

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



ASPETTI CRITICI DELLE EMERGENZE INTRA E EXTRAOSPEDALIERE

Ferrara 24 Marzo 2012

Aula Magna delle Nuove Cliniche

Pronto Soccorso: prima risposta all'emergenza



Dott. Giorgio Squarzoni Dirigente Medico I Livello U.O. Medicina Emergenza-Urgenza

Direttore Dott. Roberto Melandri

Pronto Soccorso: MISSION

Il Pronto Soccorso deve garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo **non programmato** per problemi di urgenza e di emergenza (S.I.M.E.U.)

Gestione dei problemi sanitari critici

Mission PRIMARIA

Ma di fatto è anche punto di riferimento per problemi sanitari non urgenti o di tipo "sociale"

Gestione dei problemi sanitari minori

Gestione di problemi non sanitari

Mission SECONDARIA

Pronto Soccorso: Mission Secondaria

Gestione dei problemi sanitari minori

Gestione di problemi non sanitari

Mission SECONDARIA

Questa Mission secondaria in realtà costituisce percentualmente la parte preponderante della richiesta di prestazioni al Pronto Soccorso che non è strutturato e spesso non ha le risorse per farvi fronte in tempi accettabili.

Accessi PS generale per codice colore									
2009					2010				
rosso	giallo	verde	bianco	totale	rosso	giallo	verde	bianco	totale

1881 9163 23408 4153 **38605** 1742 9801 24995 3933 **40471**

Verdi + Bianchi 2009

Verdi + Bianchi 2010

27561

71,39%

28928

71,40%

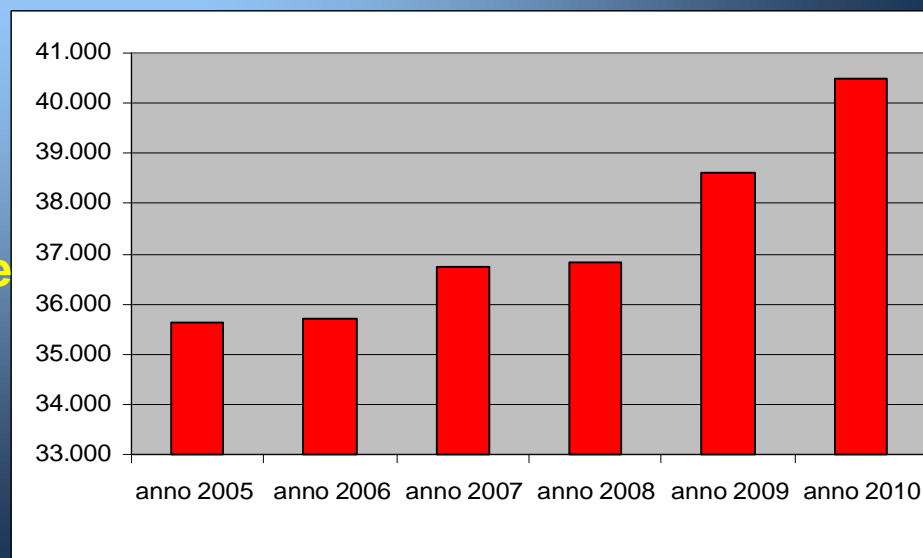
Affluenza PS di Ferrara



Totale Accessi Funzione di Ponto Soccorso

FUNZIONE PRONTO SOCCORSO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Totale accessi	69542	71322	72365	70220	69138	73211	74145	74259	74613	77231	78699

Totale Accessi Pronto Soccorso Generale



Cause del ricorso eccessivo al PS

- **Speranza di ottenere una risposta in tempi brevi a problemi sentiti come urgenti dal paziente**
- **Tendenza dei pazienti «fragili» ad affluire con elevata frequenza al PS richiedendo interventi rapidi**
- **Consapevolezza di trovare una risposta qualificata, con impiego di tecnologie, a basso costo e in tempo reale H24**
- **Diffusione dell'Informazione Sanitaria con convinzione da parte dei pazienti di sapere in modo chiaro ciò di cui necessitano**
- **Accesso da parte delle categorie socialmente più deboli che vedono nel Pronto Soccorso la possibilità di una soluzione temporanea ai loro problemi**
- **Concezione da parte dei cittadini di un modello di salute centrato sull'Ospedale rispetto al modello centrato sulla Medicina del territorio**

Per cercare di far fronte in maniera organizzata a questa elevata e non omogenea richiesta di prestazioni occorre regolare il flusso in entrata tramite un sistema di selezione dei pazienti in base **alla priorità di ingresso in ambulatorio:**

TRIAGE di Pronto Soccorso



Tale metodo di selezione viene definito “Triage” dal francese che significa cernita, smistamento, selezione: in Italia è requisito obbligatorio nei P.S.

Atto di intesa Stato-Regioni 17/5/1996 in applicazione al DPR 27/3/92

I pazienti in tal modo vengono stratificati in 4 gruppi di priorità, contraddistinti da un **“codice colore”**

TRIAGE Codice Colore

Rosso: MASSIMA PRIORITA'

EMERGENZA

Il codice rosso riguarda i pazienti più gravi in imminente pericolo di vita. Questi pazienti vengono inviati immediatamente nella sala di emergenza: si bloccano temporaneamente tutte le altre attività

Giallo: ALTA PRIORITA'

URGENZA NON DIFFERIBILE

Il codice giallo riguarda i pazienti in condizioni cliniche gravi che comportano l'alterazione di almeno una funzione vitale (ad es. respiratoria, cardio-circolatoria). Questi pazienti verranno visitati nel più breve tempo possibile, compatibilmente con le altre emergenze in atto.

Verde: PRIORITA' MEDIA

URGENZA DIFFERIBILE

Il codice verde riguarda i pazienti in condizioni cliniche meno gravi per i quali l'intervento è differibile. Questi pazienti verranno visitati dopo i casi più urgenti. I pazienti sono pregati di attendere pazientemente: il Personale si attiverà per limitare l'attesa al minimo.

Bianco: BASSA PRIORITA'

NON URGENZA

Il codice bianco riguarda i pazienti con disturbi o problemi di lieve entità che dovrebbero essere risolti dal medico curante o presso altre strutture sanitarie. Questi pazienti verranno comunque assistiti ma solo dopo i casi con codice rosso, giallo e verde. I tempi di attesa possono essere molto lunghi.



Questo porta all'Overcrowding

"Crowding occurs when the identified need for emergency services exceeds available resources for patient care in the Emergency Department, Hospital, or both."

American College of Emergency Physicians. Crowding.
Ann Emerg Med. 2006;47:585.

Overcrowding

Sovraffollamento del Pronto Soccorso con discrepanza tra richiesta e risorse.

E' un fenomeno presente su scala mondiale

E' espressione di un Sistema culturale ed organizzativo

Esprime disagio sociale

Il fenomeno dell'overcrowding è complesso coinvolgendo fattori di Input, Throughput e Output

Overcrowding

E' un fenomeno presente su scala mondiale



Overcrowding: Input

Invecchiamento popolazione e maggior richiesta di ricovero	Difficoltà di accesso alle prestazioni urgenti	Cattiva informazione dei mass-media e inadeguata educazione sanitaria
Gestione domiciliare delle malattie croniche non ottimale	Picchi stagionali epidemici e profilassi vaccinale carente	Richieste inappropriate al PS: accertamento età, certificazioni malattia, prestazioni ambulatoriali, dosaggio alcool e droghe
Continuità assistenziale (medici di famiglia-GM-servizi territoriali) non adeguatamente coordinata	Richieste di Ricovero inappropriate	Incremento popolazione con basso-nullo reddito, difficoltà affrontare spese sanitarie
Mancanza di misure nei confronti dei "frequent users"	Problemi legati alle liste di attesa per i ricoveri in elezione	

Overcrowding: Throughput

Flessibilità del triage globale, difficoltà del rispetto dei tempi ottimali di attesa	Limiti strutturali PS/DEA	Pratica della medicina difensiva
Efficienza e tempestività dei servizi diagnostici	Utilizzo di personale transitorio o di limitata esperienza	Irrazionale richiesta di esami strumentali/laboratoristici
Inadeguata collaborazione con i Colleghi consulenti	Inadeguatezza risorse economiche	Carenza di raccomandazioni comportamentali/protocolli operativi
Problemi di “interfaccia” tra PS e altre U.O	Understaffing	Disomogeneità dell’attività dei medici di PS

Overcrowding: Output

Diffusione inadeguata/carenza delle unità di osservazione breve intensiva	Carenza di “Discharge Room” ospedaliere	Carenza servizi sociali per gli homeless
Carenza posti letto per acuti Carenza Letti monitorizzati	Bed-blockers, dimissioni difficili	Carenza letti post acuzie
Ricoveri inappropriati	Eccessiva durata della degenza	Ricoveri in reparti non appropriati (es appoggi ortopedia-gin di malati internistici)

Overcrowding

E' un fattore di rischio: Per il paziente e per gli operatori

E si traduce in:

Modifica dei criteri di triage (tendenza ad assegnare codici più elevati)

Aumento dei tempi di attesa per la valutazione medica

Ritardo nella diagnosi e nella terapia

Accorciamento dei tempi di osservazione

Trattamenti non ottimali o incompleti

**Dimissione con indicazioni terapeutico-diagnostiche inadeguate
(rientri ospedalieri, aggravamento clinico)**

Overcrowding

Insieme alla carenza/cattiva gestione dei posti letto porta al fenomeno:

BOARDERS: Pazienti che sostano nei locali del Pronto Soccorso in attesa di posto letto nel reparto di degenza causando disagio, sottraendo risorse all'assistenza degli altri pazienti

Fortunamente nel nostro Arcispedale questo fenomeno non è presente

Per molti anni è stato ovviato con il sistema del ricovero in barella nei Reparti (in corridoio o quando possibile nelle stanze). Oggi la situazione si sta favorevolmente modificando.

Overcrowding: Boarders

Negli Stati Uniti, nel 2001, alla Stony Brook University dello stato di New York è stato introdotto il cosiddetto: **Full Capacity Protocol**, poi diffusosi in tutti gli U.S.A.

Qualora il numero di *boarders* sia 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).

OVERCROWDING: SOLUZIONI ?

Una soluzione globale non è possibile/proponibile, si possono applicare delle strategie per cercare di apportare dei miglioramenti

Controllo della domanda (ridurre l'input)

E' un obiettivo complesso, 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.

OVERCROWDING: SOLUZIONI

Non necessitano di un incremento delle risorse/spesa:

- ↳ Miglior sfruttamento delle risorse disponibili
- ↳ Applicazione di Protocolli Operativi/Percorsi Predefiniti

SOLUZIONI?

OVERCROWDING: SOLUZIONI

Miglior sfruttamento delle risorse a disposizione

	Throughput	
Razionalizzare la richiesta di esami strumentali/laboratorio	Ridurre la pratica della medicina difensiva	Migliorare l'omogeneità di comportamento dei medici di PS
	Output	
Ridurre i Ricoveri/Osservazioni inappropriati	Aumentare la percentuale di pazienti affidati a DH e ambulatori	

OVERCROWDING: SOLUZIONI

Protocolli Operativi/Percorsi Predefiniti

Protocollo IMA

Protocollo "Stroke"

Protocollo Meningite

Protocollo Emorragie Digestive

Protocollo Trauma Maggiore/Golden Hour

Protocollo Trauma Cranico

Protocollo Dolore Toracico

Protocollo Asma Bronchiale/Polmoniti

Protocollo Sincope



Richiedono massima
coordinazione con
l'Emergenza Territoriale e
I Reparti Specialistici

OVERCROWDING: SOLUZIONI

Protocolli Operativi/**Percorsi Predefiniti**

ORL

DERMATOLOGIA

Esclusivamente per alcune patologie predefinite

P.S. "Autonomi"

Pediatria (accettazione autonoma H24)

Ost/Gin (accettazione autonoma H24)

Oculistica (accettazione autonoma H12)

Ortopedia (accettazione comune al PS generale H12)

OVERCROWDING: SOLUZIONI

Necessitano di un incremento delle risorse/spesa

Potenziamento delle strutture di osservazione breve (OBI) (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

Diagnostiche/Laboratorio dedicate al Pronto Soccorso in Pronto Soccorso

Discharge Room: 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.

Area minors, punto bianco, Fast Track Area, Ambulatorio delle patologie minori.. Per gestire i casi minori. **Eventualmente con la strategia "See and Treat": un medico ed un infermiere esperti si affiancano nell'accettare e risolvere i problemi della maggior parte dei pazienti.**

I pazienti con patologie emergenti/urgenti e quelli con patologie minori sono visti come 2 flussi differenziati (streaming).

Gli studi presenti in letteratura dimostrano che i sistemi di valutazione rapida dei codici minori riducono i tempi di attesa e di permanenza in PS, non solo di questi, ma anche dei pazienti con codici di alta priorità, non incide sulla mortalità e morbilità dei pazienti con codici minori e migliora la sensazione di soddisfazione dei pazienti

Subashnie Devkaran, Howard Parsons, Murray Van Dyke, Jonathan Drennan, and Jaishen Rajah
The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective
***BMC Emergency Medicine* 2009, 9:11**

Darrab A, Fan J, Ferandes C, Zimmerman R, Smith R, Worster A, Smith T & O'Connor K, 2006,
How does fast track affect quality of care in the emergency department. *European Journal of Emergency Medicine*, 13(1). 32-35.

E' vero peraltro che una organizzazione di tal tipo induce un aumento della richiesta da parte di pazienti con problemi minori.

Il Pronto Soccorso del Futuro:

Un grande Pronto Soccorso in un Ospedale con pochi posti letto? (e le conseguenze sono purtroppo a tutti note....)



Oppure:

Un piccolo Ospedale nel Grande Ospedale? (con grande autonomia, in grado di portare il paziente con problematiche **Emergenti/Urgenti** dall'accesso all'outcome senza gravare su reparti di degenza, con risorse dedicate, diagnostica, laboratorio.....)



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



See and treat: Il modello see and treat sostituisce il processo decisionale del triage con una rapida procedura di indirizzo

Questo porta a individuare almeno due distinti flussi di pazienti in Pronto Soccorso (“streaming”): quello dei casi più lievi che vengono assistiti secondo la regola del “first come, first serve” , e quello dei casi di maggiore complessità, che accedono senza attesa alle aree di trattamento.

Il tradizionale “trage” può pertanto sviluppare le sue potenzialità (conclusione n.6) da attesa rassegnata per colori differenziati a postazione attiva per indirizzare prontamente i pazienti verso sedi di trattamento appropriato, e ciò almeno negli orari e nei giorni nei quali la coda tende ad allungarsi.

Area Minors (un medico ed un infermiere esperti si affiancano nell’acceptare e risolvere i problemi della maggior parte dei pazienti)

L’infermiere esperto può agire in libera autonomia sulla base di protocolli prestabiliti

"See" and "Treat" in an emergency department

Ruth Davis University of Warwick, Coventry, U.K.

In: 2007 Winter Simulation Conference, DEC 09-12, 2007, Washington, DC.

Problematiche:

Difficilmente realizzabile senza risorse aggiuntive

Medico esperto demotivato

Resistenza a farsi trattare dall’infermiere professionale

Scotte Il modello organizzativo del pronto soccorso "See and Treat" fa discutere
“No ai casi trattati dagli infermieri”
Liste civiche contro le mansioni trasferite al personale infermieristico



When you're full of admitted patients, you're no longer an emergency department, you're just a holding area

Dr. Michael Carius
Chief of the Emergency Department at
Norwalk Hospital in Norwalk

La *Discharge room* è un servizio a disposizione del paziente in dimissione che attende di rientrare al proprio domicilio. I locali, situati in prossimità del Pronto Soccorso al primo lotto piano terra sono comunicanti con l'esterno tramite la camera calda, un accesso protetto che garantisce ai pazienti un'uscita priva di rischi e un comodo accesso alle ambulanze e ai mezzi privati dei familiari.

L'obiettivo di questa organizzazione 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.