

CONGRESSO REGIONALE SIMEU : 8 Febbraio 2013

Centro Congressi Polo Ospedaliero di Cona

Il Pronto Soccorso ed il ricovero appropriato

Il Ricovero in “letti aggiuntivi”

(Dott. Giorgio Squarzoni P.S. - Medicina d'Urgenza Ferrara)



Anche negli Stati Uniti Il sovraffollamento dei Dipartimenti d’Emergenza (ED), la riduzione dei posti letto e la riduzione delle risorse per gli ED sono stati riconosciuti come problemi emergenti fin dai primi anni ottanta. Nel 2006 da un famoso rapporto dell’Institute of Medicine (IOM), si apprendeva che in 10 anni gli accessi agli ED erano aumentati del 26% mentre venivano chiusi quasi 200.000 posti letto e 500 ED (**Emergency Care Crisis**)



Alta richiesta ospedalizzazione

- **Carenza di collaborazione/sinergismo con la medicina di territorio**
- **Concezione da parte dei cittadini di un modello di salute centrato sull'Ospedale rispetto al modello centrato sulla medicina di territorio**
- **Diffusione dell'Informazione Sanitaria con convinzione da parte dei pazienti di sapere in modo chiaro ciò di cui necessitano**
- **Mancanza di alternative**

Costante riduzione posti letto

Siamo passati in Italia dai 5,3 posti letto per acuti ogni mille abitanti nel 1995 ai 3,82 per mille abitanti (inclusi i letti privati accreditati) al 1 Gennaio 2012.

La riduzione dei posti letto per acuti senza il contemporaneo incremento di posti per lungodegenti, ha notevolmente ridotto la disponibilità di letti per il Pronto Soccorso.

Il sovraffollamento può incidere sulla capacità di filtro del Pronto Soccorso, incrementando la percentuale di ricoveri inappropriati ? La disamina della letteratura sembra non parlare in tal senso.

Rastelli G, Cavazza M, Cervellin G: Sovraffollamento in Pronto Soccorso. Analisi e proposte di gestione; Emergency care Journal, 35-25, Giugno 2010.

Di sicuro l'incapacità a collocare prontamente nei Reparti i pazienti già destinati al ricovero, acuito dalla progressiva riduzione di posti letto nei nosocomi, da una parte si ripercuote negativamente sul sovraffollamento (boarding), dall'altra porta alla necessità del ricovero in letti aggiuntivi che spesso non sono altre che barelle poste nei corridoi.

Sovraffollamento



**Alta richiesta
ospedalizzazione**

Difficoltà a ricoverare:
boarding

Azione di filtro del P.S.

Letti aggiuntivi

Ricoveri da PS

Offerta
Posti Letto

Nell'ED dello Stony Brook University Hospital, nello Stato di New York, nel tentativo di arginare il problema del sovraffollamento, dal 2001, è stata sperimentata una procedura detta "Full Capacity Protocol" poi diffusasi in tutti gli U.S.A.

Quando il numero di *boarders* è tale da pregiudicare l'assistenza adeguata e tempestiva degli altri pazienti, il medico d'urgenza responsabile del turno contatta il Bed Utilization Coordinator (un collaboratore del Direttore Sanitario per noi). Questi, di concerto con il medico dell'ED dichiara il "Full Capacity Protocol" e lo notifica al Direttore Sanitario e ai Reparti di Degenza. Il medico dell'ED seleziona i pazienti da ricoverare compatibili con una sistemazione in corridoio (escludendo quelli che richiedono un'elevata intensità di cure), e ne dispone il trasferimento in Reparto.

Il protocollo è stato valutato poi con uno studio di 4 anni che ha coinvolto 280.000 pazienti giunti all'ED di cui 53.000 ricoverati.

Viccellio A. Santora C. et al: "The association between transfer of Emergency Department boarders to inpatient hallways and mortality: a 4-year experience" Ann Emerg Med. 2009;54:487-491

Il "Full capacity protocol" esemplifica l'esigenza di programmi di razionalizzazione delle risorse e nasce anche dall'osservazione che **"il rischio" dei pazienti posti in letti aggiuntivi non è diverso da quello dei pazienti ricoverati nei letti ordinari.**

Sempre nello stesso studio viene sottolineato che **i pazienti che attendono il ricovero in PS (boarders) altro non sono che Letti Aggiuntivi in P.S.** e che quindi andrebbero condivisi coi Reparti: l'ED affollato non è un "nostro" problema, ma un problema dell'Ospedale.

Il concetto da ritenere e da applicare nelle nostre realtà è che ogni ED dovrebbe farsi promotore, nel proprio Ospedale, di procedure e protocolli condivisi che prevedano come affrontare situazioni di picchi di afflusso all'ED.

Così nasce la necessità di integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostici-terapeutici, garantendo efficaci processi clinico-assistenziali senza spreco di risorse ottimizzando i flussi fisici dei pazienti.

Se i flussi dei pazienti fossero ottimizzati, si otterrebbero svariati vantaggi quali una migliore appropriatezza del *setting* assistenziale in cui è sistemato il paziente, una razionalizzazione delle risorse derivante dal miglior utilizzo di strutture, personale medico e infermieristico, ed una riduzione della degenza media accompagnata da un aumento della produttività.

**Da: La figura del bed manager per l'ottimizzazione del patient flow
Michela Barcella – CMC Consulting 11 Giugno 2010**

Cosa possiamo fare?

Controllo della domanda: è un obiettivo complesso, poco percorribile che prevede il miglior coordinamento di strutture come la medicina di base, i servizi sociali, un'evoluzione nell'educazione sanitaria della popolazione, richiede sforzi enormi ed è a lungo termine.

Soluzioni senza incremento delle risorse/spesa sanitaria:

Miglior sfruttamento delle risorse disponibili:

Miglioramento della capacità di filtro del Pronto Soccorso

(ridurre la pratica della medicina difensiva, omogeneizzazione del comportamento clinico, aumentare la percentuale di pazienti affidati a D.H. ed ambulatori.....),

riducendo di fatto la percentuale di Ricoveri/Osservazioni inappropriati

Applicazione di Protocolli Operativi/Percorsi Predefiniti

(Percorso dolore toracico, Stroke, TIA, Sincope, Dolore addominale, Dispnea, Polmonite, TEP, TVP.....)

Soluzioni con incremento delle risorse/spesa sanitaria

Potenziamento delle strutture di osservazione breve (OBI) e Medicine d'Urgenza (con riduzione della pressione sulle strutture di degenza ordinaria)

A hospital reported that the addition of an acute medical unit reduced the median number of boarding patients from 14 to 8 during a 2-year period

Emerg Med J. 2006; 23:363-36

Discharge Room (lounge): è un servizio ai pazienti in dimissione dai Reparti. L'obiettivo è quello di snellire il flusso dei pazienti sia in entrata che in uscita dall'Ospedale liberando i posti letto dei dimessi con la conseguente riduzione dei tempi di attesa dei pazienti in Pronto Soccorso per l'ingresso nei Reparti.

Potenziamento strutture per pazienti che necessitano di basso livello di cure ma con prevalenti problemi di “nursing”

La nostra esperienza

Nel Maggio 2011 entra in funzione un programma di gestione dei letti definito “cruscotto” prima esperienza di bed management rivolta al contenimento dei letti aggiuntivi e della percentuale dei ricoveri, con collaborazione tra Pronto Soccorso, Direzione Medica e Dipartimento Medico.

L'impressione è che quando l'offerta di letti è predefinita e limitata, il team di Pronto Soccorso sia portato ad una maggiore azione di filtro, tendendo a sfruttare maggiormente altre risorse (D.H., ambulatori specialistici etc..)

Funzione Pronto Soccorso

Trasferimento nuovo Ospedale Cona



Anno	2009	2010	2011	2012
N. accessi	77231	78699	78811	75127
% ricoverati	19,01	18,87	17,47	16,92

Esclusi i ricoveri ostetrici che hanno dato origine a parto:

% ricoverati			16,2	15,6
--------------	--	--	------	------

Pronto Soccorso Generale

Trasferimento nuovo Ospedale Cona



Anno	2009	2010	2011	2012
N. accessi	39013	40484	41034	39903
% ricoveri	28,42	27,82	26,06	24,12

Letti aggiuntivi (barelle)

Trasferimento nuovo Ospedale Cona



Anno	2009	2010	Gen-Apr 2011	Mag-Dic 2011	2012
Media presenza ricoveri aggiuntivi ore 08.00	6,125	7,86	9,89	0,8	0
N. totale posti letto	747	744	741	739	619

Pazienti accettati dal DE

Anno	2010	2011	2012
OBI + Med. Urg..	3005	3375	3515
OBI	1837	2121	2174
Med. Urg.	1168	1254	1341

Dai dati esposti si evince che, dall'entrata in vigore del "cruscotto", i ricoveri aggiuntivi si riducono praticamente a zero, se si esclude la Medicina d'Urgenza che per la sua aumentata funzione di "ammortizzatore" dei ricoveri, per alcune ore (specie notturne) può accogliere pazienti in letti aggiuntivi.

Cala ulteriormente la percentuale di ricoveri sia per la funzione Pronto Soccorso che per il Pronto Soccorso Generale, tendenza peraltro già presente negli anni precedenti.

Nonostante questo risultato, il fenomeno del Boarding pare restare marginale, limitato per lo più a pazienti in attesa di posto letto in O.B.I./Medicina d'Urgenza e con attesa max. di circa 3 ore

Le complesse problematiche che i DE si trovano ad affrontare oggi e le modalità con cui verranno affrontate dalle forze che le compongono determineranno come sarà l'Emergenza/Urgenza di domani.

Come vi piacerebbe il P.S. del futuro?

Un grande (ed affollato) Pronto Soccorso in un Ospedale con sempre meno posti letto (e le conseguenze sono purtroppo a tutti note....)



Oppure

Un piccolo Ospedale nel grande Ospedale (E.D.) (con grande autonomia, in grado di portare il paziente con determinate problematiche **Emergenti/Urgenti** dall'accesso all'outcome senza gravare su reparti di degenza...



© Alamy

Grazie a tutti per l'attenzione.....

