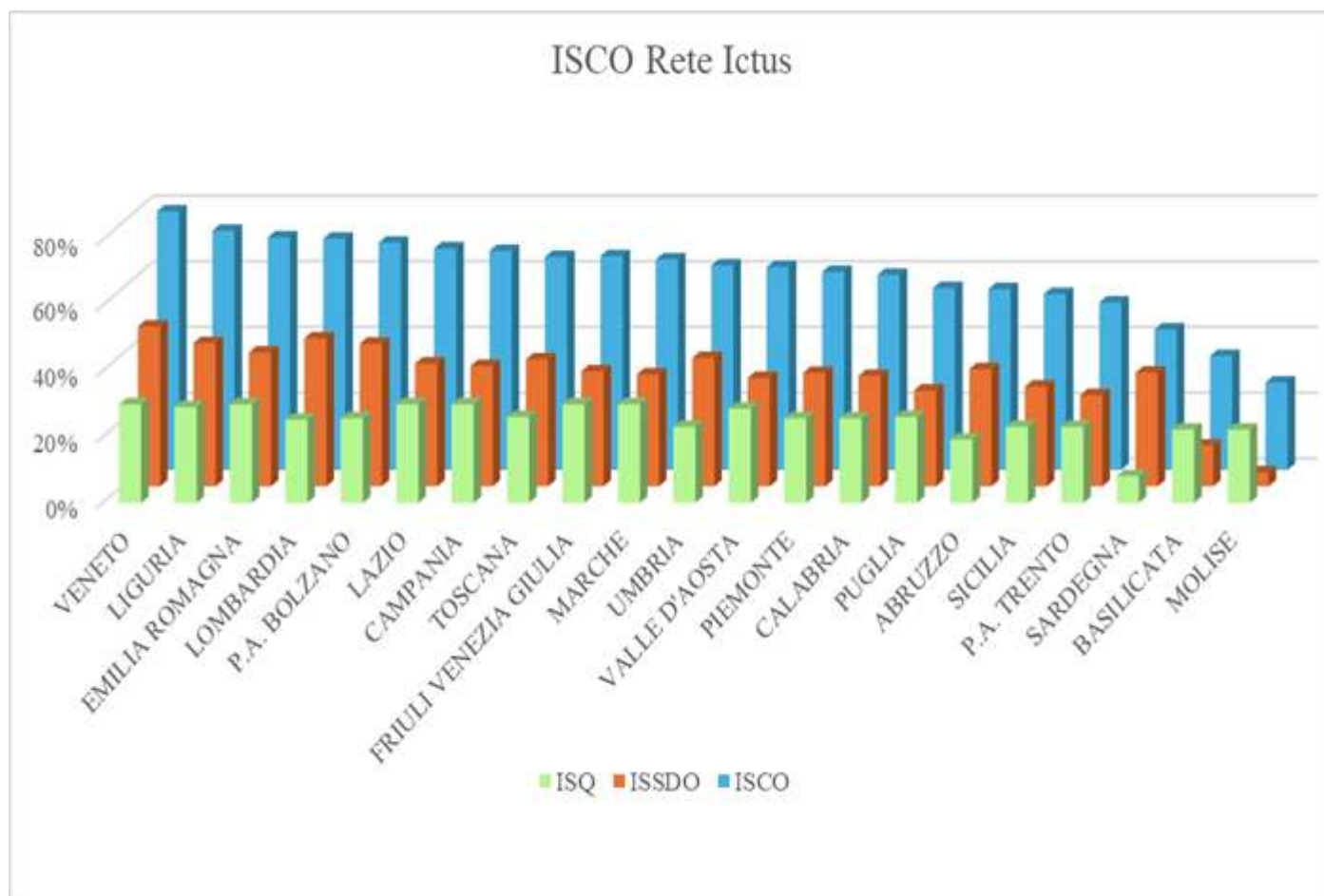
Rispetto agli ictus ischemici trattati con **trombectomia** sono stati **l'8,44%**, in linea con lo standard europeo. In particolare, si distinguono le *performance* positive di Campania, Lazio ed Emilia

Romagna.

Quanto al **trattamento chirurgico dell'emorragia subaracnoidea entro le 48 ore** è stato fatto nell'**88,3% dei casi**.

Considerando lo **standard di mortalità a 30 giorni per l'ictus emorragico** minore al 30%, secondo l'*Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030*, tutte le Regioni vi rientrano, anche se in alcune aree vanno intensificati gli interventi per migliorare i servizi e l'accesso ai servizi stessi dei pazienti con ictus emorragico.

Dall'analisi dei decessi per ictus in Pronto Soccorso, poi, la mortalità in fase iperacuta risulta inferiore all'1% per ictus ischemico e inferiore al 2% per l'emorragico; quindi, secondo l'analisi di Agenas, «la mortalità aumenta per le complicanze nei 30 giorni seguenti, per cui la **gestione in rete per la fase acuta post PS è cruciale**».

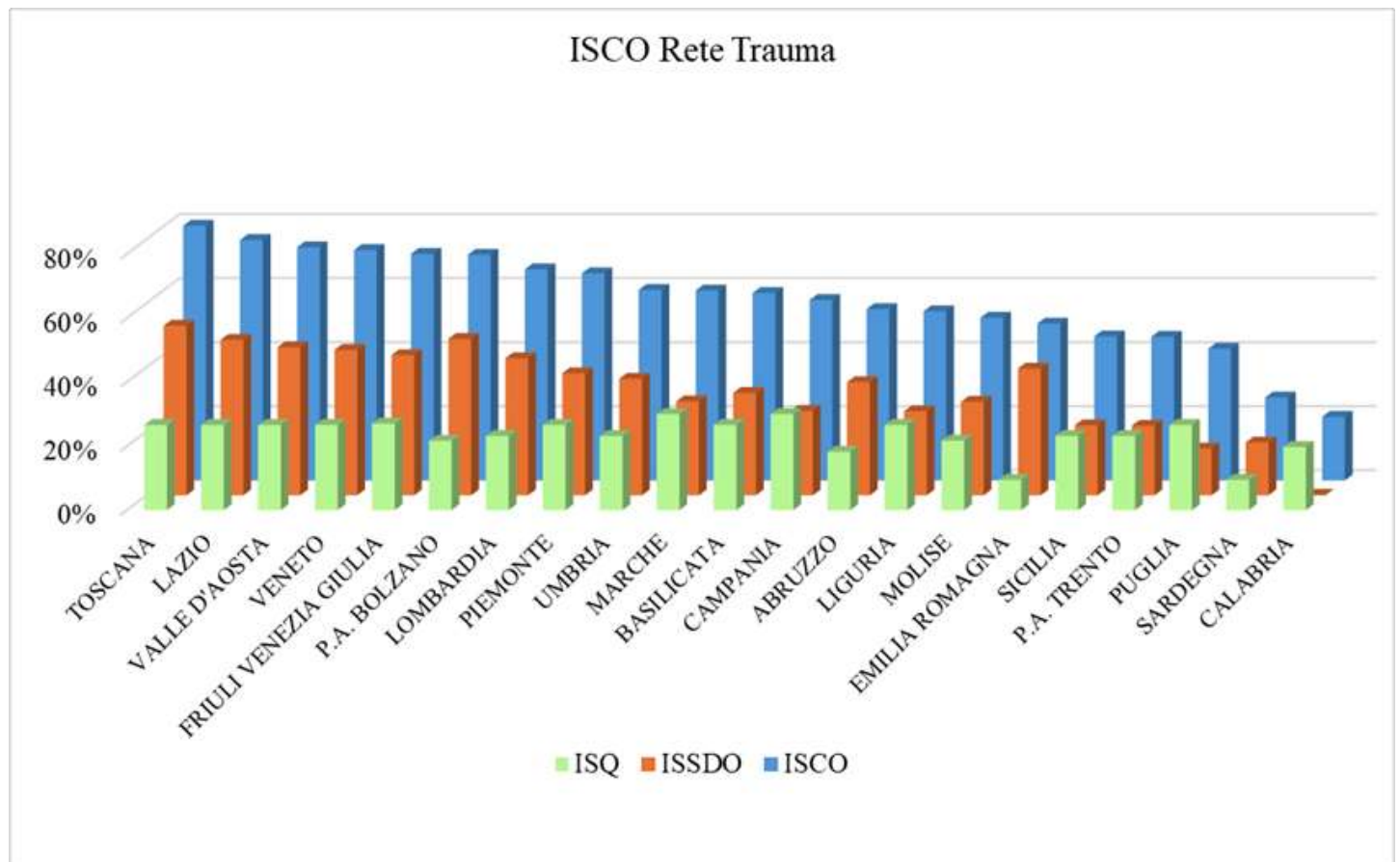


AGENAS - RETE ICTUS. ISCO -Indice Sintetico Complessivo di valutazione. (ISQ- Indice Sintetico Questionario- ISSDO indice sintetico indicatori)

Rete Trauma

In merito alla Rete per la gestione dei traumi gravi, sia in età adulta che pediatrica, è stato utilizzato l'indicatore di mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma grave: secondo il Rapporto, si conferma che **maggiore è la qualifica del centro, minore è la mortalità**; già la mortalità a 7 giorni si riduce in relazione all'aumento della qualifica del centro. Nei prossimi report saranno analizzati altri indicatori: oltre che l'organizzazione dell'area critica (*shock room*)

intra-ospedaliera, i tempi di arrivo dei soccorsi, trasporti, disagi nella viabilità e poi la fase di riabilitazione dopo il trauma.



(AGENAS - RETE TRAUMA). ISCO -Indice Sintetico Complessivo di valutazione. (ISQ- Indice Sintetico Questionario- ISSDO indice sintetico indicatori)

Emergenza-Urgenza: «eccesso di codici bianchi» in PS

L'emergenza urgenza è l'area di maggiore sofferenza. In sintesi, secondo gli autori del Rapporto, «oltre che essere condizionata dalla **distribuzione sul territorio** dei centri a vari livelli di complessità, dal bacino di utenza afferente, dall'**accesso inappropriato** al Pronto Soccorso, deve tener conto della nota **carenza di organico strutturato** e della **frequente non aderenza ai PDTA** (Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali)».

Riguardo al **numero di accessi in Pronto Soccorso**, rileva l'indagine, in alcune Regioni si «si nota ancora un **eccesso di accessi di codici bianchi**» ovvero non urgenti, che avrebbero potuto trovare risposte sul territorio.

Il significato dei colori

Va ricordato che gli altri codici «colore», attribuiti dal triage infermieristico, che servono a individuare la gravità del paziente, e non l'ordine di arrivo, sono: **rosso** (emergenza con pericolo di vita, quindi accesso immediato); **arancione** (urgente, funzioni vitali a rischio, accesso entro 15 minuti); **azzurro** (urgenza differibile: accesso entro 60 minuti); **verde** (urgenza minore: accesso entro 120 minuti).

Ebbene, su **18.582.255 accessi in Pronto Soccorso** registrati dal sistema di monitoraggio EMUR nel 2023, il **12,17%** (2.260.673 accessi) è costituito da **codici bianchi**, quindi si tratta di accessi «inappropriati» al Pronto soccorso. E si registra un'enorme variabilità tra Regioni: si va dal 2,27% di codici bianchi registrati in Molise al 57,5% in Veneto.

Il **48,30%** degli accessi (per un totale di 8.974.703) è costituito da **codici verdi**.

Quanto agli accessi (esclusi i codici rossi) con **visite entro i tempi massimi** previsti, sono in media circa il 70%.

In media, rileva il Rapporto, il 42% dei ricoveri proviene dal Pronto Soccorso: le Regioni in cui **l'organizzazione della rete di emergenza-urgenza è più solida** sono quelle che **ricoverano meno** e sono al di sotto della media.

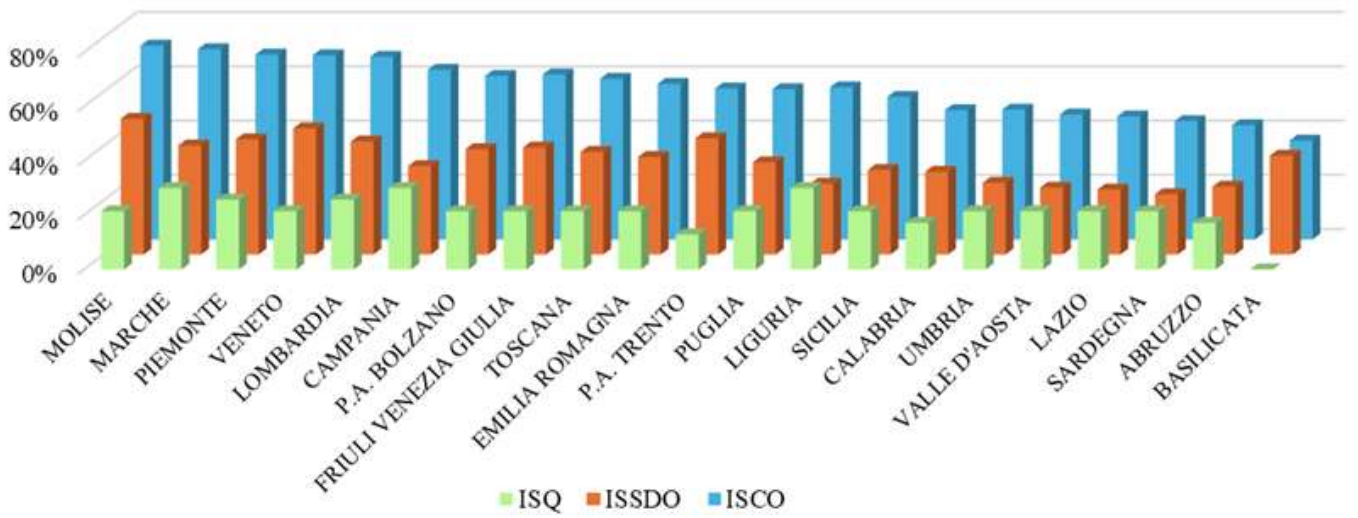
Gli autori del Rapporto, poi, hanno valutato la proporzione di accessi seguiti dal trasferimento in **Osservazione Breve Intensiva (OBI) per colore triage**, rilevando come l'utilizzo del ricovero in OBI sia spesso «inappropriato»: in relazione al codice triage, **in OBI** dovrebbero esserci pochissimi codici bianchi e verdi che andrebbero dimessi, così come i rossi che andrebbero avviati nei reparti specialistici; mentre sarebbero più opportuni i ricoveri di codici azzurri, arancioni e gialli.

Secondo Agenas «le aree di decompressione costituite dall'OBI e dalla semi-intensiva, costituiscono un importante **snodo organizzativo** per la presa in carico e la risoluzione del singolo caso nell'area dell'emergenza, ove non sia necessario un ricovero specialistico. La prima conseguenza è migliorare la pressione sui ricoveri ordinari in reparti specialistici».

Leggi anche

[I 5 codici di priorità e i numeri dell'emergenza e urgenza](#)

ISCO Rete Emur



AGENAS - RETE EMERGENZA URGENZA - ISCO -Indice Sintetico Complessivo di valutazione. (ISQ- Indice Sintetico Questionario- ISSDO indice sintetico indicatori)