

Il Pronto Soccorso ed il Ricovero Appropriato



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



SIMEU
Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza
Società Scientifica dei Medici d'Urgenza, di Pronto Soccorso e dell'Emergenza Territoriale
Emilia Romagna

CONVEGNO REGIONALE SIMEU 2013:
Ferrara — 8 Febbraio 2013
Aula Magna "Nuovo Ospedale S. Anna" Cona, Ferrara

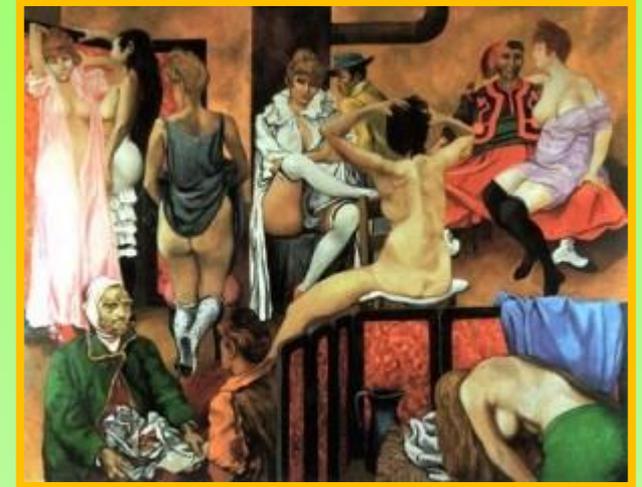


Il ricovero in appoggio in reparti "incompetenti"

Gianni Rastelli

**Direttore U.O.C. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
Ospedale di Vaio (Fidenza) – AUSL di Parma**

Ferrara 08 febbraio 2013



**Quando ritardiamo il raccolto i frutti marciscono, ma quando rimandiamo i problemi questi non smettono di crescere.
(Anonimo)**

**PRONTO
SOCCORSO**

**RICOVERI in APPOGGIO in REPARTI
«INCOMPETENTI»**

**NELL'AMBITO DELLO
STESSO DIPARTIMENTO**

**- Ricovero Chirurgico in
Ortopedia**

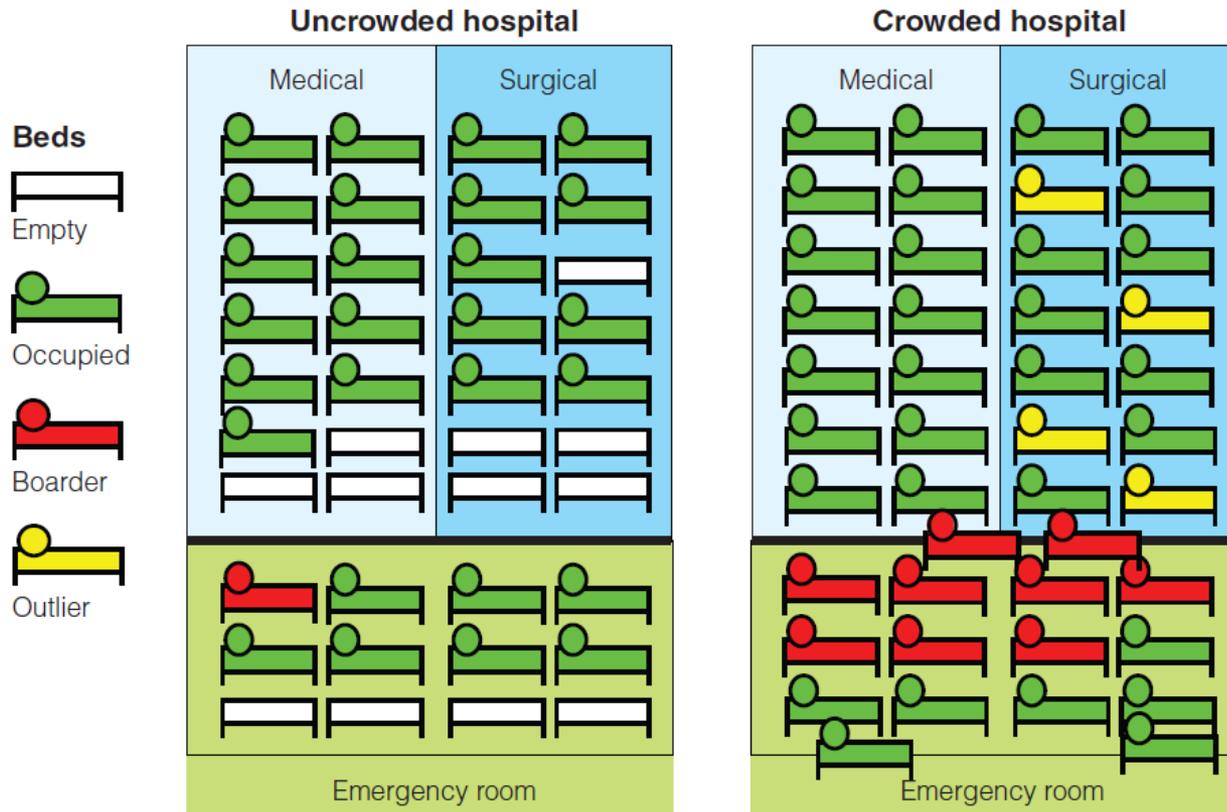
**- Ricovero Internistico in
Neurologia**

**IN DIPARTIMENTO
DIFFERENTE**

**- Ricovero Internistico in
Ortopedia**

The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments

1 Hospital crowding states



Low ward occupancy:
empty beds; no medical outliers;
few ED boarders; good patient flow

High ward occupancy:
no empty beds; medical outliers;
many ED boarders; poor patient flow

ED = emergency department. Boarders = patients waiting for an inpatient bed. Outliers = patients unable to be admitted to the "correct" ward (eg, medical patients on surgical wards). ◆

Sovraffollamento in Pronto Soccorso

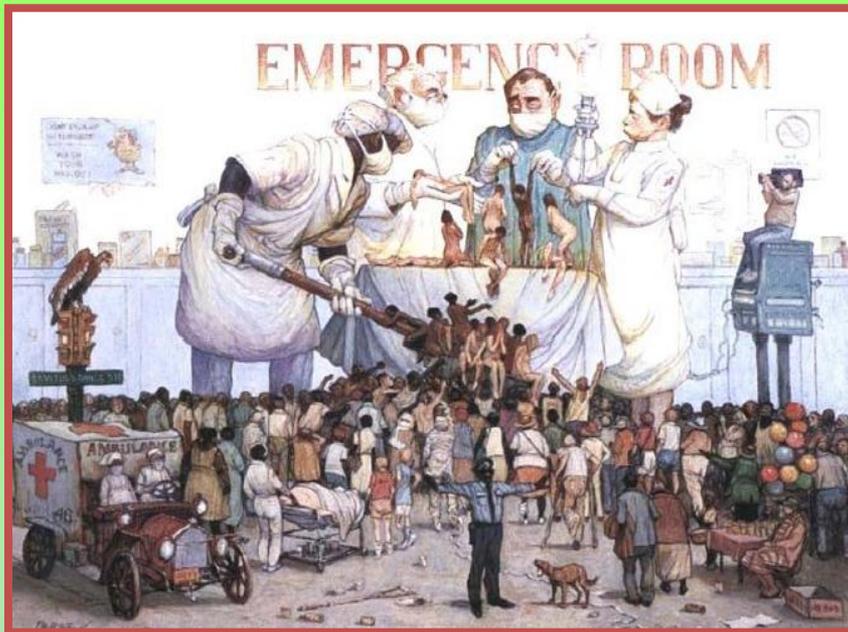
Analisi del fenomeno e proposte di gestione

Gianni Rastelli, Mario Cavazza*, Gianfranco Cervellin**

UO di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Dipartimento di Emergenza-Urgenza e della Diagnostica, Ospedale di Fidenza-S. Secondo;
Azienda USL di Parma

*UO di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Dipartimento di Emergenza/Urgenza, Chirurgia generale e dei Trapianti;
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

**UO di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Dipartimento di Emergenza-Urgenza; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma



TAB. 2

Principali cause di sovraffollamento.

Fattori condizionanti l'input

Visite non urgenti

Visitatori frequenti (frequent flyers)

Epidemiologia (es., influenza)

Fattori condizionanti il throughput

Organico inadeguato

Ritardi dei servizi di supporto

diagnostico

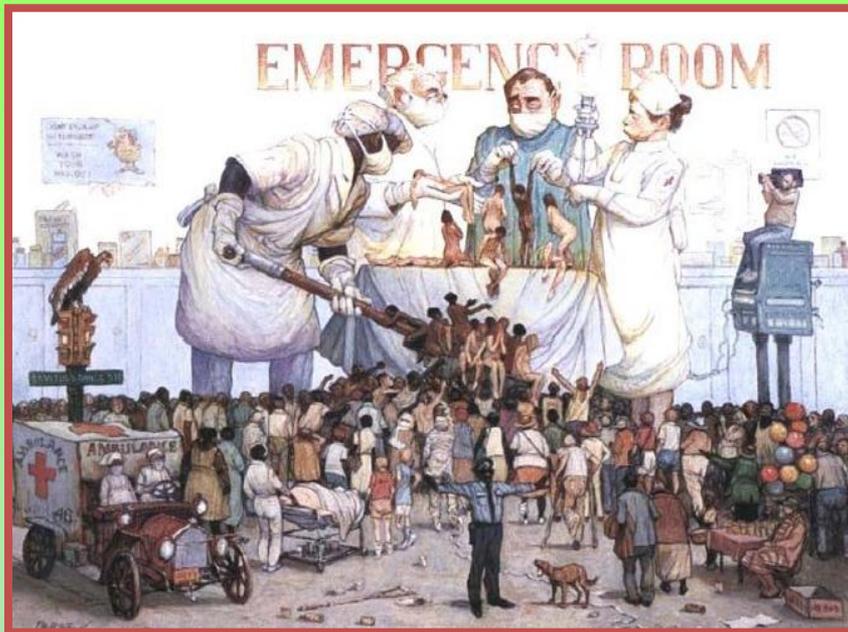
Fattori condizionanti l'output

Sovraccarico di pazienti ricoverati

Ritardi delle dimissioni

Riduzione dei posti letto

Modificata da rif. bibliografico 1.



TAB. 3

Principali conseguenze del *crowding*.

<i>Outcomes</i> avversi	Qualità ridotta	Difficoltà di accesso	Perdite per l'ospedale	Conseguenze per lo staff
Incremento eventi avversi	Ritardi nei trattamenti	Aumento abbandoni	Aumento eventi sentinella	Episodi di violenza
Ridotta soddisfazione dell'utenza	Ritardi nei trasferimenti	Dirottamento ambulanze	Aumento del contenzioso legale	Ridotta gratificazione
				Incremento del <i>burn-out</i>

Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population

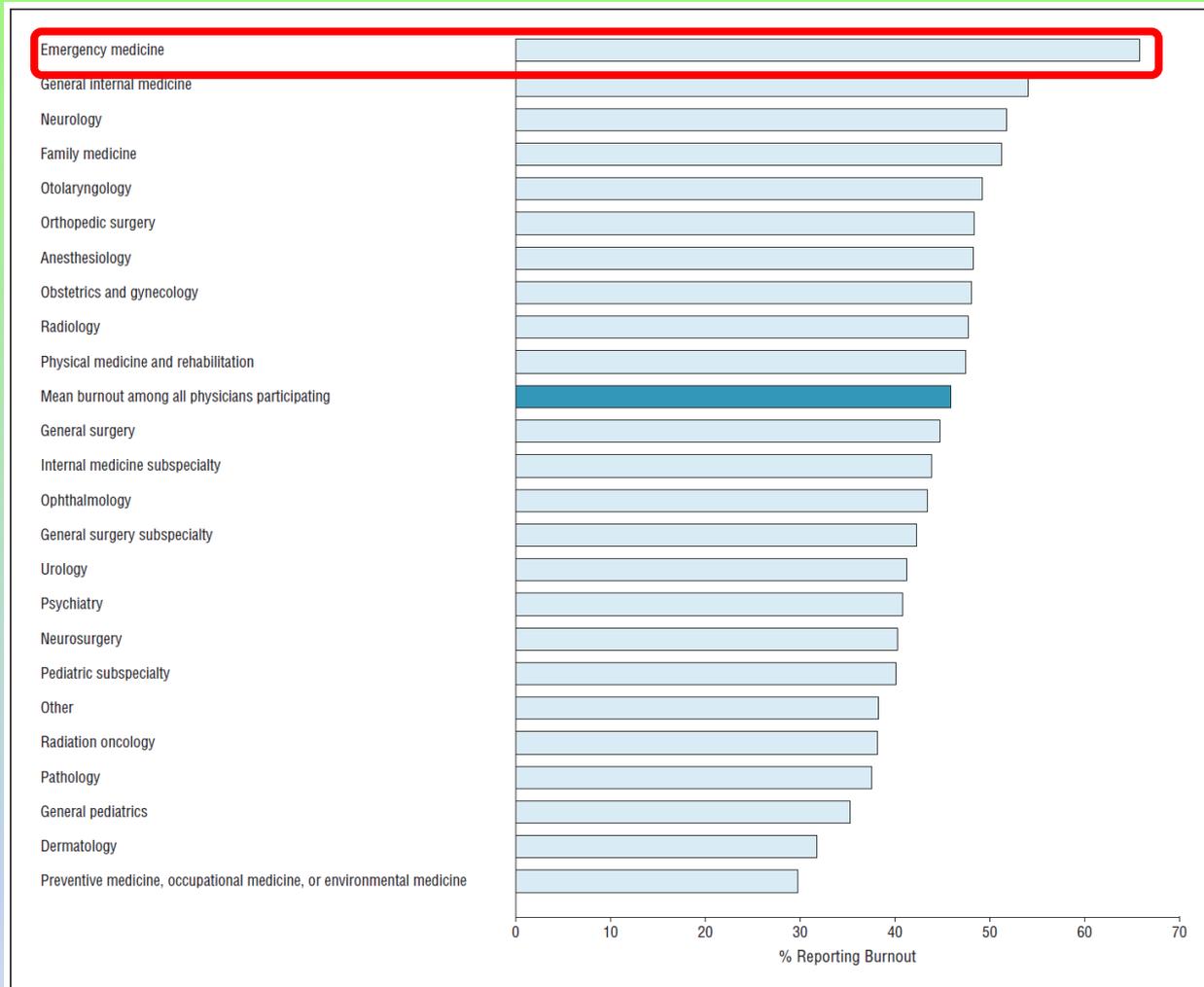
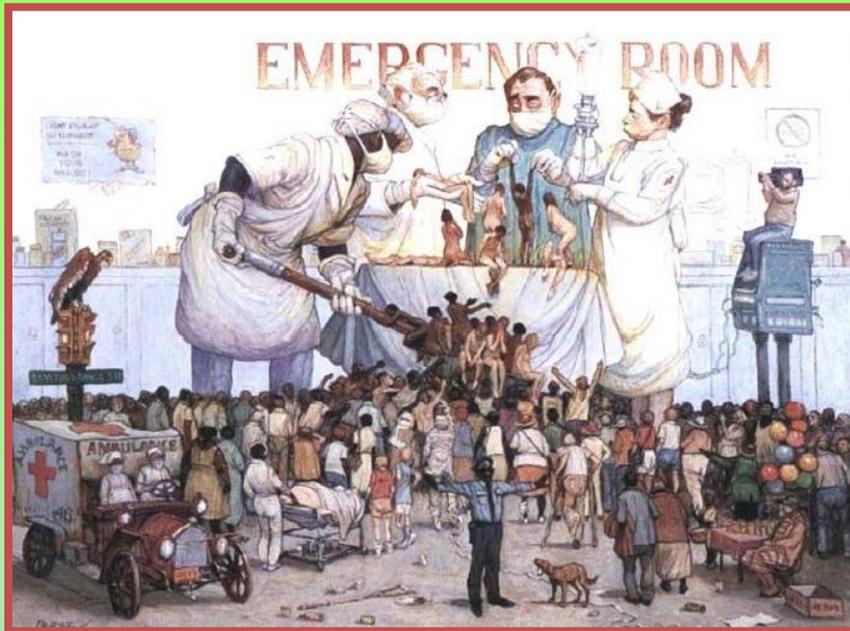


Figure 1. Burnout by specialty.

Compared with a probability-based sample of 3442 working US adults, physicians were more likely to have symptoms of burnout (37.9% vs 27.8%) and to be dissatisfied with work-life balance (40.2% vs 23.2%) ($P.001$ for both).

Conclusions:
Burnout is more common among physicians than among other US workers. Physicians in specialties at the front line of care access seem to be at greatest risk.



TAB. 4

Soluzioni proposte per il *crowding*.

Incremento delle risorse	Gestione delle richieste	Ricerca operativa
Personale aggiuntivo	Percorsi non urgenti	Misure di controllo dell'affollamento
Unità di Osservazione	Diversione delle ambulanze	Teoria sulla gestione delle code
Programmi di <i>bed management</i>	Controllo della destinazione	Ricoveri in Appoggio?!?
Unità di Dimissione		

Vi sono tre ambiti, temporali e spaziali, su cui intervenire:

1. **A monte del pronto soccorso:** rispondere ai bisogni necessari al di fuori dell'ospedale; ridurre pertanto l'afflusso e aumentare l'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso.

2. **All'interno del pronto soccorso:**.....

3. **A valle del pronto soccorso:**

1. Realizzare strutture territoriali che raggruppino un consistente numero di medici di base, ma che nel contempo siano dotate di una presenza infermieristica, siano in grado di effettuare alcuni esami, siano equipaggiate di strutture diagnostiche, siano connesse con l'ospedale al fine di trasmettere immagini, ecg e avere una refertazione e una consulenza.



3. A valle del pronto soccorso: assicurare un adeguato flusso verso i reparti di degenza per quei pazienti (che, a seconda della tipologia di PS oscillano fra il 15% e il 20% degli accessi) che necessitano di ricovero.

3. A valle del pronto soccorso è indispensabile far sì che il flusso dei pazienti sia continuo, con i necessari provvedimenti di riorganizzazione della attività di degenza, aggregando i pazienti in aree omogenee, per utilizzare al meglio le disponibilità di posti letto. **È quindi necessario che il flusso delle attività non si interrompa, di fatto, dal venerdì, ma che – almeno il sabato – sia giornata di “ordinarie dimissioni”.** Ciò vuol dire non solo **ripensare all’organizzazione** dei reparti di degenza, ma **anche al sistema esterno: case di cura convenzionate, trasporti in ambulanza, attivazione dell’assistenza domiciliare.**

Inoltre, se i reparti devono funzionare per accogliere i pazienti in urgenza e per effettuare una attività di high care, come è previsto negli ospedali dotati di pronto soccorso, è **indispensabile un potenziamento del sistema di cure intermedie**, in cui collocare quei pazienti che necessitano di un livello assistenziale inferiore, ma che non possono essere indirizzati direttamente a domicilio.

Lungodegenze, Case Protette,...



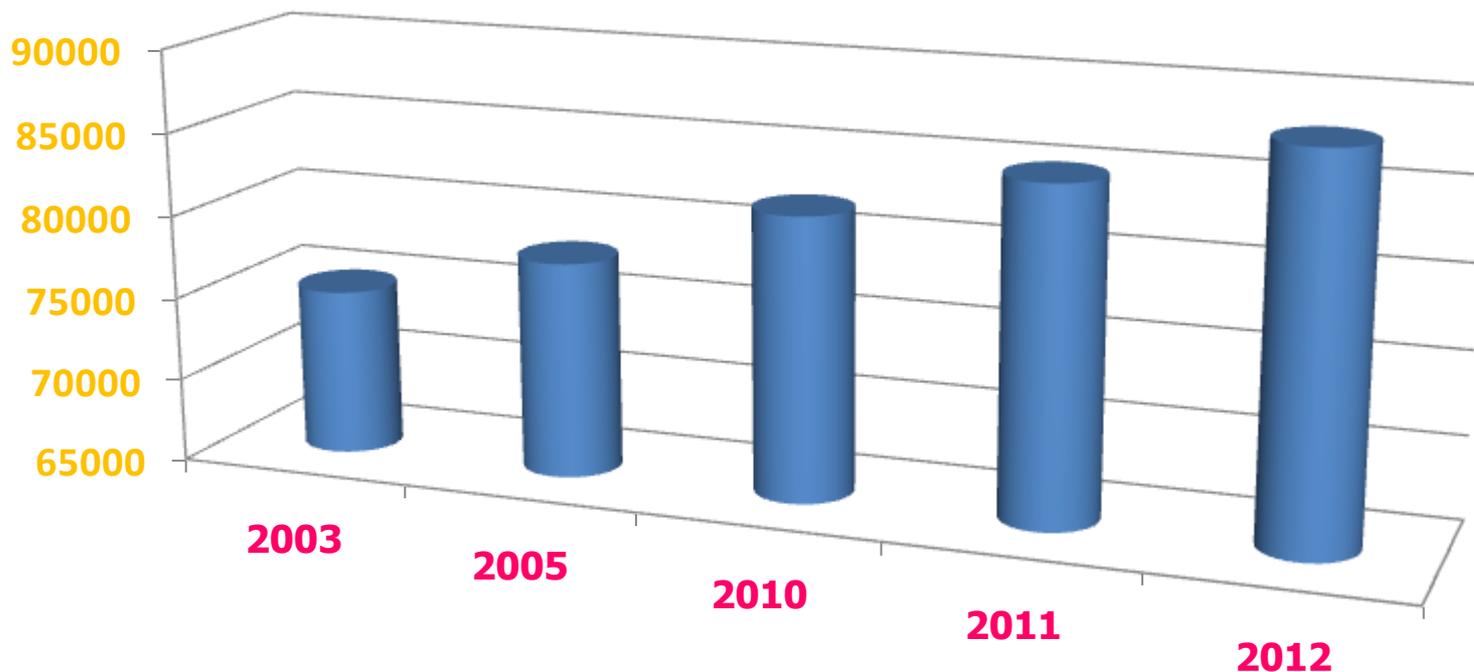
Se si interviene prevalentemente o solo, come si sta facendo, sul pronto soccorso:

- si realizzeranno strutture adeguate dal punto di vista ambientale,
 - si amplierà e ristrutturerà la diagnostica per immagini con un'area dedicata ai pazienti in urgenza,
 - si attueranno sistemi efficienti di trattamento dei pazienti, con percorsi affidati agli infermieri per alcune patologie e piccoli traumi (il fast track è, ad esempio, un percorso che ha migliorato il flusso),
- con la conseguenza che le prestazioni, erogate dal PS saranno più adeguate e attuate più celermente, **ma il collo di bottiglia, rappresentato dalla capacità di "assorbire" pazienti dai reparti resterà immodificato. I malati in attesa di ricovero resteranno per lungo tempo in barella ammassati in una area di osservazione, in realtà di stazionamento.**

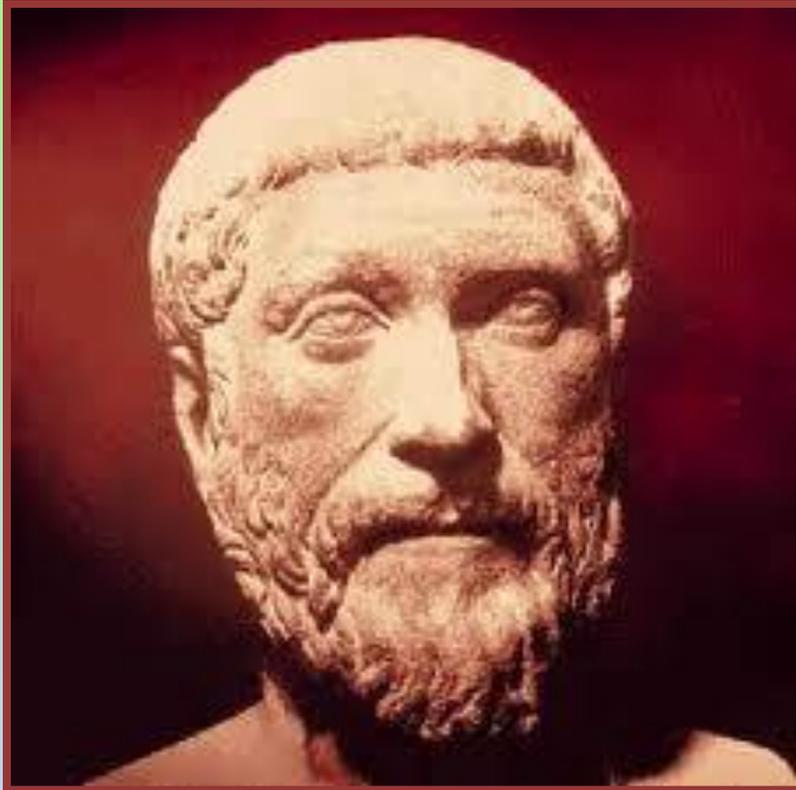


Contestualmente, non affrontando la situazione a monte, cioè l'offerta territoriale, si aumenteranno gli accessi ai pronto soccorso, reso ancora più attrattivo e funzionale (un "ospedale nell'ospedale"), unico luogo dotato di adeguate risorse per dare una qualche risposta.

Accessi PS Parma



UN PO' DI NUMERI...



...tutte le cose sono numeri... Pitagora...

Samo-Magna Grecia 530 a.C.

PRINCIPALI PRESTAZIONI DEL PRONTO SOCCORSO DI FIDENZA NEL PERIODO 2007-2012

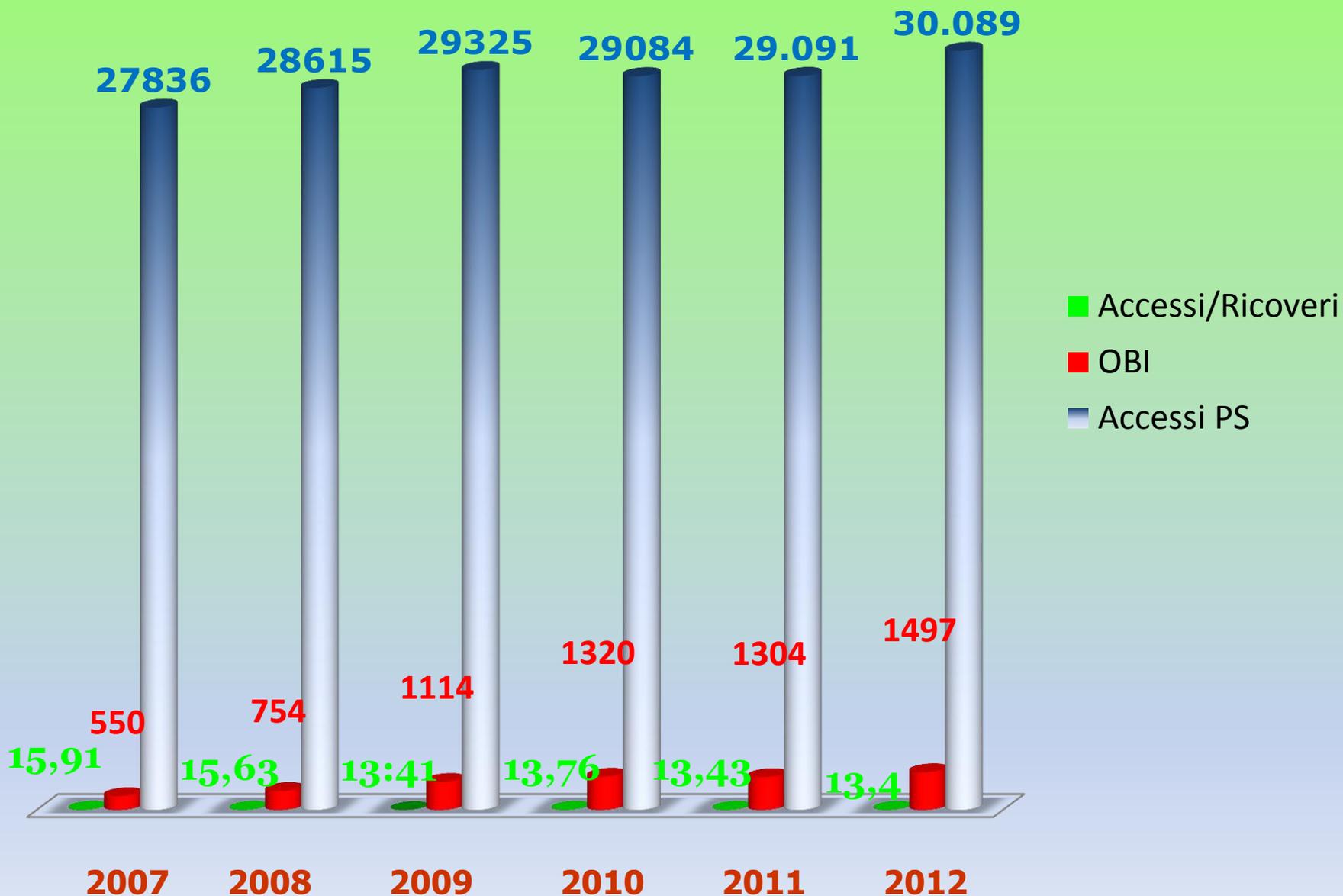
	NUMERO ACCESSI in P.S.	NUMERO RICOVERI	RAPPORTO ACCESSI/ RICOVERO	ACCESSI in O.B.I.	O.B.I. / accessi P.S. %	% O.B.I. ESITATI in RICOVERO	% O.B.I. DIMESSI
2007	27.836	4.430	15.91%	549	1.97%	19.5%	80.5%
2008	28.616	4.473	15.63%	754	2.63%	22.8%	77.2%
2009	29.342	3.935	13.41%	1113	3.8 %	22.64%	77.36%
2010	29.084	4.004	13.76%	1320	4.54%	26.14%	73.86%
2011	29.191	3.908	13.43%	1304	4.47%	24.85%	75.15%
2012	30.089	4.034	13.40%	1497	4.98%	20.37%	79.63%

Indicatori Regionali:

-) Rapporto Accessi/Ricoveri (Funzione Filtro) = 13 -17%;
-) Accessi in O.B.I. (% rispetto totale accessi) = 5 +/- 1%;
-) % O.B.I. esitate in ricovero (rispetto al tot.) = < 30%.

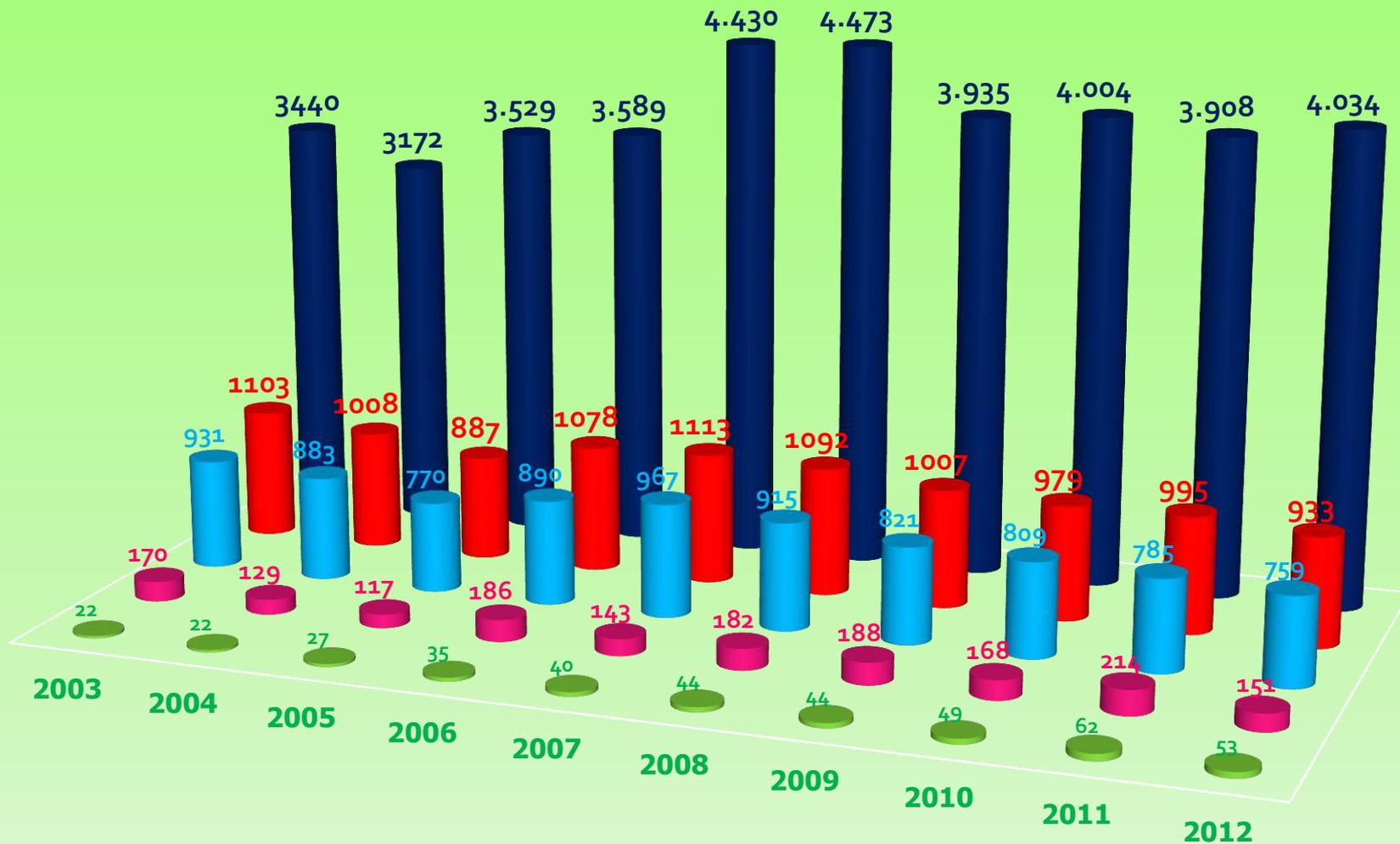


PRINCIPALI PRESTAZIONI DI PS PERIODO 2007-2012

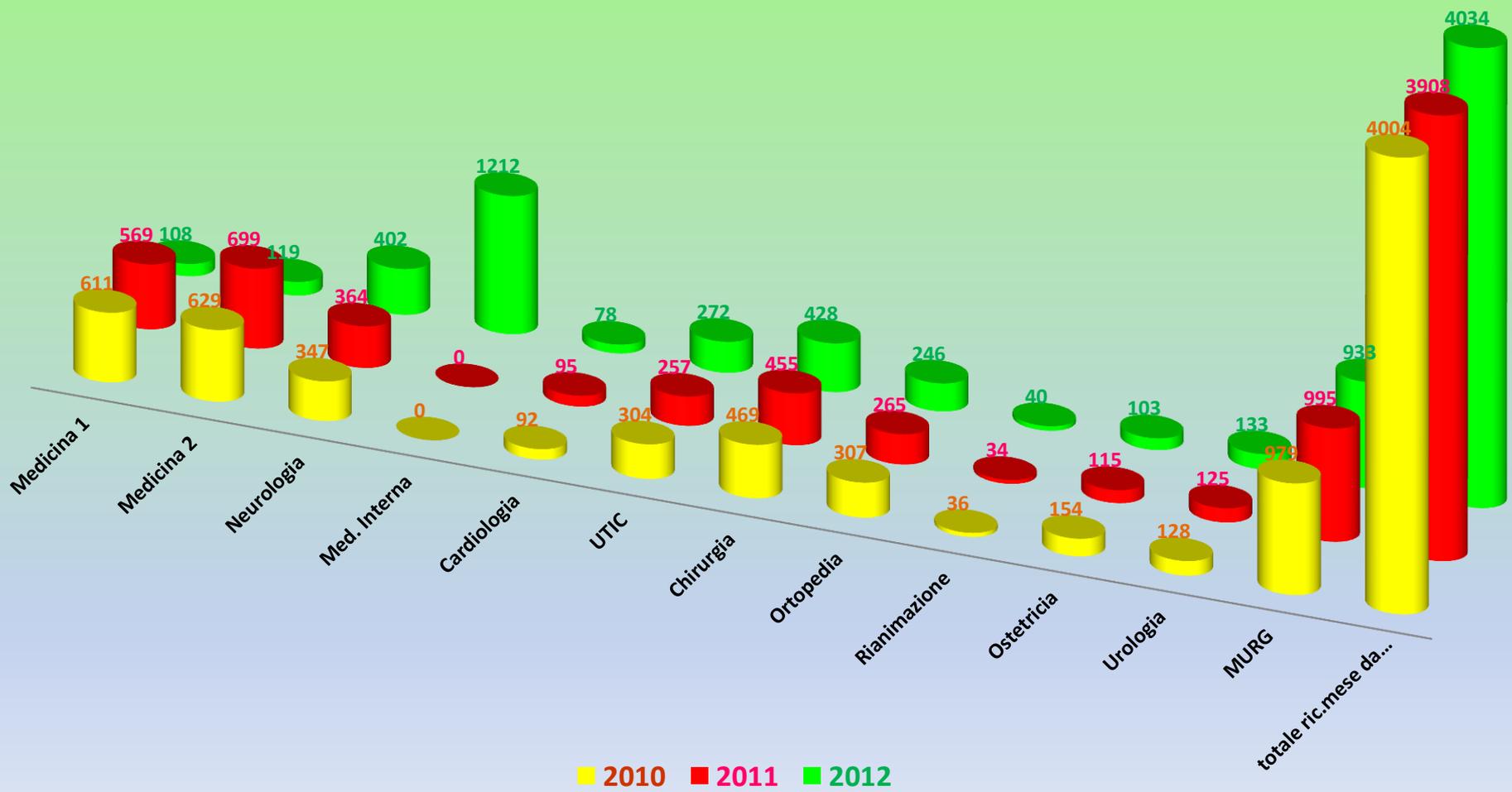


Andamento ricoveri in MURG 2003-2012

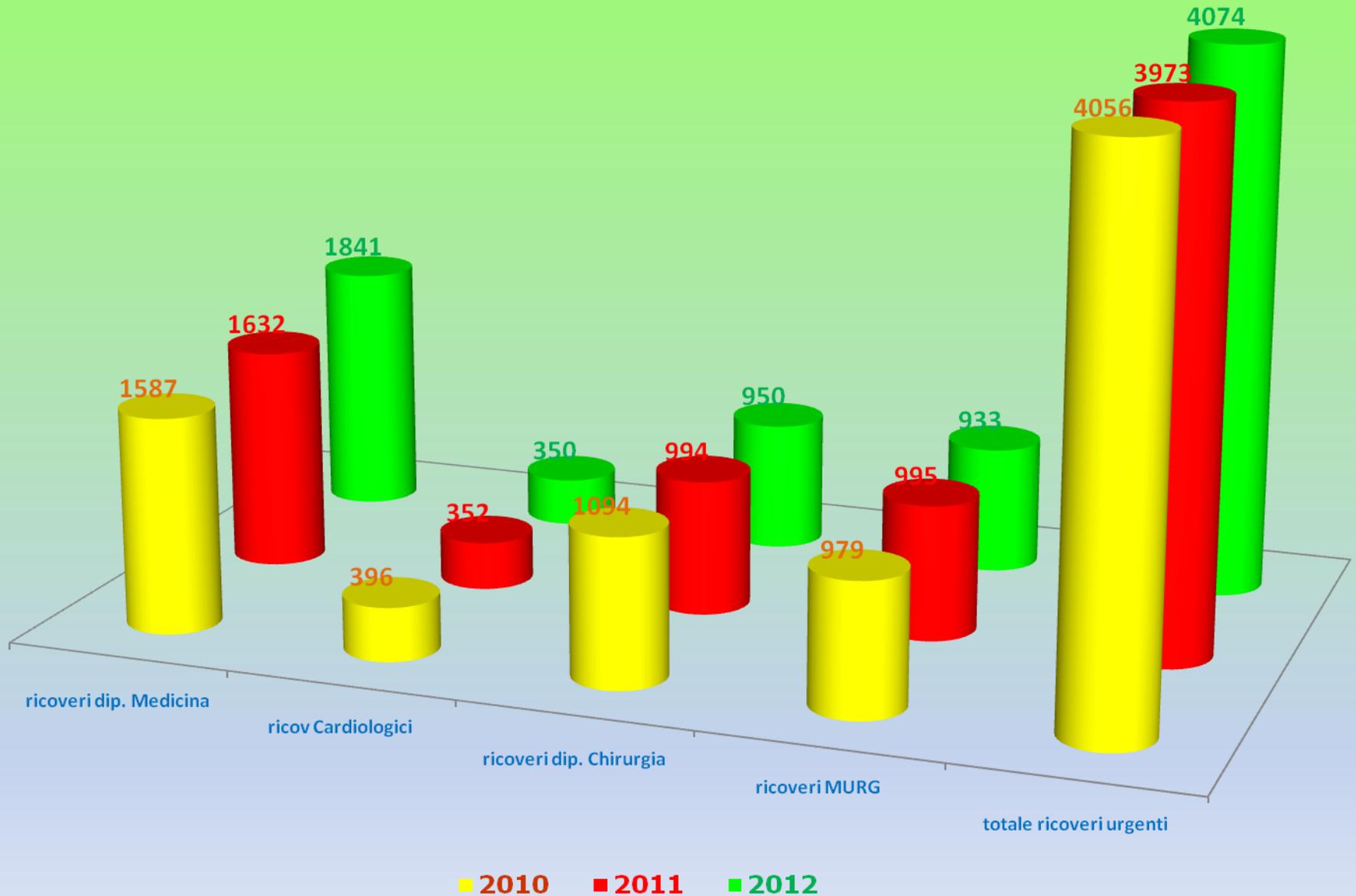
■ trasferiti entrata ■ trasferiti uscita ■ dimessi ■ ricoveri MURG ■ ricoveri urgenti da PS



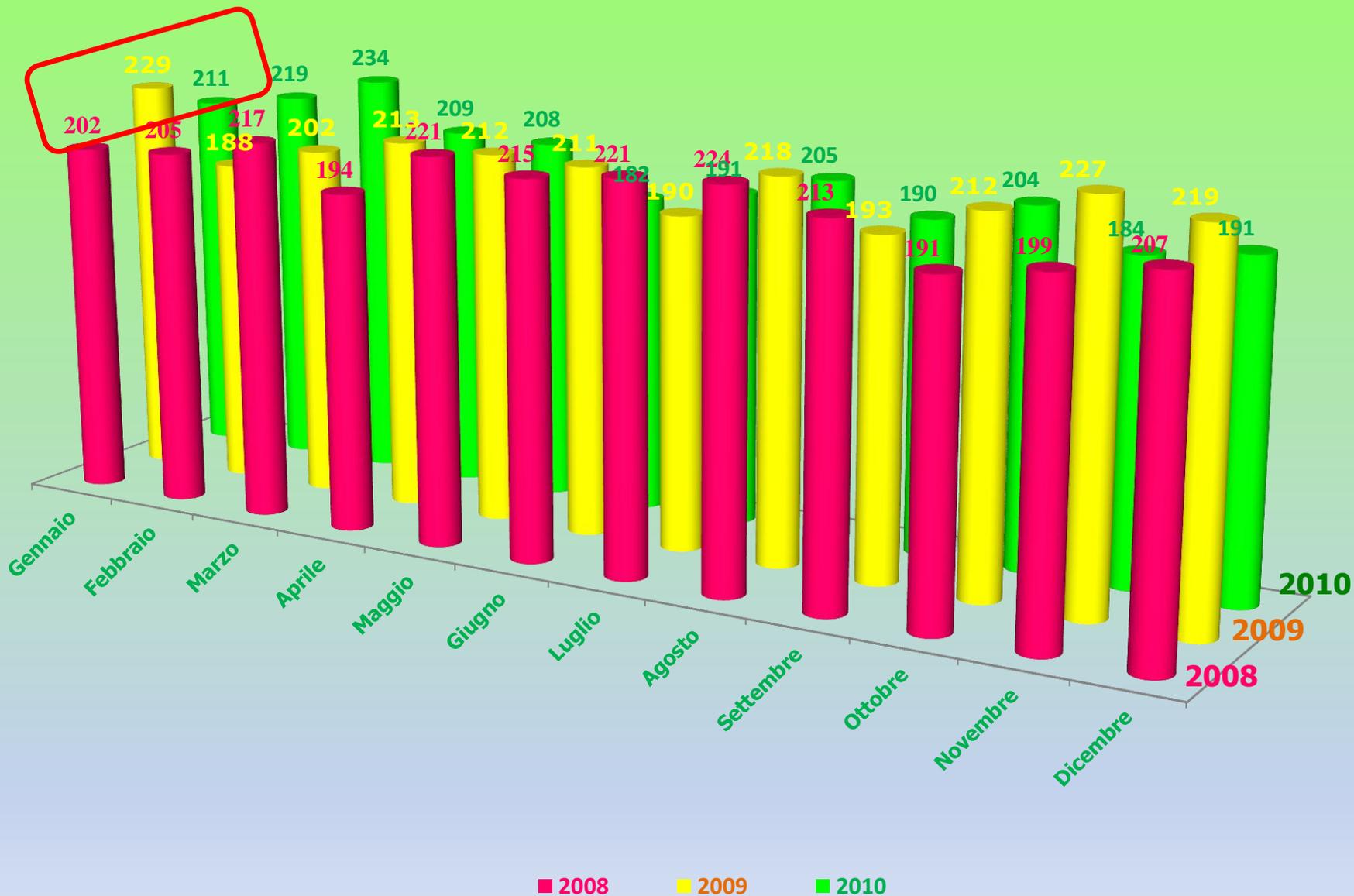
Distribuzione ricoveri urgenti da PS periodo 2010-2012



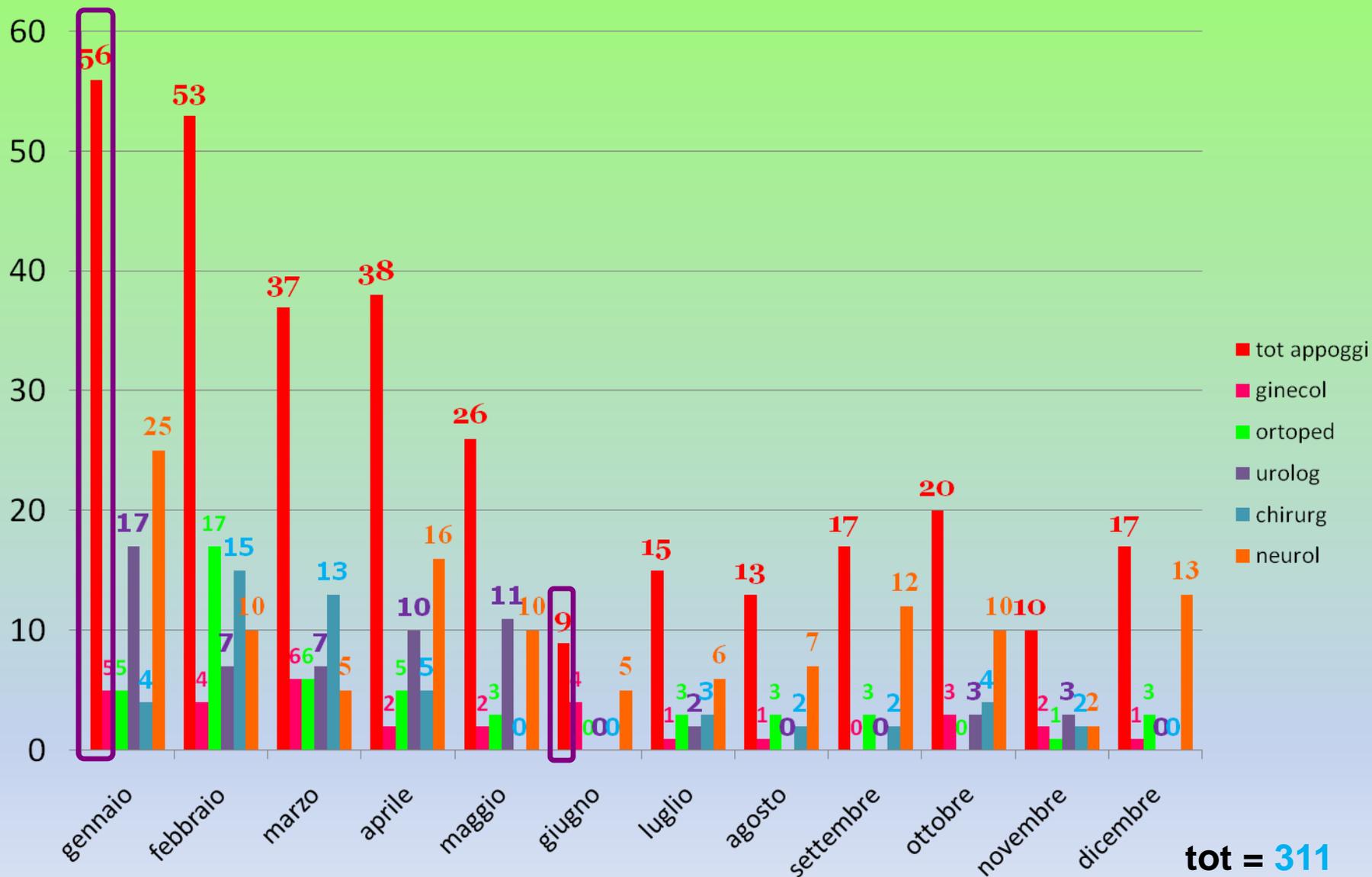
Distribuzione dipartimentale ricoveri urgenti da PS periodo 2010-2012



Andamento mensile ricoveri internistici 2008-'10



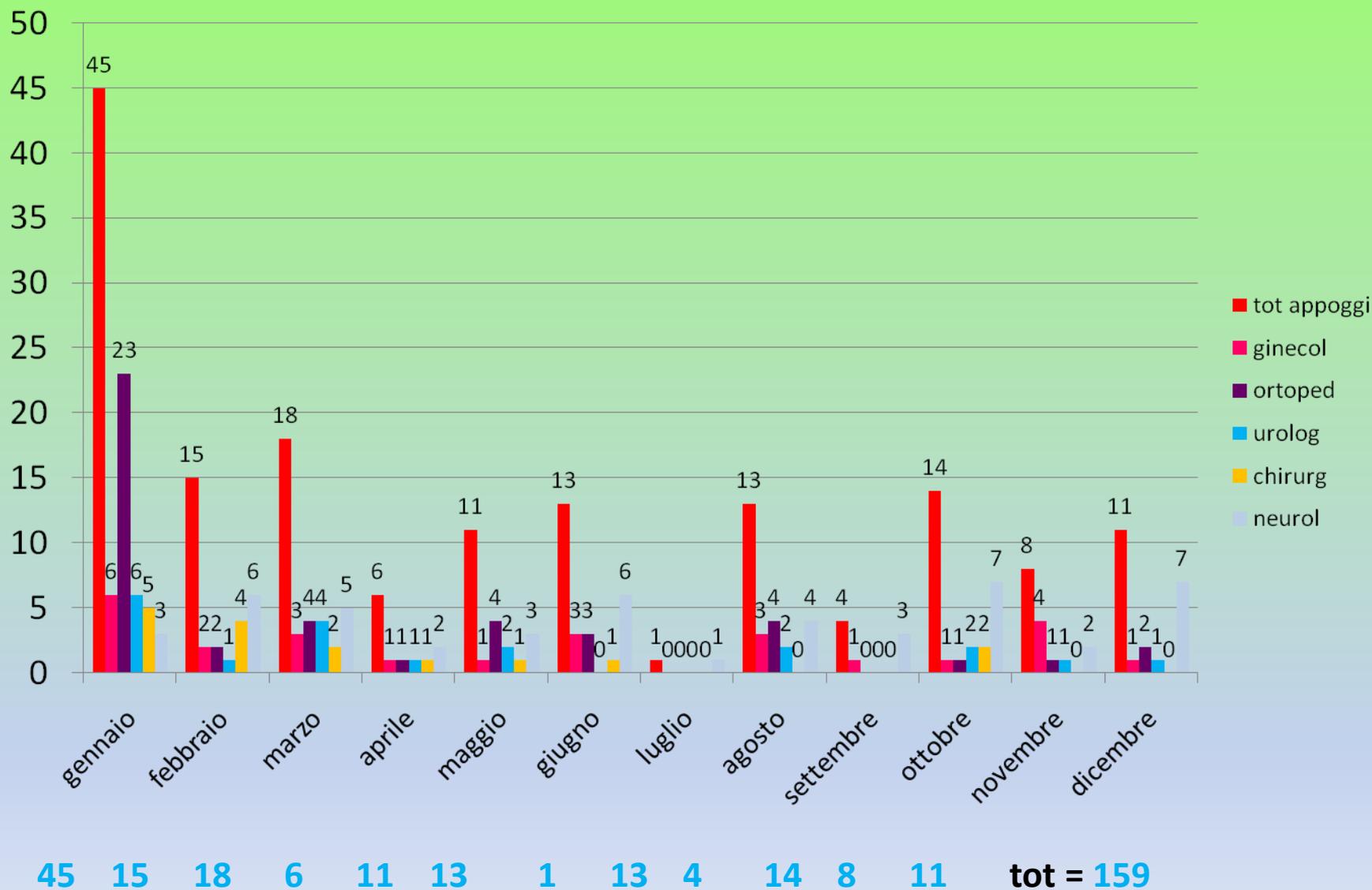
Ricoveri in Appoggio anno 2012 da PS a carico della Medicina



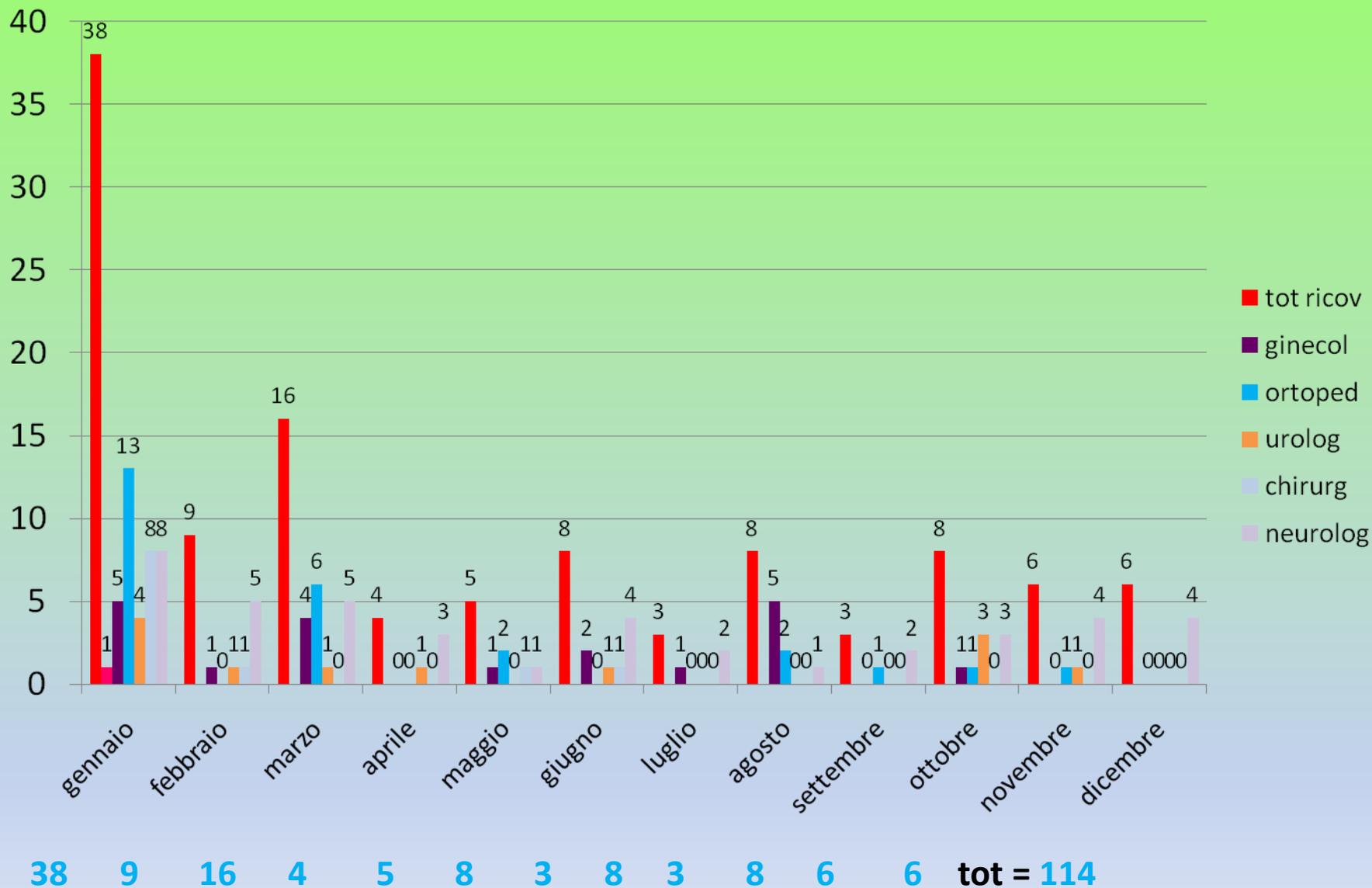
RICOVERI IN APPOGGIO DELLA MEDICINA ANNO 2012

Ricoveri in Appoggio	Anno 2012	A carico Medicina
mese	totale ricoveri in appoggio	311
gennaio	56	
febbraio	53	
marzo	37	
aprile	38	
maggio	26	
giugno	9	
luglio	15	
agosto	13	
settembre	17	
ottobre	20	
novembre	10	
dicembre	17	
Totale ricoveri urgenti da PS in Medicina 1439	rapporto appoggi/totale ricoveri in Medicina	311/1439 21.6%

Ricoveri in Appoggio anno 2011 da PS a carico della Medicina 1



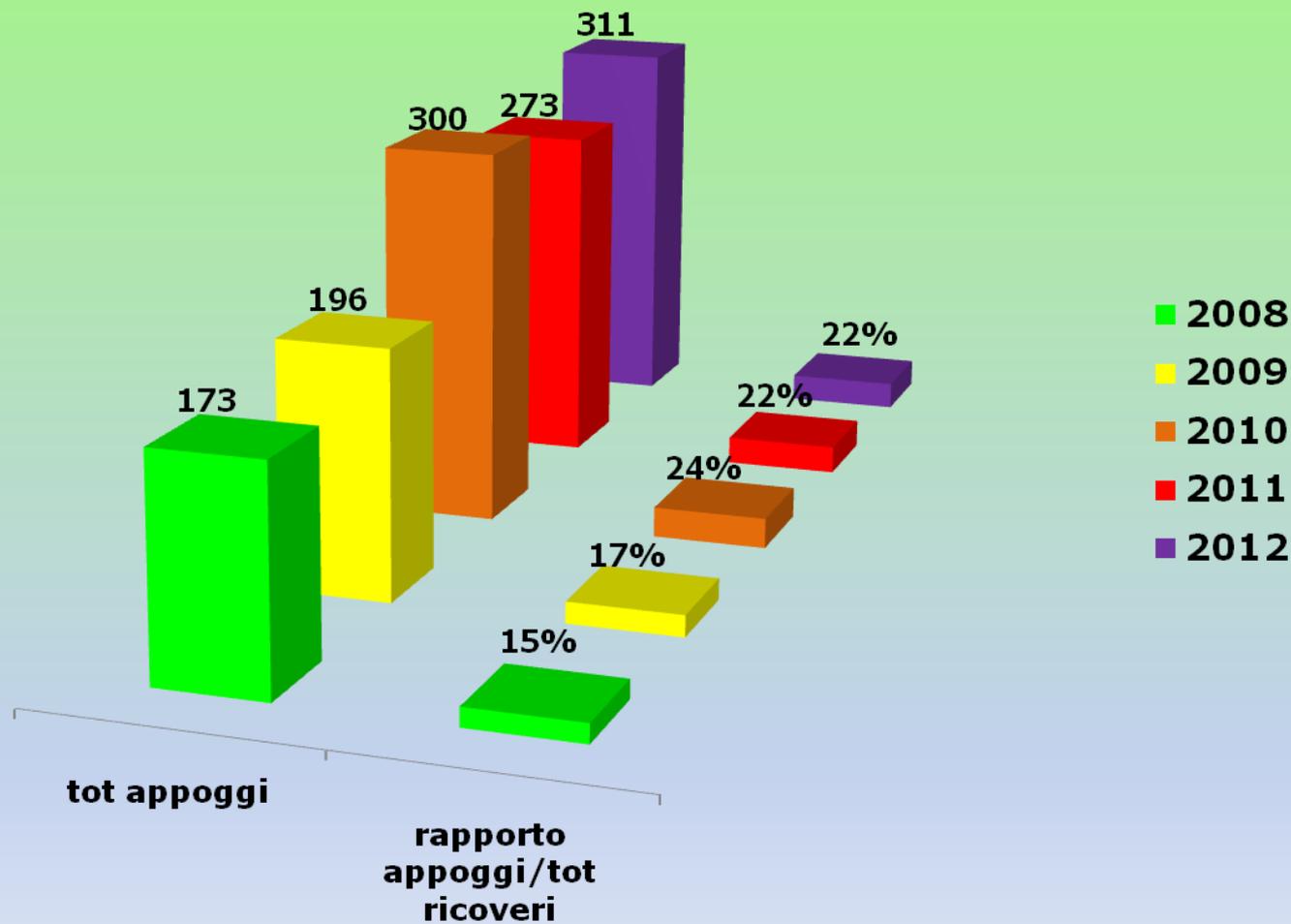
Ricoveri in Appoggio 2011 da PS a carico della Medicina 2



RICOVERI IN APPOGGIO DELLE MEDICINE ANNO 2011

Ricoveri in Appoggio	Anno 2011		
	A carico Medicina 2	A carico Medicina 1	
mese	totale ricoveri in appoggio	totale ricoveri in appoggio	Totale Medicine
gennaio	38	45	
febbraio	9	15	
marzo	16	18	
aprile	4	6	
maggio	5	11	
giugno	8	13	
luglio	3	1	
agosto	8	13	
settembre	3	4	
ottobre	8	14	
novembre	6	8	
dicembre	6	11	
totale	114	159	273
Totale ricoveri urgenti da PS in Medicina 1268	(Med.2 = 699)	(Med.1 = 569) rapporto appoggi / totale ricoveri	273/1268 21,52%

ANDAMENTO RICOVERI MEDICI IN APPOGGIO ANNI 2008- 2012





- **Il numero di ricoveri internistici urgenti da PS è stabile negli ultimi anni;**
- **Il numero di ricoveri internistici «in appoggio» è stabile negli ultimi anni;**
- **Il fenomeno può essere oggetto di pianificazione e programmazione?**

Orario di ricovero e percentuale

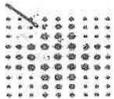
- Orario medio: 14.00
- Permanenza in PS: 3 ore
- **Età media: 81 anni**
- Femmine/maschi: 1,2

1,00	1,4
2,00	1,4
3,00	1,4
4,00	2,9
8,00	2,9
9,00	7,1
10,00	2,9
11,00	4,3
12,00	7,1
13,00	5,7
14,00	8,6
15,00	8,6
16,00	8,6
17,00	7,1
18,00	10,0
19,00	7,1
20,00	2,9
21,00	4,3
22,00	4,3
23,00	1,4

Permanenza in PS (ore e %)

ore	%
0	5,7
1	8,6
2	17,1
3	24,3
4	21,4
5	11,4
6	5,7
7	2,9
8	1,4
10	1,4





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

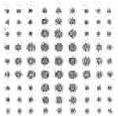
Presidio Ospedaliero Fidenza San Secondo
Direzione

Il direttore
Dr. Antonio Balestrino

Protocollo 105.668/1.17/2008
Fidenza, 28 NOV. 2008

OGGETTO: gestione dei posti letto per pazienti afferenti al Pronto Soccorso nei periodi critici

2. che il ricovero in "appoggio" temporaneo del paziente in U.O. diversa da quella di pertinenza dovrà essere valutata congiuntamente dal Medico di P.S. ed il Medico di guardia della U.O. di pertinenza.
3. ogni specialista ospedaliero può disporre autonomamente il ricovero di un paziente presso la propria Unità operativa, ma la proposta di ricovero presso altra Unità Operativa (es. di area medica con proposta di specialista di area chirurgica) dovrà essere valutata congiuntamente con il collega dell'altra Unità operativa
4. l'attribuzione del ricovero di un paziente in appoggio temporaneo alla U.O. di Medicina I o II sarà effettuato direttamente dal Medico di Guardia della Medicina, sulla base dei criteri che verranno definiti di concerto tra i due Responsabili di U.O.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Presidio Ospedaliero Aziendale
Ospedale di Fidenza - San Secondo P.se
Direzione Medica

Protocollo 53.153/1.17/2008
Fidenza, 07 LUG. 2008

OGGETTO: gestione posti letto in periodi critici

Protocollo per la Gestione dei Posti Letto di Area Medica e Chirurgica per Pazienti Afferenti al P.S. nei Periodi Critici

1. DISPONIBILITA' POSTI LETTO

Tutte le UU.OO. devono segnalare puntualmente ed integralmente al Pronto Soccorso la reale disponibilità di posti letto:

- in mattinata al termine della visita, **comunicando anche le dimissioni previste nella giornata**
- alle ore 17, comunicando la disponibilità di tutti i posti letto disponibili per il turno notturno

Il Coordinatore Infermieristico o, in sua assenza, l'Infermiere Professionale Responsabile di turno è formalmente responsabile:

- della puntuale trasmissione delle informazioni
- della correttezza e della completezza delle informazioni

2. PROCEDURE DI RICOVERO

Sono di esclusiva spettanza del medico in turno al P.S.:

- la valutazione della necessità di ricovero urgente;
- la modalità e la sede dell'effettiva collocazione del pazienti;
- la valutazione delle compatibilità delle condizioni cliniche del paziente rispetto alla sua possibile collocazione nei posti letto effettivamente disponibili.

In particolare, di fronte alla richiesta di ricovero di pazienti ed alla indisponibilità di posti letto nell'ambito della dotazione del Dipartimento di pertinenza, il medico del P.S. è tenuto a valutare:

- l'indifferibilità del ricovero;
- la trasportabilità del paziente presso altra sede di ricovero.

Tutti i medici di guardia delle UU.OO. accettanti, comunque, devono collaborare strettamente con i colleghi di Pronto Soccorso per

- semplificare per quanto possibile le procedure di ricovero
- supportare, quando richiesta, una valutazione congiunta delle condizioni cliniche del paziente a fronte delle possibili collocazioni dello stesso
- ricercare le possibili soluzioni di collocamento del paziente

Il paziente dovrà essere stabilizzato presso il Pronto Soccorso prima di essere trasferito alla U.O. accettante/altra struttura accettante, ossia dovrà essere garantito il reperimento degli accessi venosi e le funzioni vitali, rilevate attraverso la determinazione dei principali parametri, non devono richiedere il supporto strumentale per il loro mantenimento.

3. COMUNICAZIONI RIFERITE AL RICOVERO

La comunicazione dell'avvenuto ricovero di un paziente presso altra U.O. in "appoggio temporaneo" dovrà essere effettuata:

- Al Medico di Guardia della U.O. presso la quale avrebbe dovuto aver luogo la ospedalizzazione (= U.O. di Pertinenza), a cura del Medico di Pronto Soccorso che effettua il ricovero;
- Al Medico di Guardia della U.O. Accettante, a cura dell'equipe infermieristica accettante
- Al Coordinatore infermieristico della U.O. di Pertinenza, a cura della equipe infermieristica della U.O. accettante

4. GESTIONE DEL PAZIENTE

L'equipe infermieristica di assistenza è quella della U.O. accettante sino al momento del trasferimento presso la U.O. di pertinenza.

La gestione medica sino al momento del trasferimento afferisce:

- **in urgenza, al MdG della U.O. di Pertinenza che, valutato il caso, richiederà se necessario l'intervento di altri colleghi;**
- **in ordinaria, ai Medici della U.O. di Pertinenza, con i quali i Medici della U.O. Accettante dovranno strettamente collaborare**

5. DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La documentazione sanitario-amministrativa è così definita:

- Foglio di ricovero: a cura del MdG del P.S., accanto all'indicazione della U.O. di ricovero (es, Medicina I), dovrà essere apposta la seguente dicitura: **“temporaneamente in(es. Chirurgia) per mancanza di posti letto”**
- Cartella clinica: verrà utilizzata la cartella clinica della U.O. di Pertinenza, sul cui Diario Clinico dovrà essere riportata la dicitura “Paziente temporaneamente ricoverato in per mancanza di posti letto”. Analoga menzione dovrà essere effettuata sul Diario infermieristico

6. TRASFERIMENTO ALLA U.O. DI PERTINENZA

Deve essere garantito al paziente il trasferimento in tempi brevi in posto letto presso la U.O. di Pertinenza; le Caposala delle UU.OO. interessate prenderanno accordi diretti per il trasferimento



Principali Criticità dei Ricoveri in Appoggio in reparti Incompetenti (1)

- **Difficoltà rilevate dal medico di guardia "accettante" nella gestione del pz internistico (critico):**
 - diversa equipe infermieristica non "confidente" con la criticità internistica;
 - difficoltà nel reperimento di farmaci non di uso corrente nel reparto «appoggiante»;
 - problemi nella continuità ed assiduità assistenziale del pz (motivi logistici);
 - problemi di comunicazione personale sanitario/familiari;
- **Difficoltà emerse dal personale infermieristico del reparto «appoggiante»**
 - difficoltà nella gestione dei rapporti coi familiari del pz;
 - problemi nella gestione di paziente con differente patologia rispetto allo standard di reparto;

Principali Criticità dei Ricoveri in Appoggio in Reparti Incompetenti (2)

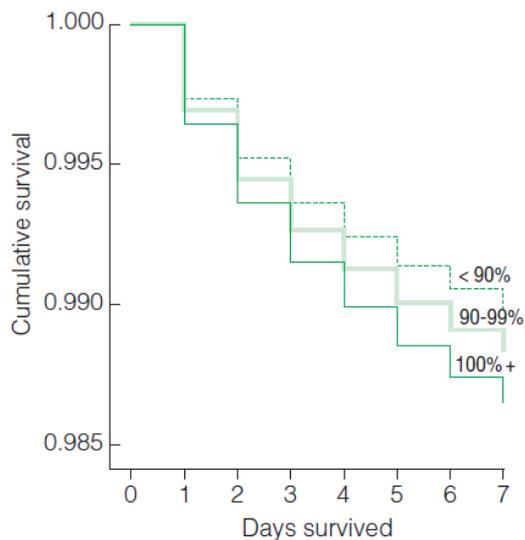
- **Difficoltà Organizzative:**

- problemi nella gestione del posto letto destinato al paziente con intervento chirurgico programmato;
- resistenze diffuse nel ridefinire un protocollo concordato di gestione del paziente «in appoggio»;
- ipocrisia istituzionale nel negare la stabilizzazione di un fenomeno ritenuto impropriamente estemporaneo e contingente.



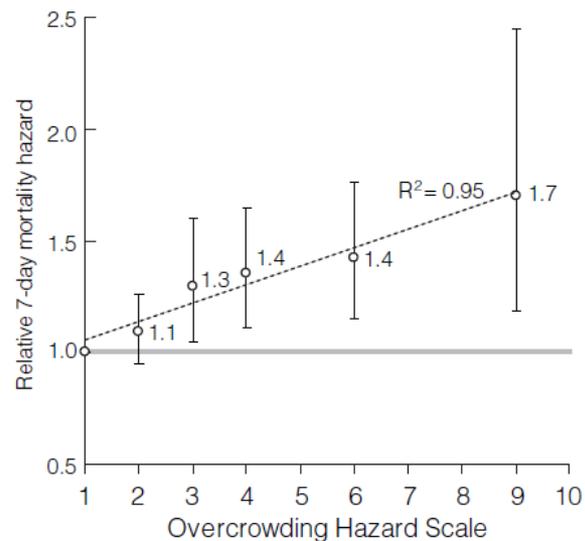
The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments

3 Seven-day survival* after emergency admission stratified by hospital occupancy on the day of admission



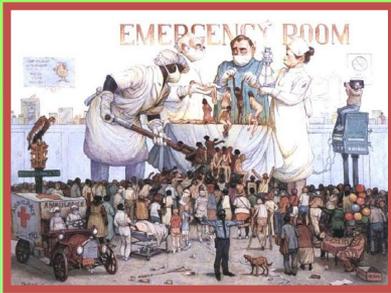
* Adjusted for age, mode of transport, diagnosis (ICD-10-CM), triage urgency, and referral source. ◆

4 Relationship between the Overcrowding Hazard Scale and the 7-day mortality hazard for emergency admissions



Our study showed that hospital and ED overcrowding is associated with a 30% relative increase in mortality by Day 2 and Day 7 for patients requiring admission via the ED to an inpatient bed. This increase in mortality appears to be independent of patient age, season, diagnosis or urgency.

Hospital occupancy above 90% has been demonstrated in our study to be closely associated with ED access block and is associated with an increased duration of ED stay.



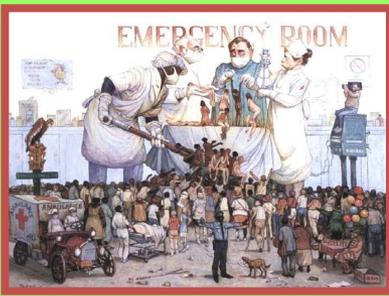
CONCLUSIONI (1)

Inpatient bed “access block” is the principal cause of ED overcrowding.

(Moskop JC et al. Emergency Department Crowding, Part 1- Concept, Causes, and Moral Consequences. *Ann Emerg Med*. 2009; 53:605-611).

Access block is correlated with total hospital inpatient bed occupancy of 90% or more, as measured by a midnight bed census.

(Forster AJ et al. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 127-133).



CONCLUSIONI (2)

Some studies have identified a relationship between high occupancy, access block and adverse patient outcomes. (Sun CB et al. Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients. Ann Emerg Med. 2012.)

Overcrowding is often associated with placing inpatients on an incorrect ward (eg, medical patients placed on surgical wards) where staff may be less familiar with standard service guidelines for care of the patient's condition or the clinical cues associated with potential adverse events. **Such patient "outlying" may be a mediator of the association between overcrowding and increased mortality.** (Sprivulis PC et al. MJA 2006; 184: 208–212).

PROSPETTIVE

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione...decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135:.....

3) Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

3.1 Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai **posti letto (3.7/1000 ab.)** ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 ab.) sono conseguibili intervenendo concretamente **sull'indice di occupazione del posto letto, che deve attestarsi su valori del 90%** e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni...

A large, grey stone dam with a prominent grid-like pattern on its face. The dam is surrounded by a herd of goats, some of which are climbing the structure. The background shows a rocky, mountainous landscape with some small buildings and a road.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE