



18

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

Manuel Monti

Direttore UOC del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Gubbio, Gualdo Tadino

Il sovraffollamento di PS: come affrontarlo

Dott. Manuel Monti

Vicepresidente Nazionale SIMEDET

Direttore UOC Pronto Soccorso Gubbio- Gualdo Tadino

Roma, pronto soccorso in tilt: giorni di attesa per un letto. Ambulanze ferme 18 ore

Ieri 97 i mezzi bloccati: 90 i malati in lista per un ricovero all'Umberto I

Caos al **Cardarelli**, si dimettono **25 medici** del pronto soccorso

5 Maggio 2022 - 11:28

La clamorosa decisione dopo le difficoltà registrate negli ultimi giorni. La denuncia della Fp Cgil: "Lesà la dignità dei cittadini"

[Home](#) > [Prato](#) > [Cronaca](#) > [Ambulanze in fila al pro...](#)

Ambulanze in fila al pronto soccorso Pazienti in arrivo anche da Campi

Il picco si è registrato alle 13 di ieri ed è durato per trenta minuti. La direttrice Melani: "Abbiamo fatto fronte all'aumento di mezzi da Careggi. E' una situazione che può succedere fra ospedali vicini"

- La storia della ME in Italia ricalca a grandi linee quella dei paesi di lingua inglese, sia pure con notevoli ritardi.
- Fino a tutti gli anni '60 e in buona parte dei '70 il PS nel nostro Paese era poco più di una sala di medicazione per la piccola/media traumatologia



Le principali tappe verso il Ssn e le riforme

Prima legge organica in materia di sanità pubblica:

tutela della salute pubblica affidata, a livello centrale, al ministero dell'Interno; a livello periferico, ai prefetti nelle Province e ai sindaci nei Comuni

1865

Legge Crispi: riforma ospedaliera, nascita degli Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (Ipub)

1890

Testo Unico delle leggi sanitarie per l'assistenza su base assicurativa



1934

Istituzione del ministero della Sanità



1958

Legge di riforma sanitaria (n.833): istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn)



1978

Decreto Garavaglia (n.517): integrazione della riforma De Lorenzo

1993

I tre principi ispiratori del Ssn



Universalità:

la salute è non soltanto un bene individuale ma soprattutto una risorsa della comunità



Uguaglianza:

i cittadini devono accedere alle prestazioni senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche



Equità:

a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute

1888



Legge Crispi-Pagliani sulla tutela dell'Igiene e della Sanità pubblica

1898

Fondazione della Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e la vecchiaia degli operai che diventerà poi Inps (Istituto nazionale della previdenza sociale)

1943

Nasce l'Inam, Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie in cui confluiscono la maggior parte delle mutue

1968

Legge Mariotti: riforma degli ospedali, che diventano enti pubblici

1992

Legge De Lorenzo (n.502): introduzione dell'aziendalizzazione; le Usl diventano Asl

1999

Legge Bindi (n. 229): regolamentazione rapporti Ssn-Università

DPR 14 gennaio 1997

- rappresenta per quel periodo una risposta parziale, ma tutto sommato efficace, al bisogno di regolamentazione che si rendeva necessario a fronte di una crescita tanto rilevante degli organismi ospedalieri.
- Relativamente all'area del PS, dal DPR traspare la volontà di tracciare, attraverso l'articolazione di un pacchetto di spazi minimi un percorso definito per il paziente che vi fa accesso. Attraverso la definizione di queste aree, il decreto individua alcuni aspetti fondanti dell'organizzazione del lavoro in PS:
 - **la distinzione dei pazienti sulla base della modalità di accesso:** accessi in ambulanza e accessi spontanei (cfr. area coperta e riscaldata di accesso diretto per mezzi e pedoni);
 - **la distinzione dei pazienti sulla base del livello di autonomia e di complessità clinica:** pazienti capaci di attendere seduti, pazienti che necessitano della barella (cfr. locale attesa utenti deambulanti, locale attesa utenti barellati);
 - **la presenza strutturata di spazi e aree dedicate esclusivamente al lavoro del personale** (cfr. locale lavoro infermieri, spazio registrazione/segreteria/archivio, deposito pulito, deposito sporco);
 - **l'articolazione del processo assistenziale in due fasi: un primo momento di visita e un successivo momento di osservazione**

Anni 90

Si attuano due novità organizzative che producono cambiamenti significativi rispetto alla tradizione:

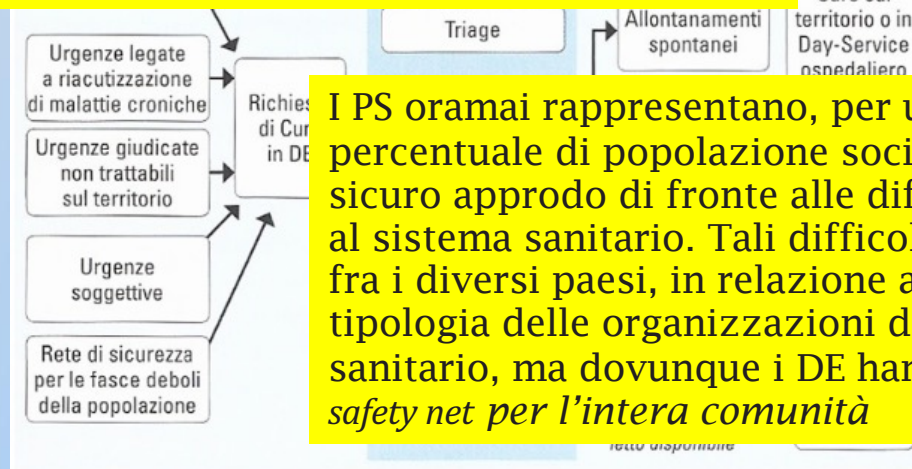
- è riconosciuta l'UO di Medicina d'Urgenza ed è introdotto il *triage* infermieristico; nello stesso periodo si allarga/rafforza, dal punto di vista tecnologico, l'area di lavoro.
- L'UO di Medicina d'Urgenza diviene il **fulcro dei DEA**, che richiedono, soprattutto per dare risposta alle maggiori sindromi emergenziali, anche l'intervento delle altre specialità presenti nell'ospedale, secondo le specifiche competenze.

Principali criticità dei PS

- Rapporti del PS con il Sistema ospedaliero nel quale è inserito e la relazione con le attività assistenziali sul territorio: **il PS, rappresentando lo snodo tra il sistema dei Servizi territoriali e quello dei Servizi ospedalieri**, raccoglie le inefficienze e le disfunzioni organizzative di entrambi, senza interconnessioni adeguatamente strutturate, né in entrata né in uscita.
- I problemi di flusso interni al PS, solo in parte collegati all'attività ospedaliera nel suo complesso.
- Il contrasto - insito nella natura stessa di un Sistema di Emergenza ospedaliero - tra le esigenze di un efficace processo assistenziale e quelle legate alla persona, sia essa il paziente o il professionista sanitario.

Modello concettuale di iper-affollamento nel Dipartimento di Emergenza

È tanto vera questa mutazione che numerosi lavori, che hanno studiato le iniziative organizzative sul territorio volte a prevenire gli accessi al DEA per problemi minori, non hanno dimostrato alcun risultato positivo



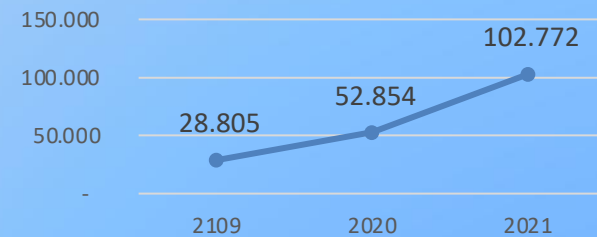
I PS oramai rappresentano, per una non piccola percentuale di popolazione socialmente fragile, un sicuro approdo di fronte alle difficoltà di accesso al sistema sanitario. Tali difficoltà sono diverse fra i diversi paesi, in relazione alla diversa tipologia delle organizzazioni del sistema sanitario, ma dovunque i DE hanno costituito una *safety net per l'intera comunità*

Blocchi in PS - 2019-2021

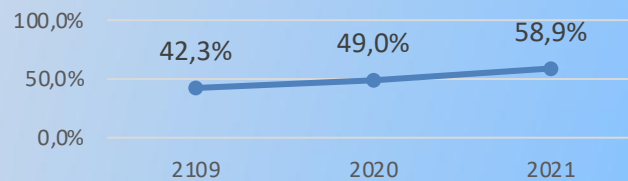
Tempo Blocco > 30'



Tempo Blocco > 2 h



% Blocchi > 2 h



Anni	% mezzi bloccati > 30'	% mezzi bloccati > 2h
2019	52,0%	7,7%
2020	75,9%	13,2%
2021	76,8%	17,6%

Overcrowding: esiti negativi

Annals of Emergency Medicine

An International Journal

A Pilot Study Examining Undesirable Events Among Emergency Department–Boarded Patients Awaiting Inpatient Beds.

Questo studio identifica che più di ¼ dei pazienti che stazionano nei Dipartimenti di Emergenza in attesa di posto letto presenta un evento avverso fra questi:

- terapia domiciliare non fornita;
- terapia decisa in PS non fornita correttamente;
- valutazione errata degli esami di laboratorio;
- controllo non ottimale della PA;
- ipotensione, ipossia, aritmie;
- morte.

S.W. Liu et al: Ann Emerg Med. 2009;54:381-385

Esigenze di processo

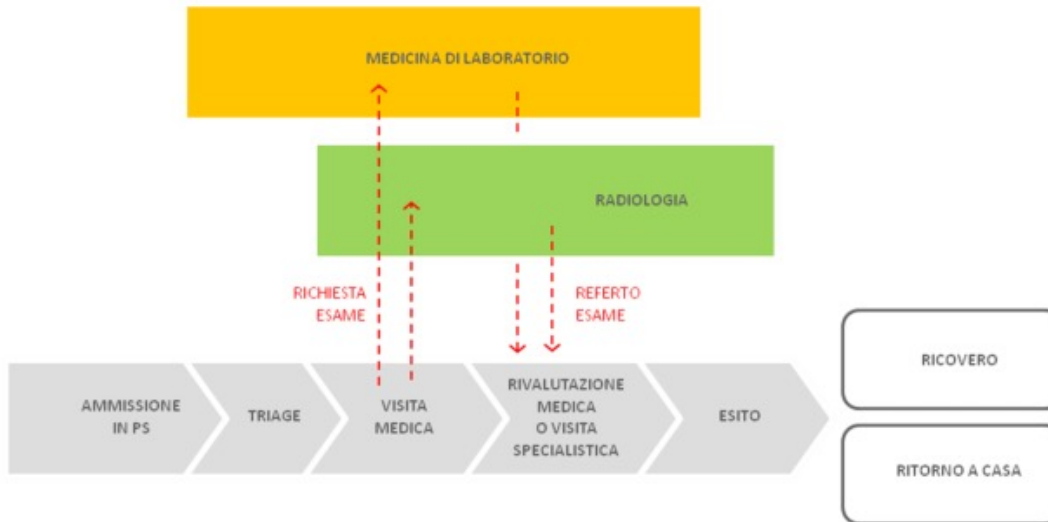
- Per poter far fluire speditamente il processo di cura è necessario che siano soddisfatti 3 requisiti:
- sia chiara e dichiarata la *mission dell'ospedale rispetto a quali siano i processi principali* e quelli di supporto;
- ci sia allineamento tra i tempi del PS (dati dal ritmo della domanda) e i servizi di supporto;
- Abbia risorse, di spazio e di personale, rispetto alla domanda.

SOVRAFFOLLAMENTO

è la situazione in cui il normale funzionamento dei Pronto Soccorso è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili logistiche, strumentali e professionali. Quando il sovraffollamento è costante, generalmente è dovuto al sottodimensionamento del Pronto Soccorso rispetto agli accessi per una reale mancanza di risorse strutturali, tecnologiche, umane e/o di organizzazione.

- Il sovraffollamento ha gravi conseguenze:
- **sui pazienti:** peggioramento degli outcome: aumento della mortalità, ritardi di valutazione e trattamento, aumento dei tempi di degenza, rischio di nuovo ricovero a breve termine, ridotta soddisfazione del paziente, esposizione agli errori;
- **sugli operatori:** mancata aderenza alle linee guida di buona pratica clinica, aumento dello stress e del burn out, aumento degli episodi di violenza verso gli operatori stessi;
- **sul sistema:** aumento della lunghezza di permanenza in Pronto Soccorso e della degenza in ospedale

- **Analizzando** che incide
- **fattori di in** invecchiam degli acces
- **Fattori int** attivare cor elementi in evidenti ne
- **fattori di “** da Pronto s



È un percorso complesso che determina, con i molti momenti di attesa fra le varie fasi operative, un intasamento del DEA, soprattutto quando, riferendosi al modello concettuale del flusso di processo nel DE, i fattori *input* e *output* del DE⁷ (Asplin *et al*, 2003) sono particolarmente rappresentati.

ut) si rileva che i fattori del territorio; progressivo gnosi e cura; incremento S legati alla necessità di avanzato (es. TAC). Tali e comorbilità, sia per le lavoro dei ricoveri urgenti

I) *Mission dell'ospedale*

È necessario che sia dichiarato *il ruolo dell'ospedale rispetto alla gestione dell'Emergenza-Urgenza*. Se un'azienda dichiara che il processo principale è quello dell'Emergenza-Urgenza ne consegue che **i processi di ricovero in Medicina e Chirurgia debbano essere a supporto** e quindi subordinati a quelli del PS. Per evitare che questo assetto scompagini il sistema delle relazioni interne, è auspicabile disaccoppiare i processi di urgenza da quelli di elezione, creando due linee separate.

A questo si deve aggiungere un funzionamento dell'ospedale che garantisca alla linea dell'urgenza una dimensione operativa H24 e 7/7 giorni (servizi di diagnostica, laboratori, endoscopia e funzionamento dei reparti continuativo nelle 24 ore, senza pause nei giorni festivi).

2) Servizi di supporto

- È necessario che i **servizi di supporto siano allineati** rispetto al bisogno di prestazioni del PS. Tale aspetto si riferisce non solo al numero e tipologie di prestazioni che servono per rispondere ai bisogni del PS, ma anche ai tempi di erogazione delle prestazioni. Una valutazione preliminare sulle macro-fasi del processo di PS ha evidenziato che i tre principali processi fuori linea siano rappresentati dalle consulenze specialistiche, dalla radiodiagnostica e dal laboratorio.
- Le consulenze specialistiche rappresentano certamente uno dei principali problemi, avendo un rapporto di interdipendenza specifica, ma certamente non quanto la radiologia che ha interdipendenza diretta e sequenziale rispetto ai processi di PS

3) Risorse

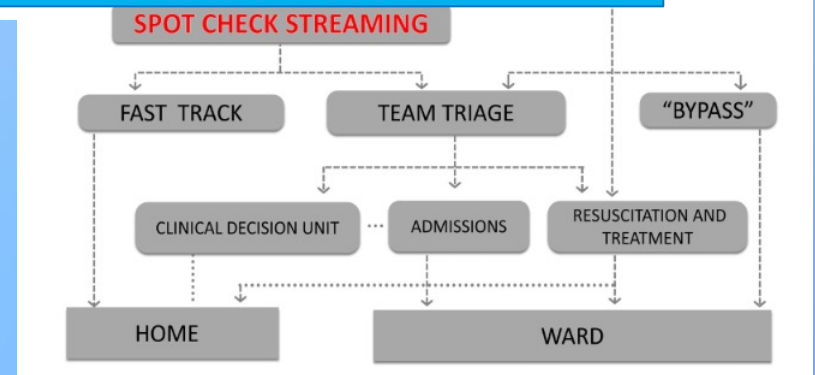
- È necessario che vi sia, nelle 24 ore, una adeguata capacità di spazi, dotazioni e di personale per rispondere in modo adeguato alla variazione della domanda in ingresso.
- Dato che il fabbisogno di risorse varia in maniera anche sostanziale nel corso delle 24 ore, è indispensabile che vengano adottate **modalità di organizzazione flessibile del personale a disposizione** (nella giornata e nei periodi dell'anno) per adattarsi alle richieste assistenziali, evitando periodi di sovra o sotto dimensionamento.

Tabella 5 - Funzioni del medico «coordinatore di flusso»

Funzioni:

- è disponibile continuamente a collaborare con il *triage*, soprattutto nei periodi di punta

- *il triage, anche nelle nuove versioni, riconferma la sua importanza non solo e non tanto come momento per l'accoglienza e selezione di priorità assistenziale ma anche come "motore" dei percorsi di cura*



- Nella progettazione dell'illuminazione artificiale è opportuno differenziare le condizioni luminose in relazione alla tipologia di utenti. Inoltre, elevati livelli di rumore incidono negativamente sullo stress e l'irritabilità di tutte le tipologie di pazienti in quanto il rumore eccessivo provoca l'accelerazione della frequenza cardiaca e l'aumento della pressione sanguigna; in ambienti ad alto affollamento quali il PS è necessario predisporre **sistemi fonoassorbenti appropriati**, integrati nell'edificio o negli elementi di arredo.
- Esiste inoltre un'ampia letteratura che dimostra che la presenza di elementi ristorativi e di distrazione può rendere meno pesante l'attesa, diminuendo la percezione dello scorrere del tempo: *device per l'intrattenimento, opere d'arte, background music*, dispositivi per la comunicazione.

Esigenze dell'utente

- **ENVIRONMENT:** *un'accurata progettazione di alcuni elementi dello spazio può contribuire a orientare i comportamenti degli utenti, a veicolare implicitamente alcune informazioni (a supporto dell'orientamento ad esempio), a influenzare la percezione del servizio offerto;*
- **UNDERSTANDING:** *la conoscenza e la comprensione da parte dell'utente di alcune informazioni che lo riguardano direttamente e di dinamiche proprie del PS (perché sto aspettando? cosa sto aspettando? con chi devo parlare? che genere di esame sto facendo?) può contribuire a ridurre numerosi stati di ansia e frustrazione;*
- **EMPOWERMENT:** *la possibilità di partecipare ad alcune scelte riguardanti la propria salute e la possibilità di svolgere in maniera autonoma alcune attività (dal self check-in alla possibilità di bere un bicchiere d'acqua) contribuisce a ridurre la sensazione di impotenza e la percezione di istituzionalizzazione.*

Interventi di breve periodo in grado di ridurre in tempi brevi il mismatch fra domanda e disponibilita' di risposta

- gestione del boarding: obiettivo boarding non gestito dal personale del PS, in fase di transizione istituzione di area funzionale tra MEU e Medicina interna
- Organizzazione del personale al fine di disporre di maggiori risorse nelle ore a maggiore impegno assistenziale
- cruscotto straordinario di posti letto in sovrannumero o in appoggio o blocco dei ricoveri o altre attività, “full capacity protocol”
- Attivazione di posti letto non attivi, utilizzo di aree di week per ridurre il numero di pazienti in attesa di ricovero nel giorno post-festivo
- rimodulazione temporanea della dotazione di posti letto a favore delle aree disciplinari a maggiore fabbisogno in condizione di sovraffollamento
- Attivazione della rete territoriale per la presa in carico e la gestione delle urgenze di assistenza sociale e definizione di percorsi chiari e strutturati con particolare riferimento alla presa in carico nei giorni festivi e pre-festivi. Coinvolgimento degli enti locali al fine di favorire la pronta accoglienza, limitando gli accessi impropri in PS ed accelerando i tempi di dimissione

Interventi sui processi interni alla struttura in grado nel medio periodo di migliorare i processi di gestione in PS/ricovero/dimissione

- percorsi di fast track per specialità presenti nella azienda
- percorsi di continuità assistenziale multidisciplinare per le reti e le patologie ad alta complessità
- Evoluzione del Bed Management in una funzione Aziendale che integri la gestione dei ricoveri, il flusso del ricovero comprensive delle procedure, il cambio di setting e la componente sociale e il collegamento con le COT territoriali
- percorsi aziendali per la presa in carico diretta da parte delle UO di persone già in cura condizioni di urgenza senza passare per il PS
- Attivazione del “Widen-OBI” mediante assegnazione ai pazienti affetti da patologia specialistica che richiedono un periodo di OBI, posti letto di reparto in relazione alla competenza specialistica all’interno dei reparti
- Percorso aziendale per il fine vita
- Percorsi organici per il trasferimento in CdCA
- **Conoscenza in tempo reale dei posti letto disponibili in ogni momento del giorno e della notte**

Interventi "di sistema" in grado su medio-lungo periodo di migliorare l'appropriatezza nell'accesso, la riduzione dei tempi di turn-over, la riduzione dei tempi di dimissione

- progetto ospedale-territorio proattivo per frequent users e pazienti fragili multicronici
- verifiche trimestrali posti letto programmazione e NSIS
- Preparazione da parte del Coordinamento Regionale di interventi straordinari e temporanei per il periodo *caldi*
- integrazione socio-sanitaria aziendale per la gestione dei casi di interesse sociale
- Ruolo Coordinamento Regionale e Coordinamento Reti presso ARES

“Il Pronto soccorso e la pace sociale”

- *Così come il dissesto idrogeologico favorisce i disastri naturali e le inondazioni, il dissesto sociale sta precarizzando il lavoro, quindi la vita, quindi la salute. Inoltre, rendendo progressivamente più intermittenti e fragili i legami tra le persone, soffoca nella culla la possibilità di un mutuo appoggio che permetterebbe di sopportare meglio le situazioni di disagio acuto e cronico.*
- *In conseguenza di ciò, si sta producendo e mantenendo un dissesto socio-sanitario con una crescente carenza di addetti, spazi e mezzi di comunicazione moderni nel territorio extraospedaliero: questo dissesto sta uccidendo lentamente il PS, che assomiglia ogni giorno di più a una discarica per la raccolta indifferenziata dei rifiuti.*
- *Se il livello di preparazione del personale sanitario del PS non fosse alto come è in realtà, al netto delle eccezioni che rinforzano la regola, questi locali sarebbero diventati da tempo dei veri e propri detonatori sociali. Invece, anche se la raccolta è indifferenziata, chi ci lavora non solo fa diagnosi e terapia medica e infermieristica, ma - viste le premesse di questo discorso - è diventato un servitore della nostra serena convivenza, un servizio di raffreddamento del disagio che ne limita la possibilità di infiammarsi.*
- *Fino a quando durerà la resistenza fisica e psichica di questi servitori della pace civile?»*

Grazie

montimmanuel.1979@gmail.com



Ignaz Semmelweis, 1815-1865