Le reali cause del sovraffollamento delle aree di emergenza da una analisi dei dati di attività dei principali pronto soccorso siciliani (Flussi informativi EMUR 2015)

Il sistema Pronto Soccorso, così come è concepito oggi, e come forse si ha interesse che venga percepito, è soprattutto un ammortizzatore sociale, un luogo dove far confluire la domanda di salute insoddisfatta, dove vicariare le inefficienze di un sistema territoriale non in grado di fare filtro. Un ricettacolo di "*tutti i mali dell'uomo...dei mali di tutti gli uomini",* per citare Pennac.

In un contesto in cui la domanda appare praticamente illimitata, la risposta assistenziale, fortemente condizionata da risorse sempre più contratte, non può che risultare insoddisfacente, per lo meno sotto il profilo della qualità percepita.

Gli episodi conflittuali, che spesso sfociano in fenomeni di aggressione degli operatori sanitari, riconoscono molto spesso come principale fattore di rischio il sovraffollamento delle strutture di Pronto Soccorso ed il realizzarsi di situazioni in cui il normale funzionamento è impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili (fisiche e/o umane).

Sulle reali cause del sovraffollamento si è insistito spesso su luoghi comuni senza il supporto di dati oggettivi per cui si sono attribuite colpe e responsabilità spesso in maniera strumentale e opportunistica. Sul banco degli imputati il Territorio incapace di filtrare a monte e drenare a valle, i medici di medicina generale, l'influenza, l'iperafflusso dei mesi invernali e dei fine settimana, quando non più semplicisticamente medici e responsabili delle strutture di Pronto Soccorso. In realtà si continua ad annaspare nelle ipotesi, oltre che nel ridicolo, quando ciclicamente, nello stesso periodo dell'anno, in tutti i pronto soccorso italiani, si torna a parlare di aree di emergenza stracolme, simili a gironi danteschi; dovrebbe essere chiaro che ci si trova di fronte ad un problema di sistema che necessita di soluzioni politiche, strategiche e programmatiche e non certo rimedi estemporanei. Soluzioni che potrebbero essere suggerite per esempio da una **mirata analisi dei dati di attività dei pronto soccorso siciliani che oggi confluiscono in assessorato e, successivamente, al ministero della salute, in un flusso informativo definito EMUR.**

Abbiamo avuto l'opportunità di analizzare i flussi EMUR del 2015, relativi alle attività dei 63 pronto soccorso siciliani, e di sfatare alcuni luoghi comuni, confermando quanto sostenuto dai professionisti del settore e dalle società scientifiche di riferimento. L'iperafflusso, o meglio il presunto iperafflusso caratterizzato da tanti accessi inappropriati, in realtà **contribuisce solo in parte al sovraffollamento dei pronto soccorso** e, in genere, non rappresenta un problema in grado di condizionare, da solo, la crisi del sistema**.** Infatti è stato possibile evidenziare come **i mesi con la maggiore incidenza del fenomeno del sovraffollamento (gennaio e febbraio) non sono quelli nei quali si registra il maggior numero di accessi (fig. 1). Quindi nessun iperafflusso!**

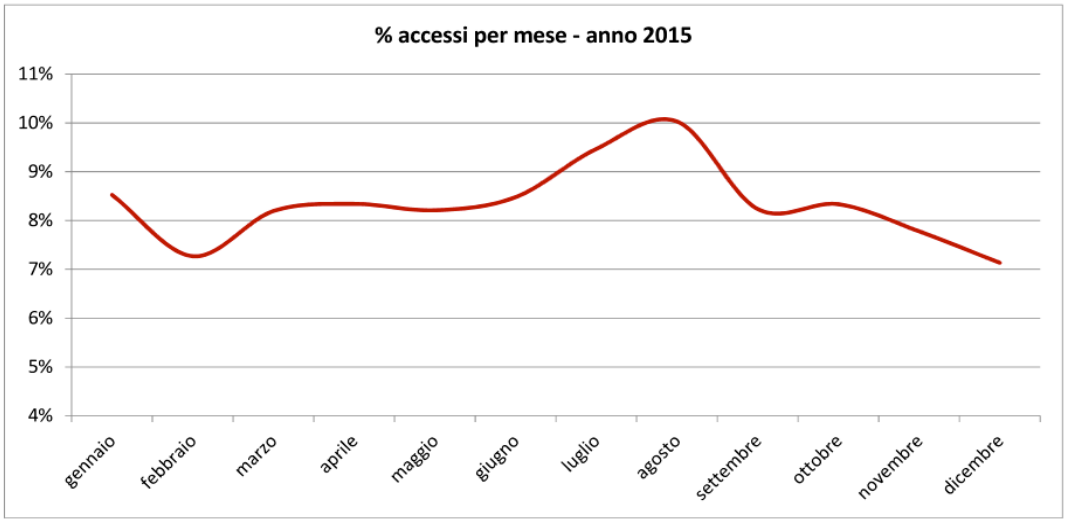

Fig. 1 – Distribuzione degli accessi per mese nei 63 Pronto Soccorso siciliani (Emur 2015)

Anche il presunto iperafflusso dei fine settimana, in assenza del medico curante, viene clamorosamente smentito essendo il lunedì, come in un comune ufficio pubblico, il giorno in cui si registra il maggior numero di accessi (fig.2).

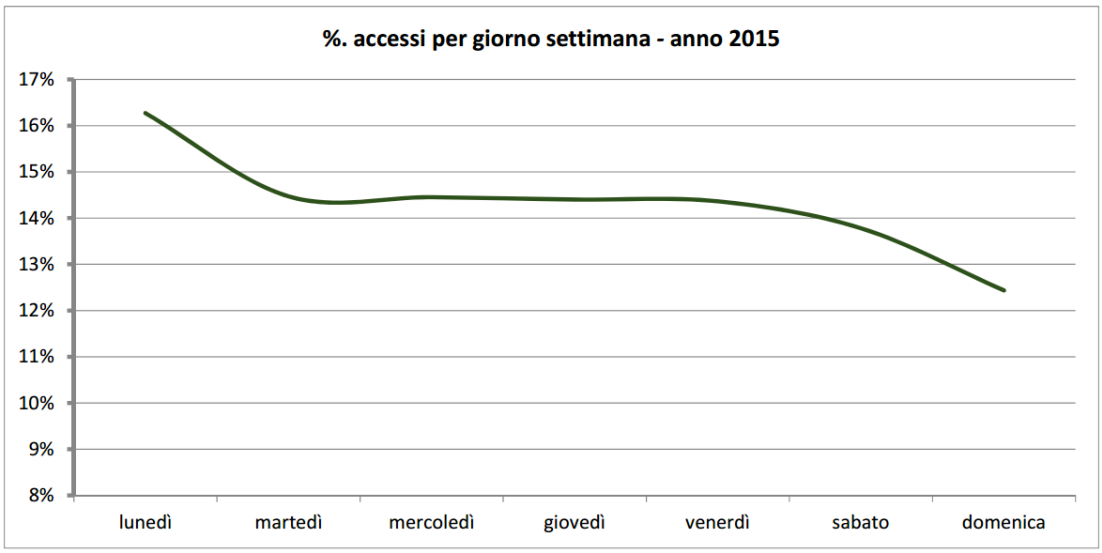

Fig. 2 – Distribuzione degli accessi per giorno della settimana nei 63 Pronto Soccorso siciliani (Emur 2015)

Tra l'altro, un insufficiente filtro del Territorio e della medicina di base, certamente innegabile (meno del 2% dei pazienti viene inviato dal curante in pronto soccorso) (fig.3), può essere al massimo responsabile di accessi di scarso impegno assistenziale e che, pertanto, defluiscono in tempi relativamente rapidi dal pronto soccorso essendo per la stragrande maggioranza dimessi al domicilio.

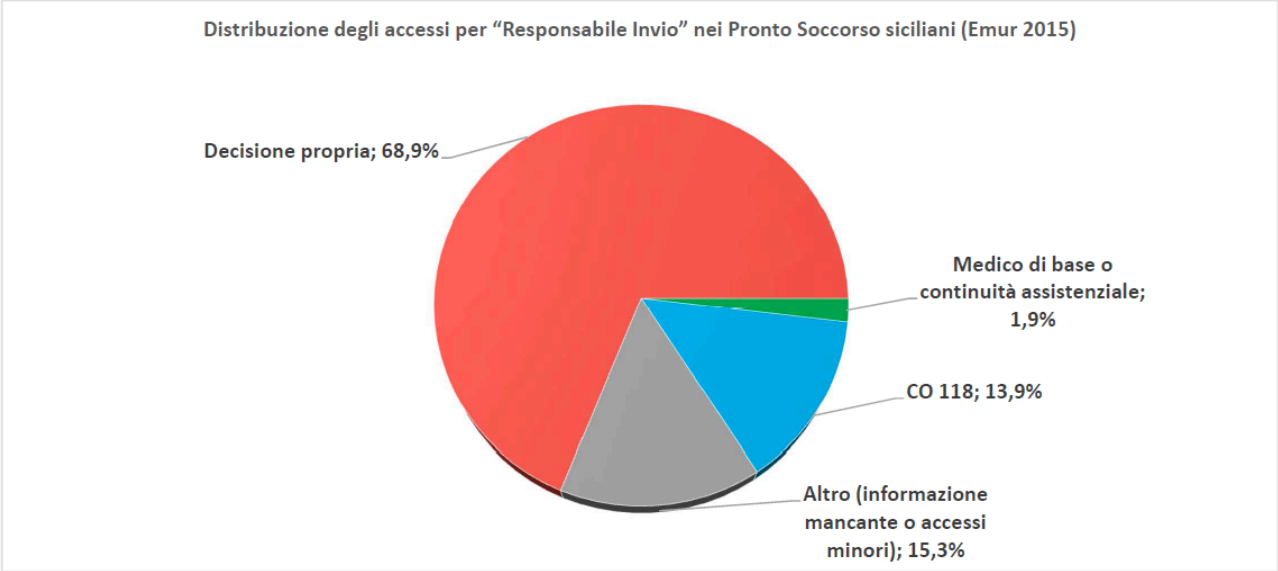

Fig. 3 – Distribuzione degli accessi per "Responsabile Invio" nei Pronto Soccorso siciliani (Emur 2015)

I pazienti che invece permangono in area di emergenza molto più a lungo sono quelli con patologie ad elevato impatto assistenziale (codici rossi e gialli) tra i quali, comprensibilmente, è maggiore la necessità di ricovero. (fig.4) E' proprio la necessità di ricovero che fa emergere il problema nel momento in cui **non c'è un'adeguata offerta di posto letto rispetto alla domanda; i pazienti pertanto saranno destinati a lunghe attese in barella presso le aree di emergenza, dando origine a quel fenomeno definito "boarding".**

E' dunque l'impossibilità di ricoverare i pazienti nei reparti per indisponibilità di posti letto, al termine del completamento della fase di cura in pronto soccorso **la principale causa del sovraffollamento**, soprattutto nelle grandi aree di emergenza; si tratta quindi, è il caso di ribadirlo con estrema chiarezza, di **un problema dei sistemi sanitari che si manifesta nei pronto soccorso, ma trova le sue origini all'esterno di essi.**

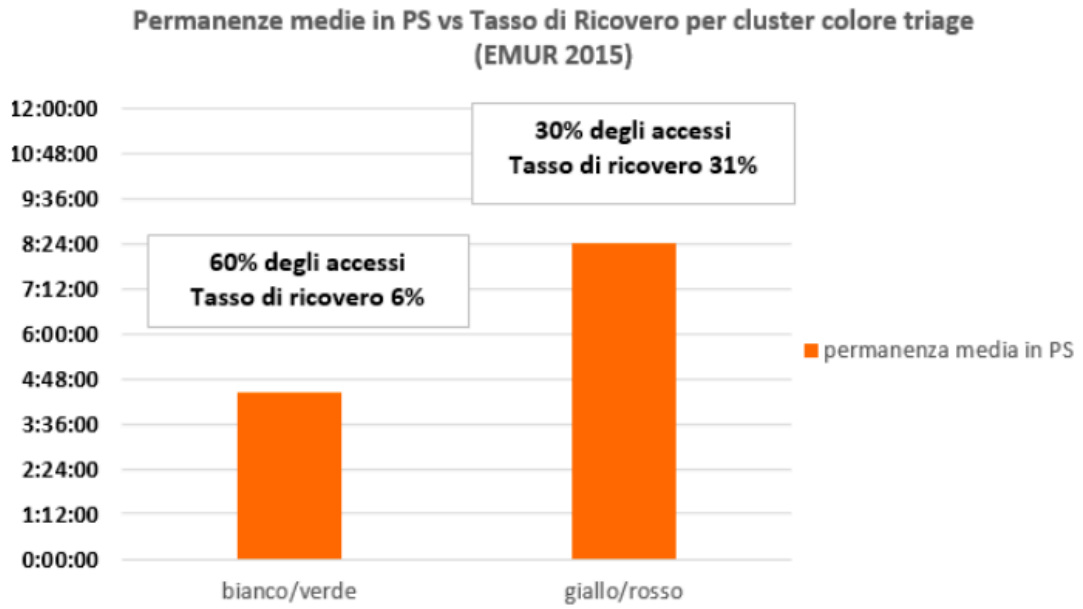

Fig. 4 – Permanenze medie pre-ricovero nei Pronto Soccorso siciliani per codici di priorità (bianco/verdi vs giallo/rossi) e relativo tasso di ricovero (Emur 2015)

Si realizza in concreto una condizione di severa congestione del sistema caratterizzata dalla **permanenza "inappropriata" di pazienti in attesa di ricovero, con elevati bisogni assistenziali ed in grado di assorbire notevoli risorse umane, logistiche ed organizzative,** risorse che dovrebbero più opportunamente essere dedicate alle attività di *front line* e cioè all'assistenza di nuovi pazienti ed alla pronta accoglienza dei pazienti afferiti con le ambulanze del 118. Ne discende quindi un allungamento dei tempi di attesa in triage e dei tempi di "sbarellamento" dei mezzi del 118 con conseguente blocco operativo degli stessi.

Il blocco delle ambulanze nei pronto soccorso è, dunque, una diretta conseguenza della impossibilità di garantire un sufficiente "deflusso" di pazienti dal pronto soccorso. **Non comprendere ciò potrebbe indurre, secondo il più classico dei riflessi pavloviani, ad adottare un rimedio peggiore del male, incrementando il numero delle barelle!**

Non c'è dubbio che il taglio di 70 mila posti letto negli ultimi 10 anni è la principale causa di quanto oggi accade. La sanità italiana, ancorata ad una filosofia *ospedalocentrica,* esibisce niente di meno che 3,7 posti letto per 1000 abitanti, ponendosi a fanalino di coda dell'Europa (quasi il doppio in Francia e quasi il triplo in Germania).

In tali condizioni **anche un lieve incremento della domanda di posto letto per ricovero, ad offerta costante, determina la paralisi del sistema**. Ed un lieve incremento della domanda di ricovero potrebbe essere attribuibile, per esempio, ai mesi freddi ed alla riacuzie delle patologie respiratorie, complice il famigerato picco influenzale. La classica goccia che fa traboccare un vaso, peraltro perennemente colmo.

Sono schiaccianti le evidenze in letteratura circa gli effetti del sovraffollamento dei PS sulla compromissione della qualità delle cure prestate e sui molteplici esiti negativi correlati: **aumento di mortalità, latenza nella presa in carico, ritardo nell'effettuazione di accertamenti diagnostici e nell'inizio delle terapie necessarie, aumento di errori ed eventi avversi.**

Il fenomeno del sovraffollamento è inoltre associato 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 e la risposta ai bisogni primari (riposo, alimentazione, mobilizzazione, igiene personale). Il personale medico, infermieristico e di supporto è costretto a lavorare in condizioni ad alto rischio clinico e ad alto rischio 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.
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, normativi e gestionali**: definizione del tempo massimo di permanenza in PS (4-6 ore), adeguamento delle strutture e degli organici, incentivazioni/sanzioni alle aziende, revisione dei percorsi dei pazienti, gestione centralizzata della risorsa posti letto.

Analisi dei dati di attività dei PS siciliani

Dalla analisi dei flussi informativi EMUR emerge una realtà caratterizzata dalla incidenza del cosiddetto fenomeno del *boarding* (attesa prolungata del posto letto in PS) in quasi tutte le strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri delle aree metropolitane. Esso raggiunge livelli di criticità proporzionali ai volumi di attività delle strutture.
Sono stati presi in esame 39 dei 63 PS siciliani tra quelli in cui si registra il maggior numero di accessi. (Fig. 5)

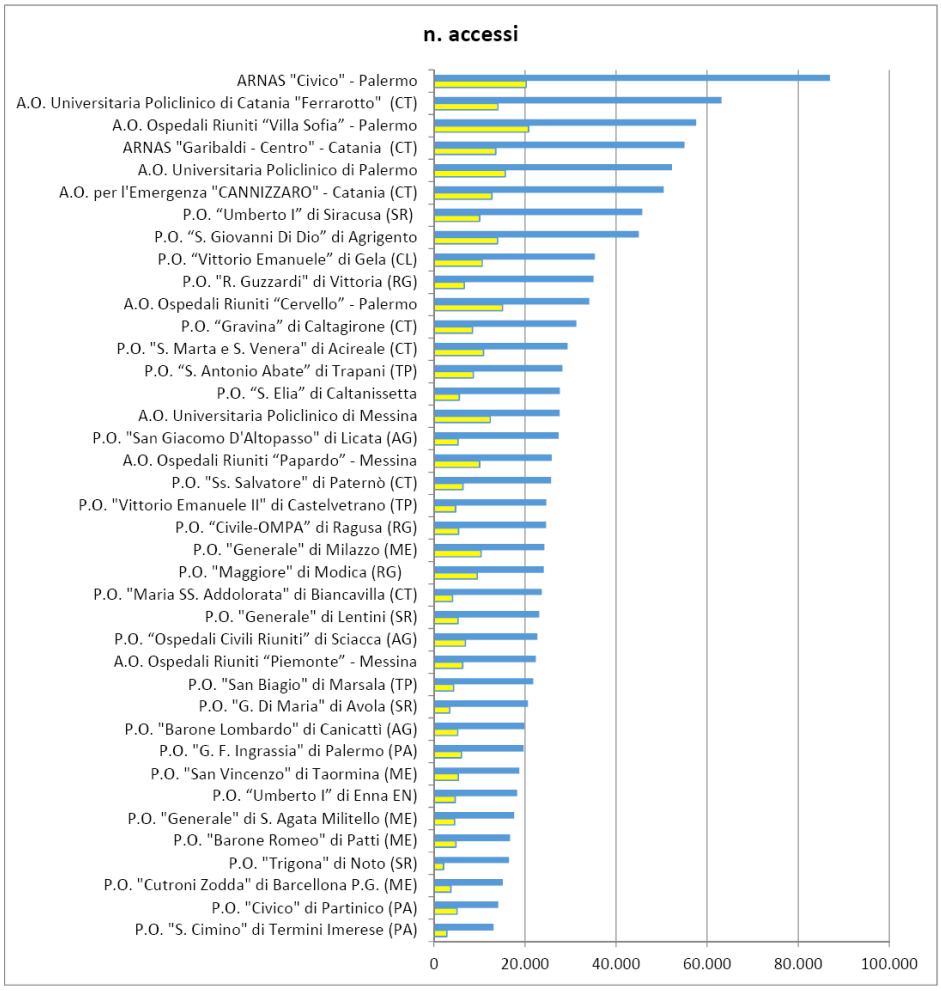

Fig. 5 – Numero di accessi totali (in azzurro) e numero di codici gialli (in giallo) in 39 dei 63 PS siciliani (Emur 2015)

Gli indicatori utilizzati per definire il fenomeno del *boarding* sono i tempi di attesa pre-ricovero, ovvero il **tempo intercorso tra l'accesso al Pronto Soccorso e l'effettivo invio al reparto di degenza**.

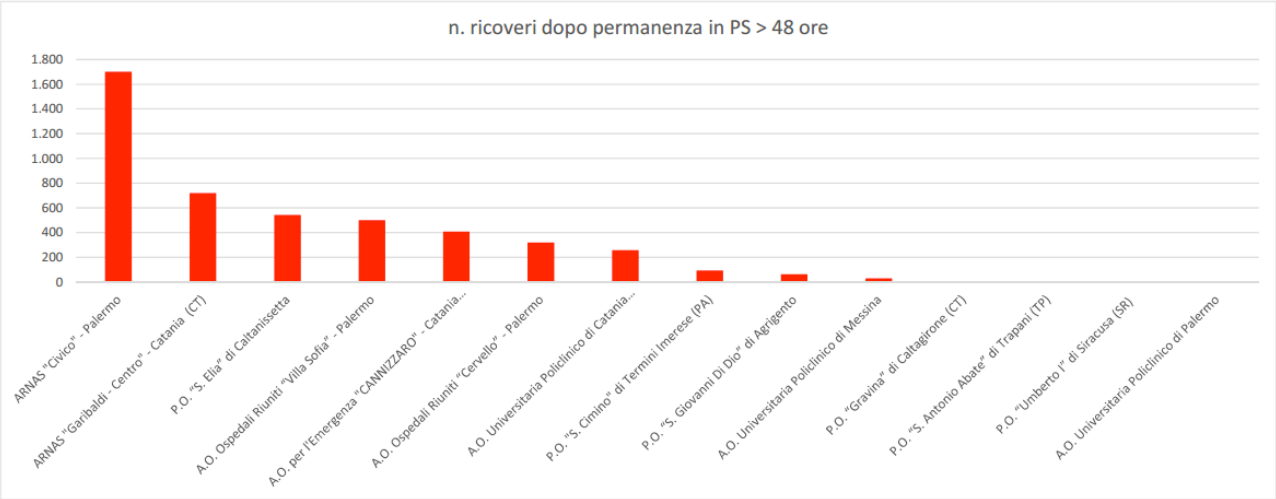

Fig.6 – pazienti ricoverati dopo permanenza in PS > 48 ore nei 14 PS con più accessi e più ricoveri.

La Fig. 6 rappresenta il numero di pazienti che, nei 14 PS con maggior numero di accessi e maggior numero di ricoveri, viene ricoverato dopo un periodo di permanenza in PS superiore alle 48 ore. L'elevato numero di pazienti che accede ai posti letto dell'ospedale dopo un periodo così lungo descrive chiaramente il fenomeno dell'imbuto, del collo di bottiglia, rappresentato dalla indisponibilità di posto letto. Il fenomeno dell'imbuto è molto evidente, soprattutto se si confrontano permanenza media dei ricoverati e permanenza media dei non ricoverati (fig.7). Lì dove è possibile ricoverare (e dove i tassi di ricovero sono meno criticamente contratti) le permanenze dei due gruppi di popolazione sono sovrapponibili. **Si assiste al più evidente e clamoroso squilibrio di sistema lì dove invece la permanenza dei due gruppi è molto diversa, descrivendo una reale discrepanza tra domanda ed offerta di posto letto, il tutto a tassi di ricovero inferiori alla media regionale (16%) e nazionale (15,4%)**.

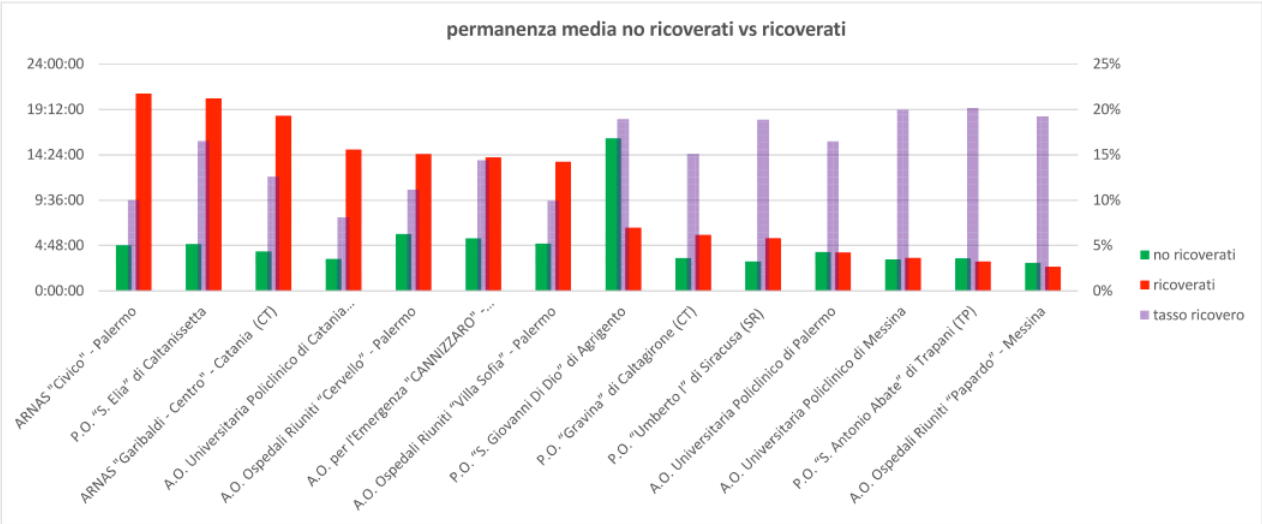

Fig.7 – confronto tra permanenza media pre-ricovero e permanenza dei pazienti non ricoverati nei 14 PS e relativi tassi di ricovero.

Disaggregando il dato "attesa di posto letto" per area di ricovero negli stessi 14 PS (fig.8), si conferma come la permanenza in attesa del posto letto riguardi prevalentemente il paziente destinato al ricovero in un

reparto afferente all'area medica, testimoniando una evidente distribuzione di posti letto tutt'altro che tarata sulla domanda registrata. **In alcuni casi l'attesa per un posto letto di area medica risulta fino a 5 volte superiore all'attesa per un posto letto di area chirurgica.**

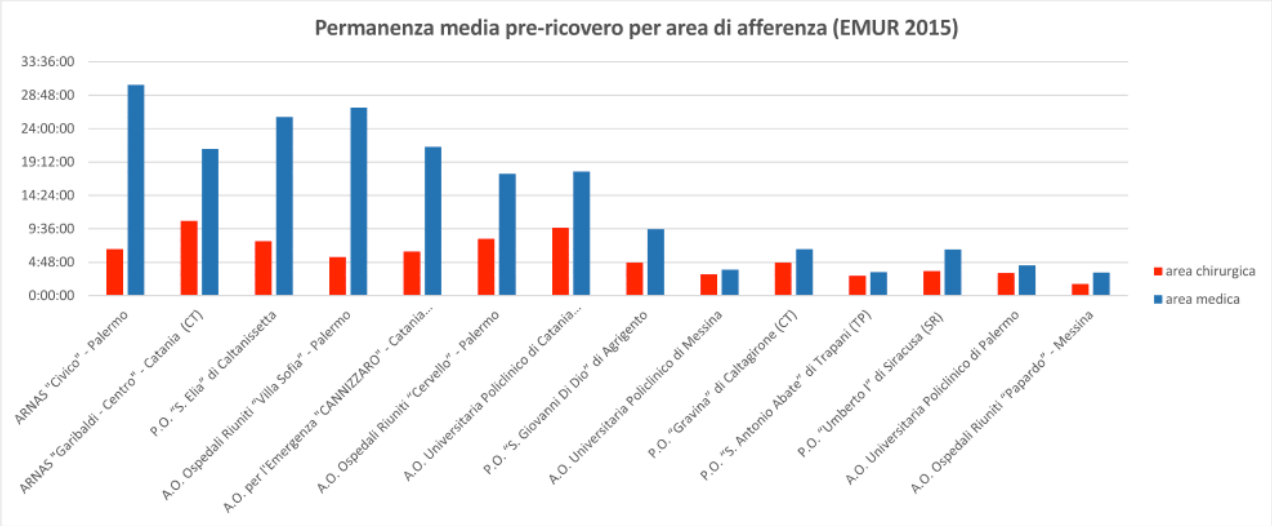

Fig.8 – permanenza media pre-ricovero per area medica e chirurgica nei 14 pronto soccorso in esame

In effetti la maggior parte dei ricoveri effettuati da pronto soccorso necessita di posto letto di area medica (65%) ed in particolare dell'area medica generalista (medicina interna, MCAU, pneumologia) (circa il 50%). Ma non sembra che la distribuzione dei posti letto nelle rispettive aziende tenga conto di tale evidenza (fig. 9). Pertanto, i pazienti indirizzati in area medica attendono il posto letto circa tre volte di più dei pazienti indirizzati in area chirurgica. In area chirurgica si dispone di un maggior numero di posti letto che tuttavia risultano sottoccupati (Tasso di occupazione area medica vs chirurgica 99% vs 80%).

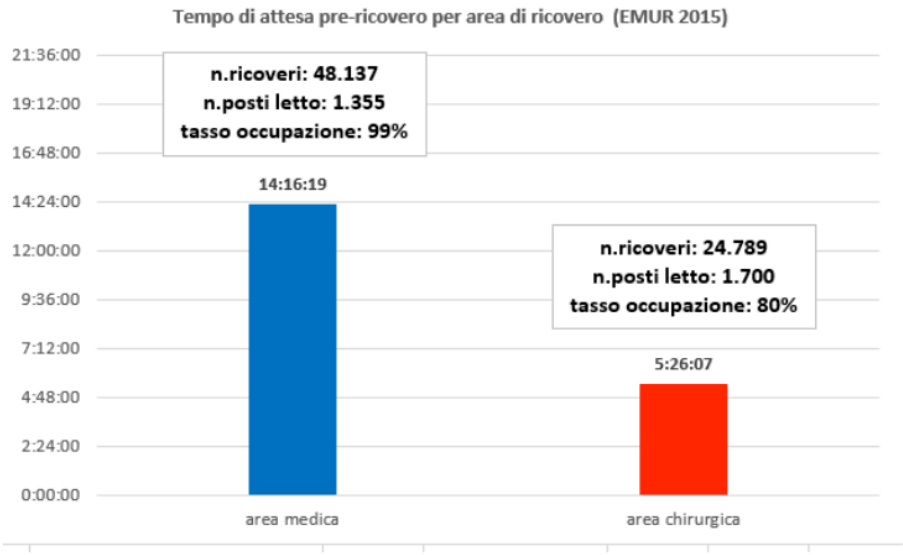

Fig.9 – dato complessivo (14 PS) su tempo di attesa pre-ricovero, numero di ricoveri, di posti letto e tassi di occupazione per area medica e chirurgica.

Il fenomeno del sovraffollamento dei Pronto Soccorso ed in particolare il fenomeno del *boarding*, che ne è la determinante principale, ha dunque alla base una **sperequazione nella distribuzione dei posti letto nelle**

rispettive strutture ospedaliere, con **reparti di area medica sottodimensionati nel numero di posti letto, con tassi di occupazione molto elevati e con turn over non sufficiente** a garantire l'offerta necessaria ai volumi di attività delle rispettive aree di emergenza e, al contrario, reparti di area chirurgica con tassi di occupazione criticamente bassi. Ma non è tutto!

La Fig. 10 prende in esame il dato relativo alla potenziale inappropriatezza generata dai ricoveri di Pronto Soccorso. Un luogo comune molto radicato attribuisce all'attività di Pronto Soccorso, ed ai ricoveri da esso provenienti, una elevata inappropriatezza ed un rischio per la specificità e per la mission di alcune aziende ospedaliere. AGENAS definisce incomprimibile il tasso di DRG ARI al di sotto del 10%. Si ritiene pertanto che la generazione di un tasso di DRG "a rischio di inappropriatezza" (DRG ARI) da ricovero urgente inferiore al 15 % rappresenti,considerata la specificità dell'attività, un dato più che accettabile. In effetti risulta che tutti i Pronto Soccorso in esame producono ricoveri con DRG ARI abbondantemente al di sotto del 15%

Ciò che invece ha sorpreso, e che risulta francamente inaccettabile, è un elevato numero di DRG ad alto rischio di inappropriatezza prodotti da ricoveri programmati, che, in percentuale, superano un po' dovunque quelli prodotti dai ricoveri da Pronto Soccorso!

Si smentisce dunque clamorosamente il luogo comune che l'inappropriatezza derivi dall'attività di ricovero da Pronto Soccorso. Si rendono manifeste insospettate sacche di inappropriatezza che con ogni probabilità sosno espressione di un malcostume diffuso nelle strutture ospedaliere siciliane, paradigmatico del cattivo uso della già esigua risorsa posto letto.

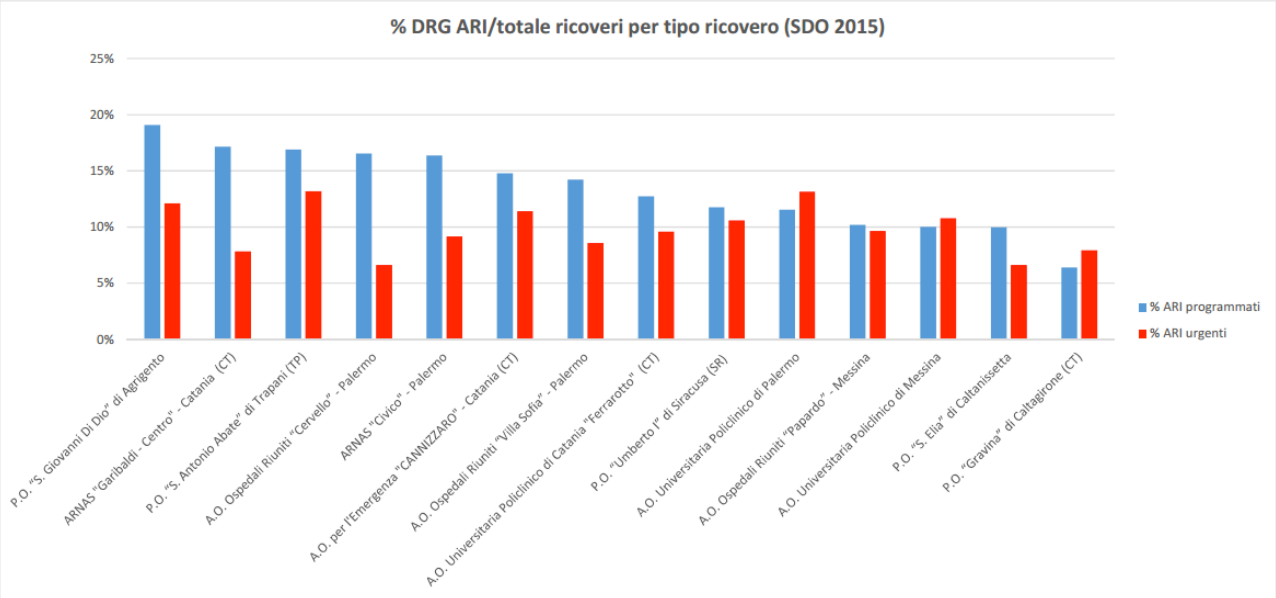

Fig.10 – Tasso di DRG ARI (ad alto rischio di inappropriatezza) prodotti da ricoveri programmati e da ricoveri provenienti dai pronto soccorso.

Possiamo in conclusione affermare che la ridotta offerta di posto letto di area medica rispetto alla preponderante domanda osservata sia la causa principale della congestione di alcuni Pronto Soccorso con cospicui volumi di attività.

La congestione è determinata essenzialmente dalla presenza, talora per giorni, di pazienti in attesa di ricovero e, pertanto, ad elevato impatto assistenziale e condizionante un'ingente assorbimento di risorse umane, logistiche ed organizzative che, di norma, dovrebbero essere utilizzate nell'assistenza degli utenti che afferiscono ai PS.

Ma non è tutto. **I dati sopra riportati, infatti, tradiscono la totale assenza di una programmazione che, a fronte dei tagli dei posti letto, non sembra aver adeguato l'offerta ai bisogni reali della popolazione.** Certamente non a quella che afferisce ai Pronto Soccorso. Relativamente a questa evidenza **è forte il dubbio che sia prevalsa la cinica filosofia della riduzione dell'offerta per perseguire l'adeguamento della domanda.**

Inoltre, a peggiorare gli effetti nefasti di una politica nazionale di tagli lineari e di una deficitaria programmazione su scala regionale, si aggiunge una pessima governance aziendale che emerge dalla sottoutilizzazione dei posti letto di area chirurgica (tassi di occupazione medi intorno all'80%) ma, soprattutto, dallo scarso controllo sulla inappropriatezza organizzativa là dove si registra dovunque una prevalenza impressionante di DRG ARI (DRG ad alto rischio di inappropriatezza) tra i ricoveri programmati, soprattutto dell'area chirurgica. (fig.11)

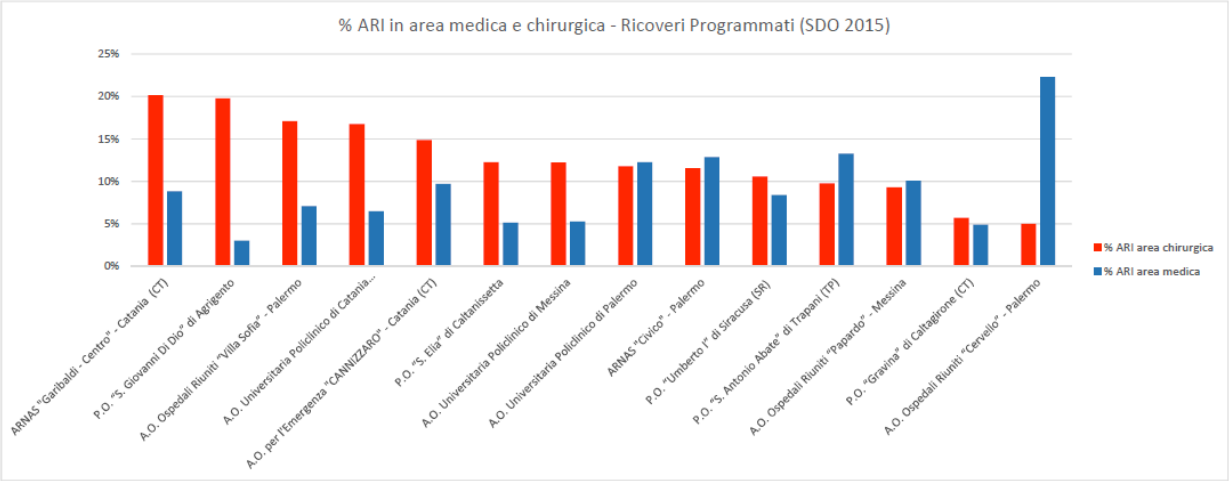

Fig.11 – Incidenza di DRG ARI da ricovero programmato in area medica ed area chirurgica

L'assenza di governance da parte delle direzioni aziendali è, infine, tangibile in alcune realtà dove il mancato monitoraggio del turnover dei posti letto e l'incapacità di intercettare i colli di bottiglia sono la causa dell'allungamento delle degenze medie e, di conseguenza, della insufficiente offerta di posto letto.

Risultato: territorio insufficiente e male organizzato, posti letto pochi, distribuiti male ed utilizzati ancora peggio!

Ciò considerato, si comprende come sia ipocrita e di basso profilo la politica dello scaricabarile sugli operatori dei Pronto Soccorso. E' sotto evidente accusa invece, oltre alla politica dei tagli, anche e soprattutto il ruolo di controllo e programmazione delle amministrazioni regionali, evidentemente incapace di avvalersi delle preziose fonti informative disponibili, che renderebbero più efficace e tarata sui reali bisogni della popolazione la riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'emergenza urgenza.

Dott. **Pietro Pata**
Segretario Regionale ANAAO ASSOMED

Dott. **Giuseppe Riccardo Spampinato**
Segretario Regionale CIMO

Dott. **Agostino Massimo Geraci**
Consiglio Regionale ANAAO ASSOMED

Dott. **Angelo Collodoro**
Vice Segretario Regionale CIMO