



8 Ottobre 2016

Appropriatezza: problematiche in Pronto Soccorso e del ricovero

***Dr. Giorgio Squarzoni
Unità Operativa di Medicina di Emergenza Urgenza
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara***

Governo clinico

Per Governo Clinico si intende un approccio integrato per l'ammmodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità

GLI ELEMENTI DEL GOVERNO CLINICO

- 1. Miglioramento della qualità***
- 2. Gestione del rischio e gestione delle performance*
- 3. Sistema di responsabilità (e referenze)*

- *Nel perseguire la qualità è indispensabile misurare l'appropriatezza dei processi assistenziali. L'appropriatezza professionale e l'appropriatezza organizzativa si influenzano reciprocamente.*
- *Per il monitoraggio della qualità si usa un sistema cosiddetto di indicatori di appropriatezza*

La raccolta d'indicatori di appropriatezza specifici è condizionata dalla qualità della documentazione disponibile

Appropriatezza professionale: Un intervento sanitario è appropriato quando: è di efficacia provata; viene prescritto per le indicazioni cliniche riconosciute; ha effetti sfavorevoli “accettabili” rispetto ai benefici.

Appropriatezza organizzativa: Un intervento sanitario è appropriato se viene erogato “consumando” un’appropriata quantità di risorse, con particolare riferimento al setting assistenziale ed ai professionisti coinvolti.

*Nell'ambito dell'appropriatezza professionale
si collocano le prestazioni erogate
direttamente in Pronto Soccorso quali esami
ematochimici, esami strumentali,
somministrazione e prescrizione di farmaci*

*Nell'ambito dell'appropriatezza organizzativa
si colloca la valutazione dell'appropriatezza dei
ricoveri*

Le attività di miglioramento della qualità includono la definizione e la monitorizzazione di standard, la verifica/audit clinico e la pratica basata su prove di efficacia.

Per valutare l'appropriatezza dei ricoveri (qualità) si usano degli indicatori predeterminati stabiliti da un decreto ministeriale e che vengono confrontati con uno standard, che può essere nazionale, regionale o locale (storico).

ALLEGATO 3

Indicatori di appropriatezza organizzativa	Standard
Degenza media pre-operatoria	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di interventi per frattura di femore operati entro due giorni	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri (ord+dh)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri ordinari attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza (DPCM LEA) sul totale dei ricoveri (esclusi DRG 006,039,119)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-1-2 giorni) sul totale dei ricoveri medici	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
Percentuale di casi medici con degenza oltre-soglia per pazienti con età ≥ 65 anni sul totale dei ricoveri medici su pazienti con età > 65 anni	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3

- *Le problematiche che contribuiscono, in Pronto Soccorso, ad influenzare l'appropriatezza, dipendono da numerosi fattori che creano tre situazioni:*

Sovraffollamento

**Alta richiesta
ospedalizzazione**

**Costante riduzione posti
letto**

Sovraffollamento

- **Speranza di ottenere una risposta in tempi brevi**
- **Tendenza dei pazienti «fragili» ad affluire con elevata frequenza al PS**
- **Poter trovare una risposta qualificata, con impiego di tecnologie, H24**
- **Accesso da parte delle categorie socialmente più deboli che sono in aumento**
- **Incremento demografico ed aumento dell'età media senza parallelo aumento della qualità della vita**

Alta richiesta ospedalizzazione

- **Mancanza di alternative**
- **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**

**Costante riduzione posti
letto**

In Emilia-Romagna dal 2012 al 2015 sono stati tagliati 1725 posti letto.

Entro la fine del 2016 ne saranno eliminati altri 800 circa.

La somma di questi fattori porta ad una discrepanza tra richiesta di prestazioni e risorse disponibili con sovraffollamento del Pronto Soccorso:

«OVERCROWDING»

E' un fenomeno presente su scala mondiale

E' espressione di un Sistema culturale ed organizzativo

Esprime disagio sociale



Il sovraffollamento può incidere sulla capacità di filtro del Pronto Soccorso, incrementando la percentuale di prestazioni e ricoveri inappropriati?

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 attualmente disponibili, a volte non legati alla patologia del paziente, con rischio di aumento di inappropriatazza

Lo stesso fenomeno può creare delle condizioni di pressione psicologica che portano a richiedere prestazioni ai pazienti a volte non necessarie o non adeguate alle necessità del paziente (anche per motivi di medicina difensiva) incrementando la percentuale di inappropriata.

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

La percentuale dei ricoveri potenzialmente inappropriati nel nostro Pronto Soccorso è in aumento nel primo trimestre del 2016 vs 2015.

Tale tendenza va di pari passo con un incremento degli accessi ed un aumento della gravità media delle patologie (DRG) che si presentano in Pronto Soccorso.

Aumento percentuale dei ricoveri con DRG potenzialmente inappropriati Medicina D'urgenza

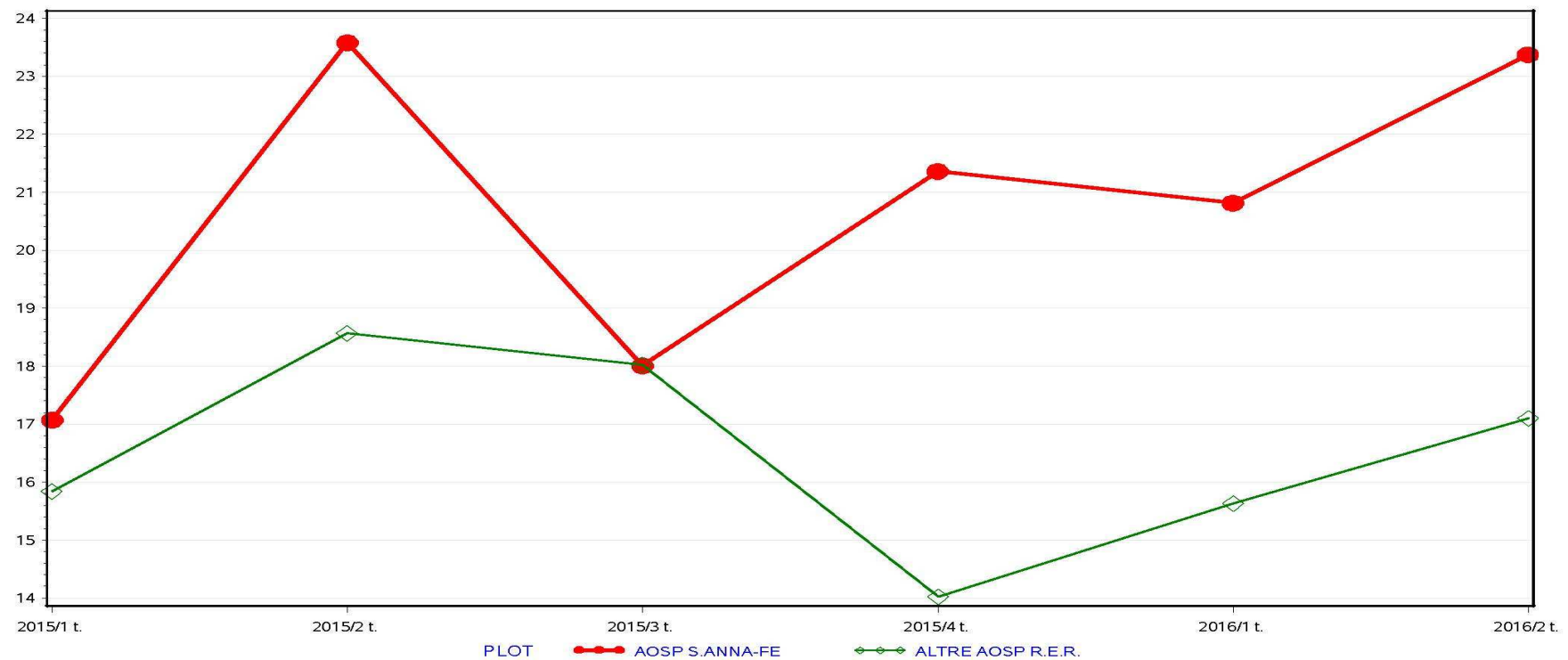
08:09 Tuesday, August 23, 2016 4

Azienda Osped. Univ. di Ferrara – Programmazione e Controllo di Gestione – Unità di Statistica Sanitaria

Graf.4 – % DRG potenzialmente inappropriati

Per trimestre e anno - Anno 2015 - gen. giu. 2016 - Ricoveri ordinari
Confronto con medesima disciplina delle altre AZ. OSP. R.E.R

Reparto di dimissione=MEDICINA D'URGENZA



Valore computato con almeno 10 dimissioni – Scarico banca dati del 01/08/2016 – data elab.: 23AUG16
Per informazioni rivolgersi a: Dott. N. Napoli tel.7315 – indirizzo e-mail: n.napoli@ospfe.it
PCrete\budget.2016\magazzino_budtot2016.sas – andricdg/2016/14.2

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

(dolore toracico, sincope, vertigine, stroke.....)

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 – Discharge 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 prima che costoro abbandonino fisicamente l'Ospedale, con la conseguente riduzione dei tempi di attesa dei pazienti in Pronto Soccorso per l'ingresso nei Reparti.

Chi deve decidere la distribuzione delle risorse e l'organizzazione dei Dipartimenti di Emergenza si trova oggi di fronte a delle scelte complesse e delicate che influiranno sul destino dei Dipartimenti di Emergenza/Urgenza del futuro

Come vi piacerebbe il P.S. del futuro?

Un grande (ed affollato) Pronto Soccorso in un Ospedale con pochi 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?)



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

