

SIMEU

Policy Statement

Sovraffollamento dei Pronto Soccorso

Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale
in data 07 novembre 2015

Il presente documento esprime la posizione della Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza (SIMEU) in riferimento alla tutela e alla sicurezza dei pazienti e alle condizioni di lavoro del personale nelle situazioni di sovraffollamento dei Pronto Soccorso (PS).

Il sovraffollamento è la situazione in cui il normale funzionamento dei PS è impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili (fisiche e/o umane). Il problema può essere valutato considerando fattori di ingresso ("input"), fattori interni ("throughput") e fattori di uscita ("output"). La causa principale del sovraffollamento dei PS è il blocco dell'uscita, cioè l'impossibilità di ricoverare i pazienti nei reparti degli ospedali per indisponibilità di posti letto, dopo il completamento della fase di cura in PS; si tratta pertanto di un problema dei sistemi sanitari che si manifesta nei dipartimenti di emergenza, ma origina all'esterno; anche gli accessi inappropriati contribuiscono all'affollamento dei PS, ma solo in piccola parte.

Il sovraffollamento dei PS è associato alla compromissione della qualità delle cure prestate e a molteplici esiti negativi: aumento di mortalità per i pazienti ricoverati in ospedale (sia adulti che pediatrici), aumento di mortalità per i pazienti dimessi dal PS, latenza nella presa in carico, ritardo nell'effettuazione di accertamenti diagnostici e nell'inizio delle terapie necessarie (analgesici, antibiotici, procedure e trattamenti chirurgici), aumento di errori ed eventi avversi [1-9].

Il sovraffollamento dei PS è associato inoltre ad un gradimento ridotto da parte dei pazienti, spesso conseguente alle condizioni precarie di degenza, su barelle e in ambienti (come i corridoi) dove non è possibile garantire la privacy, la comunicazione e la risposta ai bisogni primari (riposo, alimentazione, mobilitazione, igiene personale). [10] Alcuni gruppi sono a maggiore probabilità di stazionamento prolungato in PS prima del ricovero: le donne, gli anziani e i pazienti con patologie mediche (come la polmonite o lo scompenso cardiaco) rispetto ai pazienti con patologie chirurgiche. [11]

Nelle situazioni di sovraffollamento il personale medico, infermieristico e di supporto lavora in condizioni ad alto rischio clinico e ad alta probabilità di "burn-out", per il sovraccarico operativo, la conflittualità più elevata e l'impossibilità di garantire contestualmente l'efficacia dell'azione di cura, l'equità e il rispetto dell'autonomia dei pazienti.

Il sovraffollamento dei PS è un problema diffuso in tutto il mondo sviluppato. In diversi paesi con sistemi sanitari ad accesso universale (analoghi al SSN italiano), come la Gran Bretagna, il Canada, l'Australia e la Nuova Zelanda, il sovraffollamento è stato affrontato negli ultimi 10 anni con interventi mirati sul sistema, normativi e gestionali: definizione di standard per il tempo massimo di permanenza in PS (4-6 ore) e per il tempo massimo di attesa per l'invio in reparto dopo la decisione sul ricovero (2 ore), adeguamento delle strutture e degli organici, incentivazioni/sanzioni alle aziende, revisione dei percorsi dei pazienti, gestione centralizzata della risorsa posti letto, attivazione di unità di pre-ricovero e pre-dimissione. [12-15]

In Italia il problema non è stato affrontato in modo sistematico e ha raggiunto proporzioni insostenibili, con permanenze in PS in barella dei pazienti anche per 5-7 giorni, in attesa di un posto letto, soprattutto negli ospedali metropolitani e durante le epidemie influenzali o nel corso delle ondate di calore. Questa situazione comporta, oltre ai danni per la salute e alla mancata risposta ai bisogni dei cittadini, anche una grave inefficienza, a causa dell'aumento dei tempi complessivi di degenza in ospedale e del conseguente incremento dei costi.

Il DM n. 70 del 02/04/2015 (Regolamento sugli Standard Ospedalieri), prevede, per la rete di emergenza-urgenza Ospedaliera, una maggiore flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto, dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal PS, per assicurare disponibilità nelle situazioni in cui sono prevedibili picchi di accesso; la dichiarazione di principio non è stata però tradotta in indicazioni operative vincolanti. Alcune regioni e aziende hanno avviato procedure utili, come i piani di gestione del sovraffollamento (PGS) in Lombardia, ma la risposta del SSN non è sufficiente ad assicurare a tutta la popolazione un accesso alle cure equo e tempestivo.

La presa in carico del problema non è più rinviabile, per consentire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini che si rivolgono ai PS e per garantire condizioni di lavoro accettabili al personale; è necessario un impegno comune delle istituzioni (Ministero e Regioni), delle Aziende, delle Direzioni Sanitarie di presidio e delle diverse strutture che interagiscono negli ospedali, prime fra tutte le strutture di Medicina e Chirurgia d'Urgenza responsabili dei PS.

La SIMEU indica i seguenti punti fondamentali per affrontare la situazione:

- costituzione di **gruppi di lavoro tra istituzioni e società scientifiche** sul tema del sovraffollamento, a livello nazionale e regionale;
- elaborazione di **disposizioni nazionali e regionali sul sovraffollamento**, con obiettivi da raggiungere per le regioni e per le aziende, collegati ad un sistema di incentivazioni/sanzioni;
- definizione di **standard omogenei per i tempi massimi di permanenza nei PS**, dal momento della prima valutazione medica:
 - o < 6 ore per il 95% dei pazienti da dimettere e da ricoverare (che non hanno indicazioni all'OBI)
 - o < 12 ore per il 100% dei pazienti (che non hanno indicazioni all'OBI)
 - o < 36 ore per i pazienti ammessi in OBI;

- **rilevamento regolare e trasmissione alle regioni e al ministero** (attraverso i flussi informativi) **di alcuni indicatori relativi all'affollamento dei PS**, da rendere pubblici sui siti delle aziende e delle regioni:
 - o tempi complessivi di permanenza in PS, con aggregazioni distinte per i pazienti ricoverati / dimessi e per i pazienti ammessi in OBI / non ammessi in OBI
 - o tempi di processo in PS, dall'arrivo alla prima valutazione – dall'inizio della valutazione alla decisione – dalla decisione del ricovero all'invio effettivo in reparto
 - o percentuale di pazienti che si allontanano dal PS prima di essere valutati;
- **rilevamento in ambito aziendale ad intervalli regolari** (durante la giornata) **di alcuni indicatori specifici**, oltre ai tempi di processo, da utilizzare per il monitoraggio della situazione e come base informativa per le azioni correttive [16-19]:
 - o numero di pazienti in sala d'attesa (registrati ma non ancora valutati)
 - o numero totale di pazienti in carico al PS e numero di pazienti critici, in rapporto alle risorse disponibili
 - o numero di pazienti in attesa di ricovero che stazionano in PS

NOTA: oltre agli indicatori sopra descritti, che presentano la migliore correlazione con la qualità dei servizi erogati (in base ai dati della letteratura scientifica), possono essere aggiunti anche altri indicatori o utilizzati scores aggregati (come il NEDOCS, il CEDOCS o il SONET)

- attivazione in ogni azienda/presidio (o anche area vasta) di una **funzione centralizzata di gestione della risorsa posti letto** ("bed management") e di eventuali unità di pre-ricovero (holding units) e di pre-dimissione (discharge room)
- **revisione dei percorsi dei pazienti e individuazione di soluzioni innovative** mirate per ogni realtà
 - o gestione delle sale d'aspetto in sinergia con i cittadini e le organizzazioni di volontariato
 - o nuclei di presa in carico integrati, in attività alla porta
 - o avvio di percorsi rapidi dal triage (see & treat, fast-track)
- elaborazione in ogni azienda sanitaria/ospedaliera e in ogni presidio sede di PS di un **piano di gestione del sovraffollamento (PGS)**, con tre componenti [20-24]:
 - o flussi informativi sull'affollamento del PS (indicatori e/o scores)
 - o soglie di attivazione e responsabili delle risposte organizzative
 - o risposte organizzative (interventi già sperimentati in Italia e in altri paesi, con efficacia dimostrata)
 - attivazione di risorse aggiuntive in PS
 - aumento della capacità interna degli ospedali anche con aggiunta di letti e/o invio delle barelle dei reparti
 - rimodulazione delle attività, con eventuale limitazione di quelle elettive
 - reperimento di strutture per lungodegenza e continuità assistenziale, con possibilità di invio anche da PS

BIBLIOGRAFIA

1. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust.* 2006 Mar 6;184(5):213-6.
2. Cha WC, Shin SD, Cho JS, Song KJ, Singer AJ, Kwak YH. The association between crowding and mortality in admitted pediatric patients from mixed adult-pediatric emergency departments in Korea. *Pediatr Emerg Care.* 2011 Dec;27(12):1136-41.
3. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Scholarsh.* 2014 Mar;46(2):106-15.
4. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, McCreath H, Asch SM. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med.* 2013 Jun;61(6):605-611.e6.
5. Jo S, Jeong T, Jin YH, Lee JB, Yoon J, Park B. ED crowding is associated with inpatient mortality among critically ill patients admitted via the ED: post hoc analysis from a retrospective study. *Am J Emerg Med.* 2015 Aug 7. [Epub ahead of print]
6. van der Linden N, van der Linden MC, Richards JR, Derlet RW, Grootendorst DC, van den Brand CL. Effects of emergency department crowding on the delivery of timely care in an inner-city hospital in the Netherlands. *Eur J Emerg Med.* 2015 Mar 31. [Epub ahead of print]
7. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ.* 2011 Jun 1;342:d2983.
8. Johnson KD, Winkelman C. The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review. *Adv Emerg Nurs J.* 2011 Jan-Mar;33(1):39-54.
9. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, McCarthy M, John McConnell K, Pines JM, Rathlev N, Schafermeyer R, Zwemer F, Schull M, Asplin BR; Society for Academic Emergency Medicine, Emergency Department Crowding Task Force. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med.* 2009 Jan;16(1):1-10.

10. Emergency Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1--concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med.* 2009 May;53(5):605-11.
11. Hodgins MJ1, Moore N, Legere L. Who is sleeping in our beds? Factors predicting the ED boarding of admitted patients for more than 2 hours. *J Emerg Nurs.* 2011 May;37(3):225-30. doi: 10.1016/j.jen.2010.02.020.
12. Weber EJ, Mason S, Freeman JV, Coster J. Implications of England's four-hour target for quality of care and resource use in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2012 Dec;60(6):699-706.
13. Vermeulen MJ, Guttman A, Stukel TA, Kachra A, Sivilotti ML, Rowe BH3, Dreyer J, Bell R, Schull M. Are reductions in emergency department length of stay associated with improvements in quality of care? A difference-in-differences analysis. *BMJ Qual Saf.* 2015 Aug 13. [Epub ahead of print]
14. Jones PG, Olsen S. Point prevalence of access block and overcrowding in New Zealand emergency departments in 2010 and their relationship to the 'Shorter Stays in ED' target. *Emerg Med Australas.* 2011 Oct;23(5):587-92.
15. Geelhoed GC, de Klerk NH. Emergency department overcrowding, mortality and the 4-hour rule in Western Australia. *Med J Aust.* 2012 Feb 6;196:122-6. Erratum in: *Med J Aust.* 2012 Mar 5;196(4):245.
16. Stang AS, Crotts J, Johnson DW, Hartling L, Guttman A. Crowding measures associated with the quality of emergency department care: a systematic review. *Acad Emerg Med.* 2015 Jun;22(6):643-56.
17. Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, Ernst AA, Richards J, Fernández-Frackelton M, Schwab R, Stair TO, Vicellio P, Levy D, Brautigan M, Johnson A, Nick TG. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad Emerg Med.* 2004 Jan;11(1):38-50.
18. Weiss SJ, Rogers DB, Maas F, Ernst AA, Nick TG. Evaluating community ED crowding: the Community ED Overcrowding Scale (CEDOCS) study. *Am J Emerg Med.* 2014 Nov;32(11):1357-63.
19. Wang H, Robinson RD, Garrett JS, Bunch K, Huggins CA, Watson K, Daniels J, Banks B, D'Etienne JP, Zenarosa NR. Use of the SONET Score to Evaluate High Volume Emergency Department Overcrowding: A Prospective Derivation and Validation Study. *Emerg Med Int.* 2015; Epub 2015 Jun 8.
20. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 2--barriers to reform and strategies to overcome them. *Ann Emerg Med.* 2009 May;53(5):612-7.

21. Rabin E, Kocher K, McClelland M, Pines J, Hwang U, Rathlev N, Asplin B, Trueger NS, Weber E. Solutions to emergency department 'boarding' and crowding are underused and may need to be legislated. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Aug;31(8):1757-66.
22. Boden DG, Agarwal A, Hussain T, Martin SJ, Radford N, Riyat MS, So K, Su Y, Turvey A, Whale CI. Lowering levels of bed occupancy is associated with decreased inhospital mortality and improved performance on the 4-hour target in a UK District General Hospital. *Emerg Med J*. 2015 Sep 17. [Epub ahead of print]
23. Review Elder E, Johnston AN, Crilly J. article: Systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2015 Oct;27(5):394-404.
24. Villa-Roel C, Guo X, Holroyd BR, Innes G, Wong L, Ospina M, Schull M, Vandermeer B, Bullard MJ, Rowe BH. The role of full capacity protocols on mitigating overcrowding in EDs. *Am J Emerg Med*. 2012 Mar;30(3):412-20.