



# LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO NELLE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO DELLA REGIONE EMILIA- ROMAGNA



# IL PROBLEMA DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PS

- I servizi di Pronto Soccorso (PS) rappresentano il principale punto di riferimento della popolazione per i bisogni sanitari urgenti: essi garantiscono accesso alle cure secondo criteri di priorità ed equità, risposte adeguate ai bisogni urgenti e non programmati di salute dei cittadini che vi afferiscono in modo non preordinato, con esigenze e priorità diverse.
- I dati della letteratura dimostrano che ogni anno **oltre un terzo della popolazione italiana accede al Pronto Soccorso** di riferimento territoriale per un presunto o reale bisogno di salute urgente. In Italia si registrano **24 milioni di accessi/anno con un tasso di ricovero del 15% circa**. I dati della regione Emilia-Romagna sono in linea con quelli nazionali: negli ultimi anni appaiono stazionari i dati di accesso e di ricovero ma vi è un progressivo aumento dei tempi di permanenza dei pazienti in PS.
- E' pertanto evidente che le strutture di Pronto Soccorso, Osservazione Breve Intensiva (OBI) e Medicina d'Urgenza costituiscono il cuore del sistema di emergenza-urgenza ospedaliera e pertanto è necessario garantirne la massima funzionalità all'interno dell'ospedale e della rete regionale.
- Il problema del sovraffollamento nei servizi di PS (overcrowding) è un fenomeno assai noto a livello internazionale: il normale funzionamento del PS è periodicamente reso difficile dalla sproporzione esistente - ed oggettivamente misurabile - tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa ed in carico) e le risorse realmente disponibili (umane, strutturali, organizzative).

le disposizioni contenute nel presente provvedimento, nell'affrontare il problema prioritario del sovraffollamento in Pronto Soccorso, richiamano la necessità di ridefinire l'organizzazione relativa ai percorsi di accesso alle prestazioni urgenti anche nell'ambito dell'assistenza territoriale;

# DGR 1003/2016 ALL. B

- Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso secondo le direttive che verranno fornite in corso d'anno con apposita delibera regionale
- **Indicatore e target:**
  - Le Aziende devono predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso
  - Le Aziende devono contribuire a migliorare il flusso ed uniformare il flusso di Pronto Soccorso (EMUR)

# ANALISI DEI DOCUMENTI PERVENUTI

## Linee di indirizzo per la gestione del sovraccollimento nelle strutture di Pronto Soccorso della regione Emilia-Romagna.

### Premessa

I servizi di Pronto Soccorso (PS) rappresentano il principale punto di riferimento della popolazione per i bisogni sanitari urgenti: essi garantiscono accesso alle cure secondo criteri di priorità ed equità, risposte adeguate ai bisogni urgenti e non programmati di salute dei cittadini che vi affluiscono in modo non preordinato, con esigenze e priorità diverse.

I dati della letteratura dimostrano che ogni anno circa un terzo della popolazione italiana accede al Pronto Soccorso di riferimento territoriale per un presunto o reale bisogno di salute urgente. In Italia si registrano 24 milioni di accessi/anno con un tasso di ricovero del 15% circa. I dati della regione Emilia-Romagna sono in linea con quelli nazionali: negli ultimi anni appaiono stazionari i dati di accesso (1.861 mila nel 2014) e di ricovero (circa 14%) ma vi è un progressivo aumento dei tempi di permanenza dei pazienti in PS.

E' pertanto evidente che le strutture di Pronto Soccorso, Osservazione Breve Intensiva (OBI) e Medicina d'Urgenza costituiscono il "core business" del sistema di emergenza-urgenza ospedaliera e pertanto è necessario garantirne la loro massima funzionalità all'interno dell'ospedale e della rete di regionale delle strutture di PS.

Il problema del sovraccollimento nei servizi di PS (overcrowding) è un fenomeno purtroppo assai noto a livello internazionale: il normale funzionamento del PS è impedito dalla sproporzione esistente - ed oggettivamente misurabile - tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa ed in carico) e le risorse realmente disponibili (umane, strutturali, organizzative).

Facendo riferimento ad uno dei più noti modelli di flusso del sistema di emergenza basato su 3 macro fasi - Input / Throughput / Output (Asplin et al 2003) - è stato ampiamente dimostrato che il maggior contributo al sovraccollimento del sistema è determinato non tanto dai fattori di input (ingresso) quanto dai fattori di throughput (processo) e di output (uscita). Questi ultimi, contrariamente al primo, sono significativamente modificabili adottando adeguate strategie riorganizzative.

Tra i fattori di "input" l'incidenza maggiore è da ascrivere all'incremento degli accessi per patologie legate all'epidemiologia stagionale (es. epidemie influenzali e ondate di calore).

Tra i fattori di "throughput" quello che incide maggiormente sul progressivo aumento dei tempi di permanenza in PS è la necessità di attivare consulenze specialistiche ed accertamenti diagnostici strumentali di livello più avanzato (es. TAC) con maggiore frequenza, sia per l'aumento dell'età media dei pazienti e delle comorbidità, sia per le evidenti necessità del sistema di dover garantire ricoveri "appropriati" e dimissioni "sicure".

Tra i fattori di "output" pesa maggiormente la difficoltà a ricoverare tempestivamente, per carenza di posti letto disponibili, i pazienti che ne hanno indicazione: questo fenomeno è noto anche con il termine di "boarding" (pazienti in coda, in attesa di ricovero) ed è il fattore più influente nel determinare il sovraccollimento in PS.

Il sovraccollimento è diventato un problema prioritario e assai frequente: impatta negativamente sulla qualità dell'offerta sanitaria, sia in termini di sicurezza e qualità di cure erogate ai pazienti che di benessere psicofisico degli operatori: è dimostrato che aumenta il rischio di complicanze gravi e mortalità.

Esso deve essere considerato una criticità organizzativa non solo del PS ma dell'intero Ospedale. Si rende pertanto necessario mettere in atto soluzioni organizzative che rendano più snelle e veloci le fasi di "processo" e di "uscita" al fine di garantire un efficace e tempestivo percorso di cura e di ricovero.

### Proposte operative

#### Predisposizione piani di gestione del sovraccollimento

Similmente a quanto è stato fatto per la gestione delle maxi-emergenze con la stesura del PEMA (Piani Emergenza Massiccio Afflusso Feriti), si ritiene indispensabile che le Direzioni Generali e Sanitarie a cui fanno capo i servizi di PS delle Aziende Sanitarie provvedano a redigere ed applicare piani particolareggiati per la gestione del sovraccollimento con:

- l'individuazione di indicatori per la corretta rilevazione del fenomeno;
- la definizione delle relative soglie di criticità e di tempistiche modalità di risposta, proporzionate ai livelli di criticità rilevata, atte a favorire / facilitare le fasi di processo e di ricovero evitando incongrui e disagiati stazionamenti di pazienti all'interno del PS.

- Indicatori e soglie
- Gestione throughput
  - Attivazione risorse aggiuntive
- Gestione output (PL)
  - N° preordinato di PL
  - ricovero sovranumerario
  - appoggi
  - altro presidio
  - attivazione estemporanea letti in reparti dedicati
- blocco attività programmate
- Bed management

# GESTIONE POSTI LETTO

4

aziende dichiarano di aver definito un n. di PL per ricoveri da PS (fisso e/o confermato giornalmente)

5

aziende ricorrono a ricoveri sovranumerari definendo un numero massimo di ricoveri aggiuntivi che possono essere accolti in ciascun reparto

3

- aziende dichiarano di ricorrere ad “appoggi” eventualmente definendo l’assegnazione per patologie affini.

# GESTIONE POSTI LETTO

3

aziende ricorrono al trasferimento presso altri stabilimenti dello stesso presidio e/o di altre aziende (pubbliche o private). Sono inviati pazienti sia da PS che in fase di post-acuzie.

4

Vengono individuate aree/sezioni dedicate (soffietto/polmone) anche mediante temporanea riconversione di PL chirurgici in medici, DH/DS in ordinari.

5

aziende ricorrono alla riduzione/blocco dell'attività programmata, anche consentendo il ricovero da PS in strutture esclusivamente elettive.

# COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO (DETERMINA N. 4484 DEL 24/03/2017)

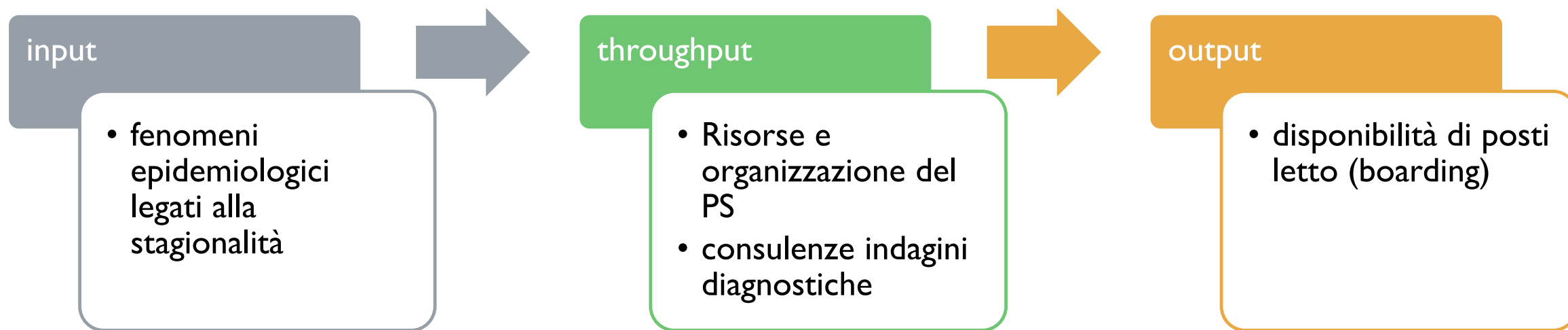
## composizione

- Mario Cavalli – Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
- Guido Pedrazzini - Azienda USL di Piacenza
- Andrea Magnacavallo – Azienda USL di Piacenza
- Adelina Ricciardelli - Azienda USL di Ferrara
- Nicola Binetti - Azienda USL di Bologna
- Andrea Fabbri - Azienda USL della Romagna (Ospedale di Forlì)
- Marco Barozzi – AOU di Modena Policlinico-Baggiovara
- Maria Pazzaglia – Azienda USL Romagna
- Antonio Luciani – AOU di Modena Policlinico-Baggiovara
- Geminiano Bandiera – AOU di Modena Policlinico-Baggiovara
- Mario Cavazza – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
- Cristina Berti – Azienda USL di Bologna
- Maria Pia Bonconti – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Paola Ceccarelli – Azienda USL della Romagna (Ospedale Cesena)
- Sergio Alboni – Azienda USL Reggio Emilia
- Luca Cantadori – Direttore U.O. Emergenza Territoriale Azienda USL di Parma
- Antonio Pastori – Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia-Romagna
- Viola Damen – Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia-Romagna
- Anselmo Campagna – Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia-Romagna;

## obiettivi

- completamento entro fine aprile 2017 della raccolta delle procedure per iperafflusso aziendali raccogliendo contemporaneamente lo stato dell'arte relativamente a dotazioni e modelli organizzativi adottati;
- analisi dati ed assetti finalizzata ad individuare le migliori pratiche e a definire un modello di riferimento per la gestione di iperafflusso e congestione PS;
- definizione sistema di monitoraggio e cruscotto di controllo;

# IL MODELLO DI RIFERIMENTO (ASPLIN 2003)



**Fattori che favoriscono il sovraffollamento**



# STRATEGIE DI RISPOSTA

Le strategie dovranno avere il più possibile un **carattere di proattività**, cioè essere volte a prevenire il passaggio a livelli di sovraffollamento o grave sovraffollamento.

Le strategie di risposta possono essere classificate in relazione

- al **livello di criticità** dell'affollamento ed
- all'aspetto su cui intervengono (**input, throughput, output**).

La prioritizzazione degli interventi è indicativa, spetta a ciascuna azienda l'identificazione delle **azioni più appropriate ed applicabili nel contesto specifico**.

# STRATEGIE IN SITUAZIONI NON CRITICHE



## input

- Percorsi urgenze U
- Protocolli con CRA e cure intermedie
- Percorsi per ricovero urgente non da PS
- Percorsi specifici per pazienti già in carico (es. oncologici, nefropatici)

## throughput

- Fast-track
- Flussi e logistica
- Monitoraggio tempi diagnostiche e consulenze
- adeguamento delle risorse (anche in relazione ai periodi)
- Miglioramento sistemi informativi

## output

- “cingolo” o “cruscotto” di PL
- Ruolo del medico di PS nell’assegnazione
- Funzione di bed management

# STRATEGIE IN SITUAZIONI CRITICHE



## throughput

- riorientamento delle risorse a supporto del PS (personale ausiliario, consulenze)

## output

- Ricoveri soprannumerari (max 10%)
- Appoggi (limitando al minimo)
- Attivazione di letti/sezioni aggiuntive
- ripristino possibilità di ricovero da PS (dove limitata)

# STRATEGIE IN SITUAZIONI GRAVEMENTE CRITICHE



## input

- Reindirizzamento (118) verso sedi con caratteristiche appropriate

## throughput

- Rinforzo del personale medico e di comparto

## output

- Blocco dell'attività programmata
- Ricovero in altro presidio ospedaliero

# BED MANAGEMENT



- Team di bed management: Bed Manager, Direttore di PS, Direttore Assistenziale e Direttore Sanitario (o loro delegati).
- Il team potrà funzionare con modalità differenziate in relazione al livello di criticità (es. solo bed manager nelle situazioni non critiche, attivazione della direzione sanitaria in situazioni specifiche, fino all'istituzione di unità di crisi nelle situazioni più gravi)

# BED MANAGER (2)



- L'attività di bed management riguarda complessivamente l'appropriata gestione della risorsa posto letto, dovrà quindi essere strettamente connessa con le funzioni deputate alla gestione dei trasferimenti e delle dimissioni (auspicabilmente le funzioni sono svolte dalla stessa persona/team).
- Dovrebbe essere prevista una organizzazione in rete tra i bed manager/ case manager dei singoli PO della rete provinciale.

# INDICATORI



## INDICATORI STATICI

numero totale di posti letto in ospedale,

numero totale di posti letto/barelle/box in PS

## INDICATORI DINAMICI DI IMPEGNO DEL SISTEMA

numero di pazienti in carico al pronto soccorso ·

numero di pazienti critici in PS

numero di pazienti in attesa di ricovero (in boarding)

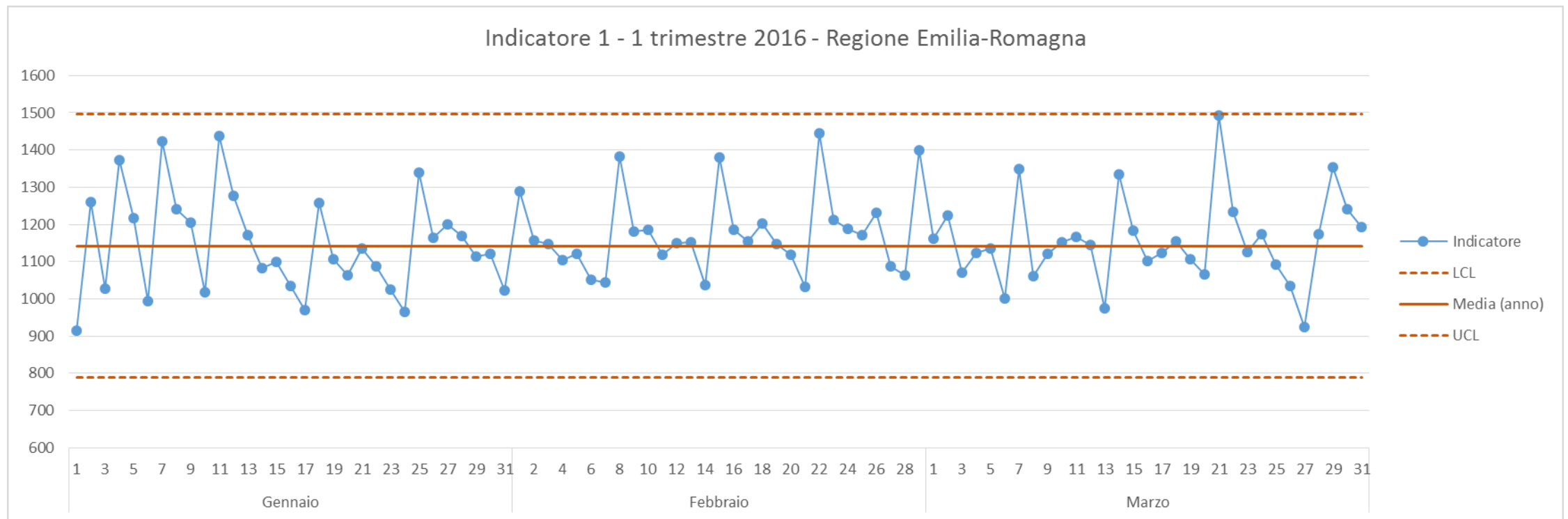
numero di pazienti in attesa di prima visita (con riferimento ai codici di priorità)

## INDICATORI DINAMICI TEMPORALI

tempo di attesa massimo per la prima visita

tempo di attesa massimo per il ricovero

# 95° PERCENTILE DELLE PRESENZE PER ORA NEI PS GENERALI (SPEC 106) RER





# NEDOCS (ACAD. EMERG. MED. 2004)



Necessaria validazione attraverso sperimentazione con dati PS AOU Ferrara

Overcrowding Scale					
NEDOCS Score	0-50	51-100	101-140	141-180	> 180
Condition	Not Busy	Busy	Overcrowded	Severely Overcrowded	Dangerously Overcrowded

NON AFFOLLATO      AFFOLLATO      GRAVEMENTE AFFOLLATO