

INTERVENTI PER L'EFFICIENTAMENTO DEL FLUSSO DEI PAZIENTI DAL PRONTO SOCCORSO

PREMESSA

Il flusso dei pazienti all'interno del Pronto Soccorso (PS) è distinto in tre fasi: accettazione (input), processazione (throughput) ed esito (output).

L'esito al termine della valutazione del paziente in PS (output) prevede i seguenti percorsi:

- invio al domicilio con affidamento al Medico di Medicina Generale (MMG) prevedendo, se necessario, il *follow up* mediante telemedicina/telemonitoraggio o presso strutture ambulatoriali e/o l'attivazione di prestazioni sociosanitarie o sociali domiciliari secondo tempistiche coerenti ai bisogni e all'offerta territoriale;
- ammissione in Osservazione Breve Intensiva (OBI) per pazienti con bassa probabilità di ricovero;
- ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera;
- trasferimento presso altra struttura per acuti o Unità di Offerta Residenziale della Rete Territoriale, in genere nel contesto della stessa area geografica oppure in un contesto di relazione hub e spoke.

Il ruolo del PS nella gestione delle attese al ricovero prevede innanzitutto che, al termine del percorso di diagnosi e cura del paziente, si garantisca un'adeguata appropriatezza di indicazione al ricovero e conseguente adeguato utilizzo dei posti letto per acuti. Le aree di osservazione breve intensiva rappresentano, unitamente al potenziamento dei percorsi ambulatoriali post-PS di seguito descritti, uno strumento riconosciuto in letteratura per contenere la percentuale di ricovero e i rischi connessi a possibili dimissioni inappropriate.

I dati di letteratura evidenziano inoltre che il tempo di attesa al ricovero, così detto "*boarding*", è uno degli elementi più critici nel flusso dei pazienti all'interno del PS ed è la prima causa del sovraffollamento.

La presenza di pazienti in attesa di ricovero che stazionano presso il PS comporta effetti ben noti in letteratura quali: aumento dei tempi di attesa per la prima valutazione medica e della permanenza in PS; maggior necessità di risorse in PS (spazi, tecnologia e risorse umane); riduzione del livello di soddisfazione e comfort dei pazienti; riduzione del benessere psico-fisico degli operatori; difficoltà a mantenere il corretto distanziamento all'interno dei locali di PS; aumento della durata del successivo ricovero.

Il fenomeno che sta alla base del *boarding* consiste principalmente in un disallineamento tra il ritmo al quale il PS necessita di posti letto per pazienti con indicazione a ricovero e i posti letto effettivamente disponibili nei reparti di destinazione all'interno dell'ospedale; in particolare il ritmo di produzione dei ricoveri da PS è ciclico e altamente prevedibile nell'arco delle 24 ore, 7/7 giorni, mentre i posti letto dei reparti di degenza vengono generalmente resi disponibili dai reparti dopo le ore 15, con una dinamica dissociata dal ritmo di produzione dei ricoveri; ciò comporta il rischio, per i pazienti che si presentano nel pomeriggio, di un'attesa per il ricovero sino alle prime ore del pomeriggio successivo.

Sulla base dell'analisi dei dati regionali, si evidenzia che il *boarding* si accentua nel fine settimana e nei giorni festivi, quando la disponibilità di posti letto è ridotta determinando, di conseguenza, la nota condizione, così come anche indicata da dati di letteratura, di un sovraffollamento maggiore nella giornata di lunedì o post-festiva.

Il presente documento ha l'obiettivo di ottimizzare il flusso dei pazienti dal PS garantendo l'adempimento all'indicazione ministeriale secondo cui il tempo che intercorre fra l'ingresso in PS e il ricovero nelle aree di degenza sia inferiore alle 8 ore.

AZIONI OPERATIVE

1. Disponibilità di posti letto di area medica

Ogni ASST/IRCCS di natura pubblica e sede di PS (entrambe di seguito denominate "Aziende") deve garantire nelle Unità Operative di area medica* un numero minimo giornaliero di posti letto, anche nel fine settimana e nei giorni festivi, per l'accettazione dei ricoveri dal PS.

Il numero di posti di cui sopra sarà definito, per ogni Azienda, con atto della Direzione Generale Welfare, previo confronto con le Direzioni aziendali.

La priorità dei ricoveri andrà data alle patologie tempo dipendenti ed in particolare ai pazienti con in livello di assistenza di tipo semintensivo.

Ogni Azienda dovrà adottare una procedura aziendale volta a definire le modalità attraverso le quali sono resi disponibili i posti letto e il flusso dei pazienti dal PS alle Unità Operative di degenza.

2. Bed Manager e Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica

Ogni Azienda dovrà nominare, con atto formale, il Bed Manager aziendale e il "Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica" coordinato dal Direttore sanitario o suo delegato e composto dai seguenti professionisti o dai loro delegati:

- Direttore/i Direzione Medica di Presidio;
- Direttore Gestione Operativa Next Generation EU;
- Direttore Direzione delle Professioni Sanitarie e Socio sanitarie;
- Direttore di Dipartimento di Area Medica;
- Direttore/i Unità Operativa Medicina Interna, ove non coincidente con il Direttore di Dipartimento di Area Medica;
- Direttore/i del PS;
- Bed manager aziendale;
- Altri Direttori di Unità Operative identificati dalla Direzione aziendale, eventualmente consultabili anche di volta in volta in base alle esigenze.

Il Nucleo si avvale del supporto del Direttore Socio Sanitario e dei Direttori dei distretti per tutte le tematiche relative alla gestione del transito dei pazienti presso gli ospedali di comunità o comunque strutture della rete territoriale.

A seguito della costituzione del Nucleo in parola, l'Azienda adotta un documento in cui sia identificato quanto segue.

- a) Strategie per la gestione dei pazienti in caso di non immediata disponibilità dei posti letto da parte di una singola unità operativa.

Tra queste saranno prioritariamente previste:

- "admission room", ossia aree dedicate per i pazienti che terminato il percorso di emergenza-urgenza al PS e sono in attesa di essere inviati all'Unità Operativa

* Al fine del presente documento per Unità Operative di area medica si intendono: medicina d'urgenza, medicina interna, geriatria, endocrinologia, gastroenterologia e epatologia, malattie infettive, nefrologia, pneumologia, cardiologia, neurologia, reumatologia.

di afferenza per il loro problema assistenziale; in ogni caso la gestione di tali pazienti sarà esterna al PS e in carico all'Unità Operativa di competenza.

- “*discharge room*”, ossia aree dedicate ai pazienti da dimettere da un Unità Operativa di degenza che sono in attesa di essere trasferiti a domicilio o in altre strutture del territorio;
- definizione, in caso di sovraffollamento, di modalità gestionali alternative dei pazienti nell'ambito della disponibilità aziendale di posti letto, a seconda dell'organizzazione che ogni nucleo aziendale riterrà più appropriata alla propria realtà e, comunque, nel rispetto dei requisiti organizzativi e strutturali di accreditamento e in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro ed in accordo con il Piano Gestione Sovraffollamento (PGS) aziendale;
- individuazione dei percorsi per la gestione delle così dette “dimissioni difficili” in particolar modo verso ospedali di comunità, strutture riabilitative e unità di offerta residenziale della rete territoriale.

b) Modalità di analisi e monitoraggio dell'attività delle Unità Operative di area medica in termini di:

- aderenza nel fornire giornalmente, anche nei giorni festivi, i posti letto al PS e prioritariamente nelle prime ore della mattina (entro le ore 12.00), in funzione degli slot previsti da apposito atto della Direzione Generale Welfare;
- tasso di saturazione dell'area di degenza delle Unità Operative di area medica;
- numero percentuale di *bed-blockers* rispetto al totale dei pazienti ricoverati;
- numero di dimissioni con attivazione di prestazioni domiciliari;
- numero percentuale dei pazienti con ricovero non programmato e dimissione entro 4 giorni dall'ingresso;
- identificazione dei ricoveri dal PS ritenuti non appropriati;
- degenza media e mediana per ogni Unità Operativa di area medica;
- sviluppo del piano di degenza per ogni paziente ricoverato e in particolare definizione dei tempi di pianificazione del percorso, previsione di dimissione ipotizzata all'ingresso nell'Unità Operativa di degenza;
- tempo di erogazione di servizi/consulenze (tempo per esecuzione di consulenza specialistica, imaging e altri esami strumentali) e definizione di slot dedicati ai reparti di area medica per ottimizzare il timing del ricovero;
- utilizzo della diagnostica e percorsi di follow-up in regime di post-ricovero (incluso telemedicina/telemonitoraggio);

Il documento aziendale dovrà puntualmente esplicitare eventuali difficoltà ad aderire alle indicazioni di cui ai punti a) e b), spiegandone i motivi.

Entro il 31.10.2022 ogni Azienda deve trasmettere alla DG Welfare il documento di cui sopra e, da tale data, per 6 mesi, è tenuta a inviare mensilmente alla DG Welfare il proprio report di monitoraggio rispetto a quanto indicato al precedente punto b).

Successivamente, ogni Azienda sarà tenuta ad inviare trimestralmente i dati di monitoraggio in base ad un format unico regionale definito dalla DG Welfare e che sarà monitorato dalle ATS di competenza, secondo indicazioni che saranno successivamente fornite.

A sostegno delle azioni operative di cui sopra, ogni Azienda è tenuta a sviluppare, in modo integrato con i sistemi informativi aziendali, un modulo per il “*Bed board dinamico*” che garantisca un cruscotto aggiornato dei posti letto liberi così come la previsione di dimissioni in giornata.

3. Appropriatezza dei ricoveri dal PS

Ai fini di garantire l'appropriatezza dei ricoveri dal PS è necessario mettere in atto le seguenti azioni.

a) *Utilizzo delle aree di osservazione breve intensiva*

Destinare alle aree di osservazione i pazienti potenzialmente dimissibili nelle 36 ore successive alla visita, in accordo con le Linee di indirizzo nazionali sull'OBI.

b) *Adozione di percorsi post-PS*

Il percorso clinico-assistenziale che si conclude con la dimissione dal PS può rendere necessario un follow-up (anche con tecnologie di telemedicina/telemonitoraggio) o approfondimento diagnostico da effettuarsi in regime post-PS. Saranno identificate a livello aziendale le principali tipologie di patologie che, previa valutazione clinica caso per caso, possono giovare della presenza di percorsi post-PS, evitando un ricovero inappropriato.

A tale fine le Aziende sono tenute a istituire "percorsi post-PS" attraverso ambulatori specialistici di diagnostica strumentale e di visite specialistiche per la gestione del paziente dopo la dimissione dal PS, al fine di facilitare la dimissione "protetta" e la programmazione di un percorso ambulatoriale di *follow-up* che andrà comunque condiviso con il MMG.

Tutte le altre condizioni per le quali non vi è indicazione ad un *follow up* post-PS andranno regolarmente rinviate direttamente al MMG.

Per mettere in atto i percorsi post-PS sopra descritti è necessario:

- attivare agende ambulatoriali dedicate ai pazienti dopo la dimissione dal PS;
- condividere con gli specialisti di riferimento i singoli percorsi post-PS, concordando le indicazioni alla dimissione e al follow-up;
- rivalutare ciclicamente l'appropriatezza degli invii nel percorso post-PS e la relativa congruenza di slot dedicati;
- facilitare, ove possibile, la prenotazione attraverso la presenza di uno sportello dedicato nell'area ambulatoriale oppure accedendo ad "agende ambulatoriali post-PS" direttamente da applicativi disponibili in PS.

La DG Welfare provvederà a verificare - entro la fine dell'anno in corso - l'effettiva attivazione dei percorsi post-PS e delle relative agende presso ogni singola Azienda.

4. Operatività dei mezzi di soccorso del servizio di emergenza/urgenza extraospedaliera

L'efficientamento del flusso dei pazienti dal PS ha lo scopo di ottimizzare anche la capacità di accogliere i pazienti trasportati dai mezzi di soccorso del servizio di emergenza/urgenza extraospedaliera. Devono pertanto essere messe in atto azioni organizzative volte a evitare il fenomeno del così detto "blocco barella", ossia la situazione in cui un mezzo di soccorso dell'emergenza extraospedaliera giunge presso il PS ed il paziente non è immediatamente preso in carico dal personale ospedaliero con l'impossibilità per il mezzo di soccorso di tornare operativo, lasciando di conseguenza il territorio temporaneamente scoperto.

Ciò premesso, ogni Struttura sanitaria sede di PS, pubblica e privata accreditata, deve assicurare la continua operatività dei propri PS con obbligo ad accogliere e prendere immediatamente in carico tutti i pazienti trasportati dal servizio di emergenza/urgenza extraospedaliera.

I tempi di attesa dei mezzi di soccorso nei singoli PS verranno monitorati dalla DG Welfare in collaborazione con AREU.

ATTIVITA' DI MONITORAGGIO REGIONALE

Nel contesto delle Reti regionali del Pronto Soccorso e della Medicina Interna è istituito con atto della Direzione Generale Welfare un "Osservatorio regionale dei ricoveri in area medica" che elabora i dati dei ricoveri ospedalieri e dei monitoraggi effettuati a livello aziendale nonché la messa in atto e il mantenimento delle azioni operative sopra identificate.

In particolare, tale osservatorio è tenuto a:

- prendere visione dei monitoraggi effettuati a livello aziendale e elaborati dalle ATS territorialmente competenti, nonché all'analisi delle situazioni di criticità e le azioni correttive messe in atto;
- promuovere eventi informativi ed attività formative mirate al contenimento del fenomeno del *boarding*, coinvolgendo le figure professionali presenti nei diversi Nuclei aziendali per la gestione del flusso dei pazienti;
- promuovere, a seguito di analisi dettagliata delle differenti criticità locali, le contromisure necessarie collaborando con il Nucleo aziendale delle singole Aziende.

BIBLIOGRAFIA

- Berg LM et al. Associations Between Crowding and Ten-Day Mortality Among Patients Allocated Lower Triage Acuity Levels Without Need of Acute Hospital Care on Departure From the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. 2019;74(3):345–56.
- Bobrovitz N et al. Who breaches the four-hour emergency department wait time target? A retrospective analysis of 374,000 emergency department attendances between 2008 and 2013 at a type 1 emergency department in England. *BMC Emerg Med*. 2017 Nov 2;17(1):32.
- Chiu IM et al. The influence of crowding on clinical practice in the emergency department. *Am J Emerg Med*. 2018;36:56-60.
- Eriksson J et al. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *J Clin Nurs*. 2017;27:e1061-e1067.
- Fatovich DM et al. Entry overload, emergency department overcrowding, and ambulance bypass. *Emerg Med J*. 2003 Sep;20(5):406-9.
- Jones S et al. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg Med J*. 2022 Mar;39(3):168-173.
- McCarthy ML et al. Crowding delays treatment and lengthens emergency department length of stay, even among high-acuity patients. *Ann Emerg Med*. 2009;54:492-503.
- McKenna P et al. Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. *Clin Exp Emerg Med*. 2019;6(3):189–95.
- Morley C et al. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One*. 2018;13(8):e0203316.
- Paton A et al. Longer time to transfer from the emergency department after bed request is associated with worse outcomes. *Emerg Med Australas*. 2018;31:211-215.
- Sun BC et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med*. 2013;61:605-611.e6.
- Van der Linden N et al. Effects of emergency department crowding on the delivery of timely care in an inner-city hospital in the Netherlands. *Eur J Emerg Med*. 2016;23:337-343.
- Viccellio P, Hochman KA, et al. Right focus, right solution: how reducing variability in admission and discharge improves hospital capacity and flow. In: Litvak E, editor. *Optimizing patient flow: advanced strategies for managing variability to enhance access, quality, and safety*. Oak Brook, IL: The Joint Commission; 2018. p.97-112.

- Zhang S et al. Emergency department visits and hospitalizations among hemodialysis patients by day of the week and dialysis schedule in the United States. PLoS One. 2019;14(8):e0220966.
- Emergency Department Crowding: High Impact Solutions. Reviewed by the ACEP Board of Directors, June 2016. Created by members of the Emergency Medicine Practice Committee.
- Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva – OBI. Ministero della Salute, Direzione Generale sulla programmazione sanitaria. 2019.
- Linee di indirizzo per lo sviluppo d piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso. Ministero della Salute, Direzione Generale sulla programmazione sanitaria. 2019.