



Il boarding in Pronto Soccorso: impensabile arrendersi, doveroso interrogarsi, imperativo risolvere

*Maria Pia Ruggieri
Direttore UOC Medicina d'Urgenza e PS e
Dipartimento di Emergenza Urgenza
AO San Giovanni Addolorata, Roma*



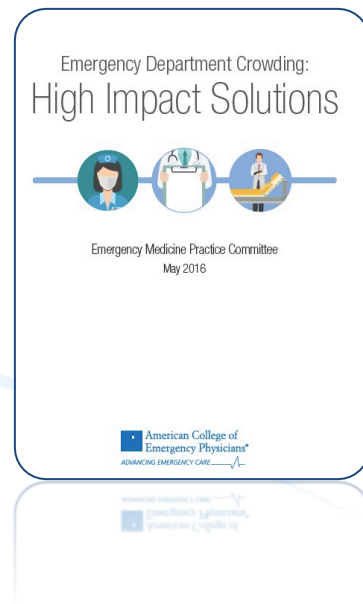
CIO'
CHE
E'
NOTO

Il **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.

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.

A causa della natura non programmata delle emergenze, il sovraffollamento dei PS non sarà probabilmente mai completamente eliminato, ma si possono fare sforzi per mitigare il **boarding** e il **sovraffollamento** legato al boarding



Definition of Boarded Patient

[Ann Emerg Med. 2011;57:548.]

Many emergency departments (EDs) experience critical overcrowding and heavy emergency resource demand, which hampers the delivery of high-quality medical care and compromises patient safety.¹

In order for EDs to continue to provide quality patient care and access to that care, the American College of Emergency Physicians (ACEP) believes a “boarded patient” is defined as a patient who remains in the ED after the patient has been admitted to the facility but has not been transferred to an inpatient unit.

The primary cause of overcrowding is boarding: the practice of holding patients in the ED after they have been admitted to the hospital, because no inpatient beds are available. This practice often results in a number of problems, including ambulance refusals, prolonged patient waiting times, and increased suffering for those who wait, lying on gurneys in ED corridors for hours, and even days, which affects not only their care and comfort but also the primary work of the ED staff taking care of ED patients. When EDs are overwhelmed, their



- aumento della mortalità



Research

Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding

Drew B Richardson

- **aumento della mortalità**

Critical Care Medicine:

June 2007 - Volume 35 - Issue 6 - pp 1477-1483

doi: 10.1097/01.CCM.0000266585.74905.5A

Feature Articles

Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit *

Chalfin, Donald B. MD, MS, FCCM; Trzeciak, Stephen MD, MPH; Likourezos, Antonios MA, MPH; Baumann, Brigitte M. MD, MSCE; Dellinger, R Phillip MD, FCCM; for the DELAY-ED study group

quando la permanenza in PS supera le sei ore prima del ricovero in TI, la mortalità passa da 8,4% a 10,7% così come aumenta la durata media del ricovero in terapia intensiva da 6 a 7 giorni

Internal and Emergency Medicine (2019) 14:109–117

<https://doi.org/10.1007/s11739-018-1881-3>

EM - ORIGINAL

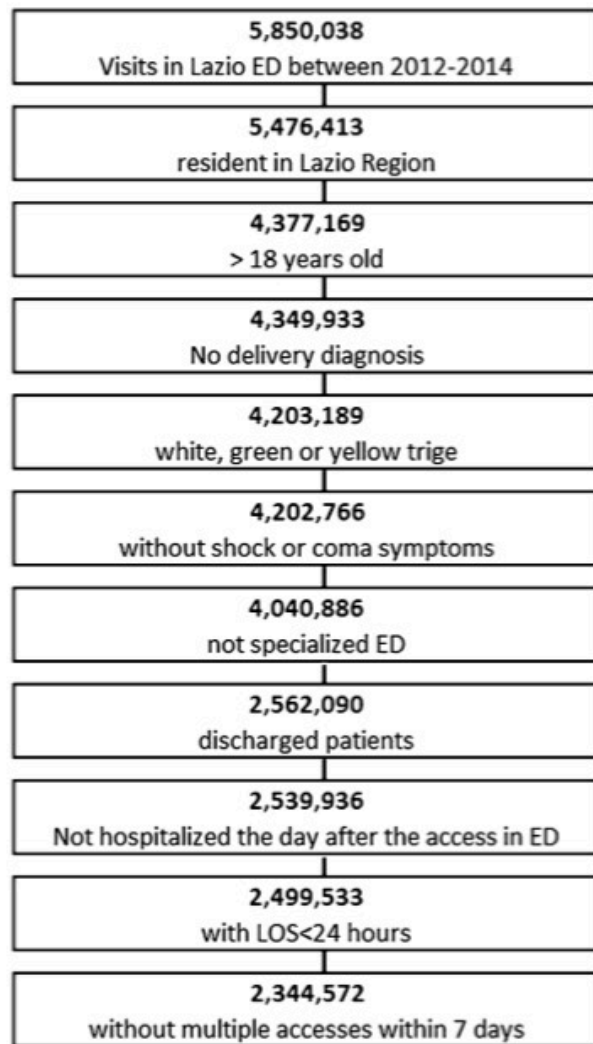


Characteristics of ED crowding in the Lazio Region (Italy) and short-term health outcomes

Francesca Mataloni¹ · Luigi Pinnarelli¹ · Carlo Alberto Perucci² · Marina Davoli¹ · Danilo Fusco¹

Received: 21 June 2017 / Accepted: 18 May 2018 / Published online: 25 May 2018

© The Author(s) 2018



We evaluate the association between ED crowding and short-term mortality and hospitalization in the Lazio region (Italy) using two different measures. A cohort of visits in the Lazio region ED during 2012–2014 was enrolled.

Only discharged patients were selected. **ED crowding was estimated using two measures, length of stay (LOS), and Emergency Department volume (EDV).** LOS was defined as the interval of time from entrance to discharge; EDV was defined at the time of each new entrance in ED. The outcomes under study were mortality and hospitalization within 7 days from ED discharge. A multivariate logistic model was performed (Odds Ratios, ORs, 95% CI).

The cohort includes 2,344,572 visits. ED crowding is associated with an increased risk of **short-term hospitalization** using both LOS and EDV as exposures (LOS 1–2 h: OR = 1.71, 95% CI 1.66–1.76, LOS 2–5 h: OR = 1.38, 95% CI 1.34–1.43, LOS > 5 h OR = 1.45 95% CI 1.40–1.50 compared to patients with 1 h of LOS; EDV 75°–95° percentile: OR = 1.02, 95% CI 0.99–1.05 and EDV > 95° percentile: OR = 1.06, 95% CI 1.01–1.11 compared to patients with a EDV < 75° percentile upon arrival).

Increased risk of **short-term mortality** is found with increasing level of LOS. High levels of EDV at the time of patients' arrival and longer LOS in ED are associated with greater risks of **hospitalization for patients discharged 7 days before**. LOS in ED is also associated with an **increased risk of mortality**.

- **Blocco e/o diversione delle ambulanze**



Quando gli ospedali sono affollati, le ambulanze devono deviare per altri ospedali. Questo può fornire una breve tregua per la struttura, ma si allungano i tempi di stazionamento in ambulanza e questo compromette seriamente gli standard di cura (SCA, ictus, ritardo somministrazione antibiotici e antidolorifici)

Pertanto difficile che un Ospedale sia l'unico a essere affollato: “blackout a rotazione”

- Ritardo nelle cure



Critical Care Medicine:

November 2009 - Volume 37 - Issue 11 - pp 2867-2874

doi: 10.1097/CCM.0b013e3181b02dbb

Feature Articles

Association between timing of intensive care unit admission and outcomes for emergency department patients with community-acquired pneumonia *

Renaud, Bertrand MD; Santin, Aline MD; Coma, Eva MD; Camus, Nicolas MD; Van Pelt, Dave MD, MSc; Hayon, Jan MD; Gurgui, Merce MD; Roupie, Eric MD; Hervé, Jérôme MD; Fine, Michael J. MD, MSc; Brun-Buisson, Christian MD; Labarère, José MD, PhD

- **Sul personale del PS**

Studi internazionali ci dicono che mediamente circa il 40% e più del tempo di lavoro delle equipe di emergenza è speso nella gestione dei pazienti in attesa di un posto letto!



10 set
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S 24 Allarme burnout per i medici: così l'eccessivo carico di lavoro aumenta il rischio clinico

di *Andrea Fontanella (presidente Fadoi); Paola Gnerre, Domenico Montemurro e Carlo Palermo (Fadoi)*

La sicurezza dei pazienti è uno dei punti critici e pertanto uno degli obiettivi prioritari per tutti i sistemi sanitari e rappresenta uno degli elementi centrali per la promozione e la realizzazione delle politiche di governo clinico. Si stima che, nel mondo, circa 98mila pazienti muoiano ogni anno in ospedale a causa di errori medici prevenibili. La maggior parte di questi errori sono conseguenza di processi o condizioni difettose del sistema e tra queste rientra l'eccessivo carico di lavoro degli operatori.



Quando il medico è «fuso»...

Burn out: indica una condizione di **esaurimento emotivo, irrequietezza, apatia, depersonalizzazione e senso di frustrazione** che colpisce prevalentemente gli operatori di professioni ad elevato investimento relazionale come quelli del settore sanitario.

I medici o gli infermieri sottoposti a carichi di lavoro e stress eccessivi iniziano a perdere progressivamente l'empatia fino al raggiungimento della “**morte professionale**”, ossia la completa indifferenza verso la propria professione.

tutto ciò, oltre ad avere degli evidenti effetti drammatici sul piano individuale, ha degli indubbi effetti negativi particolarmente sul piano organizzativo e lavorativo con il calo della qualità del servizio, il calo della performance e **l'aumento dell'assenteismo**.

Effetti sugli operatori

- riduzione della motivazione e della gratificazione
- aumento di incidenza del fenomeno di burn-out
- aumento degli episodi subiti di violenza da parte degli utenti

SPECIAL ARTICLE

Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality

Jack Needleman, Ph.D., Peter Buerhaus, Ph.D., R.N., V. Shane Pankratz, Ph.D.,
Cynthia L. Leibson, Ph.D., Susanna R. Stevens, M.S.,
and Marcelline Harris, Ph.D., R.N.

N ENGL J MED 364;11 NEJM.ORG MARCH 17, 2011

La mortalità aumenta:

- in caso di turni ad organico ridotto
- in caso di turni ad alta movimentazione di pazienti

La letteratura ci dimostra come eccessive ore lavorative oltre ad avere importanti ripercussioni sulla salute dell'operatore (aumentato rischio di puntura accidentale, aumentato rischio di malattie cardiovascolari e metaboliche, eventi cerebrovascolari e patologie neoplastiche, come il tumore della mammella nelle donne).

Eccessive ore lavorative e un eccessivo carico di lavoro specie nel periodo notturno **inducono performance cognitive paragonabili a quelle che si hanno con un tasso alcolemico di 0.4-0.5%.**

Pertanto l'eccessivo carico lavorativo ricade non solo su chi lo subisce ma su tutta la comunità.



COSA C'E' DI NUOVO?

Update

COLLAGE



La gente parla

I CITTADINI





LA SATIRA

1 L'allarme nelle corsie
La carenza di medici
e infermieri, la
mancanza di personale
per il pronto soccorso
e le emergenze
ha portato a un
allarme di livello
alto.

2 Sono poche le nuove leve
La mancanza di medici
e infermieri, la
mancanza di personale
per il pronto soccorso
e le emergenze
ha portato a un
allarme di livello
alto.

3 Boom di richieste
All'aumento degli
spedienti, al
pronto soccorso
e alle emergenze
ha portato a un
allarme di livello
alto.

Pronto soccorso in affanno: rischio blocco per i ricoveri

► Negli ospedali manca fino al 50% dei dottori, molti pazienti senza assistenza
► Oltre alla carenza delle nuove reclute dottori, la corsa alla pensione, 600 nel 2022

IL REPORT

Pochi medici della prima linea, gli ospedali sono in affanno. Si avverte il grave rischio di blocco per i ricoveri durante la giornata con i casi di emergenza. Secondo la Società italiana della medicina di emergenza (Simeu), il pronto soccorso delle periferie è in crisi. In alcune zone, la carenza di medici è del 50%.

I dati Covid

Contagi in aumento: superati i duemila casi. Ancora sopra il fronte della pandemia, secondo i dati della Simeu, il pronto soccorso delle periferie è in crisi. In alcune zone, la carenza di medici è del 50%.

La carenza di medici è del 50% in alcune zone, la corsa alla pensione, 600 nel 2022. La carenza di medici è del 50% in alcune zone, la corsa alla pensione, 600 nel 2022.

La carenza di medici è del 50% in alcune zone, la corsa alla pensione, 600 nel 2022. La carenza di medici è del 50% in alcune zone, la corsa alla pensione, 600 nel 2022.



SIMEU - Società Italiana di Medicina d'Emergenza e Urgenza

-Segui ...

Ringraziamo di cuore #IlariaDAmico che ieri, nella prima puntata del suo nuovo programma "Che c'è di nuovo" su Rai2, ha scelto di parlare di #prontosoccorso e #SSN evidenziandone la gravità delle problematiche.

Un pensiero grato anche a Carmine Gazzanni per il lavoro di indagine che ha aperto una finestra sulle condizioni reali nelle quali i medici e infermieri si trovano ad operare che ha coinvolto anche il Presidente Nazionale #SIMEU, Fabio De Iaco.

Grazie a tutta la redazione per il supporto e lo sforzo volto alla sensibilizzazione. #fieridivoi

#emergenza #urgenza #prontosoccorso in primale
#restiamouniti #insiemece la facciamo
#piusiamomegliofacciamo #orgogliomeu

Sanità24

16 nov 2022



LAVORO E PROFESSIONE

S 24

Emergenza-urgenza, Simeu a salvaguardia di un Ssn universalistico, equo e sostenibile. Il 17 novembre davanti al ministero per un appello a Schillaci

Medici delle coop in ospedale, stretta di Anac: "Regole chiare"

Stefano Rizzi

17:23 Martedì 15 Novembre 2022

Lettera del presidente dell'Anticorruzione ai ministri Schillaci e Giorgetti: serve subito un decreto per mettere ordine. Il ricorso ai gemonisti rischia di far saltare i bilanci. In Piemonte situazione oltre la soglia di guardia. Icardi: "Sistema dai costi esorbitanti"



E il primo freddo manda in crisi il pronto soccorso

di Clemente Pirelli

Quanto vola il Covid non c'entra, il pronto soccorso degli ospedali del centro-sud sta già vivendo una crisi. La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

1 Nuova emergenza

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

2 4277

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

3 806

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

4 789

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.



La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

5 789

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

6 789

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

7 789

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

8 789

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

9 789

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

10 789

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

11 789

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

12 789

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

13 789

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

14 789

La carenza di medici e infermieri, la mancanza di personale per il pronto soccorso e le emergenze ha portato a un allarme di livello alto.

.....e ancora:

- ✓ Comunicazione SIMEU
- ✓ Documenti nazionali SIMEU
(proposte, policy statement, ...)
- ✓ Relazioni SIMEU con Ministero Salute
- ✓ Documenti regionali SIMEU



OLTRE AL BOARDING PULITO.....



BOARDING SPORCO



FUGA DEI PROFESSIONISTI MEDICI ED INFERMIERI (FIDELITY)



**MANCANO nel sistema
dell'Emergenza:**

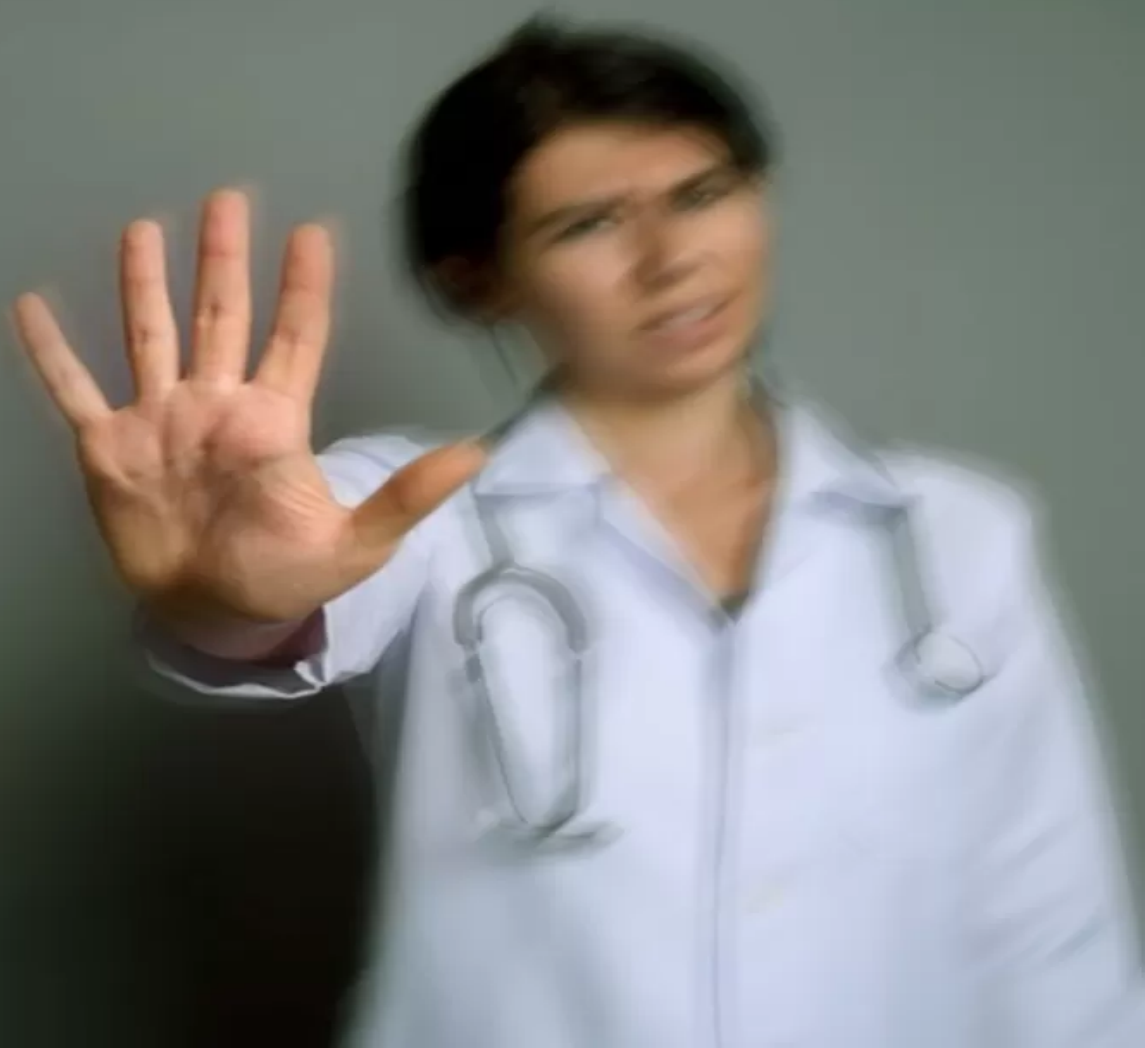
- ✓ **5000 medici**
- ✓ **12000 infermieri**

VOCACY DEGLI SPECIALISTI MEU



50% posti
specializzazione MEU
vacanti

AUMENTO AGGRESSIONI



A close-up, low-angle shot of the head of a wooden gavel. The gavel is made of dark, polished wood with a prominent grain. A cylindrical metal band, likely brass, is wrapped around the center of the head. The lighting is dramatic, coming from the side, highlighting the textures of the wood and the metallic sheen of the band. The background is dark and out of focus.

**AUMENTO
CONTENZIOSO**

QUALI SOLUZIONI?



SIMEU

Policy Statement

Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU il 07/11/2015

SOVRAFFOLLAMENTO DEI PRONTO SOCCORSO



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

*LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL
PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO
IN PRONTO SOCCORSO*

Agosto 2019

Fattore «OUTPUT»

- Definizione di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica, quotidianamente a disposizione del Pronto Soccorso, al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio.
- Implementazione di un cruscotto in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili o che si renderanno disponibili in tempi brevi.
- Pianificazione di un numero di dimissioni medio pari al bisogno quotidiano del Pronto Soccorso, anche attraverso il monitoraggio della durata di degenza dei pazienti.
- Definizione di modalità che garantiscano la possibilità di dimissione dai reparti anche nei giorni prefestivi e festivi, soprattutto a ridosso del fine settimana, almeno per quei pazienti che dispongano già o non richiedano un percorso di presa in carico a livello territoriale.
- Adozione di specifiche procedure organizzative aziendali e interaziendali che garantiscano il rapido *back transfer* dei pazienti dai centri *Hub* di riferimento ai centri *Spoke*, con l'obiettivo prioritario di decongestionare i centri a maggior afflusso di pazienti.
- Definizione di accordi di rete con i presidi ospedalieri e/o cliniche, che non hanno ruolo nella rete dell'emergenza-urgenza, per la disponibilità di posti letto per acuti e per post-acuti.
- Istituzione della stanza/area di ricovero ("*Admission Room*"), aree dell'ospedale ed esterne al Pronto Soccorso, dedicate ai pazienti in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria da utilizzare nel caso di grave sovraffollamento.

- Definizione di percorsi che consentano, nelle situazioni più gravi, di rendere operativa la possibilità di ricovero in altro presidio ospedaliero, previa verifica della reale disponibilità del Posto Letto, e senza interferire significativamente con l'attività di accettazione dell'altro Pronto Soccorso / Ospedale.
- Definizione di percorsi ambulatoriali post-Pronto Soccorso per la presa in carico del paziente al fine di garantire una dimissione sicura e una minore percentuale di re-ingressi in Pronto Soccorso.
- Ove non presente, si ritiene funzionale procedere alla implementazione del programma informatico gestionale di Pronto Soccorso che consenta la visualizzazione in tempo reale di Posti Letto (ordinari e di terapia intensiva).
- Blocco temporaneo dei ricoveri programmati o non urgenti per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento.

Piano di Gestione del Sovraffollamento

- indicatori per la corretta rilevazione del fenomeno
- definizione delle relative soglie di criticità e di tempestive modalità di risposta, proporzionate ai livelli di criticità rilevata per facilitare le fasi di processo e di ricovero evitando incongrui e disagiati stazionamenti di pazienti all'interno del Pronto Soccorso

(Ministero della Salute, Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in PS, 2018)

Responsabilità

Presso la Direzione Sanitaria viene individuata una funzione aziendale di “facilitazione dell’attività di ricovero in emergenza-urgenza”, attribuita a personale debitamente formato e munito di adeguata esperienza e competenza in materia. Tale funzione di facilitazione opera in sinergia con il Dipartimento di Emergenza Urgenza e la Direzione Ospedaliera e garantisce stretta connessione con le altre funzioni deputate alla gestione dei flussi dei pazienti (Bed Manager, centrale dimissioni e trasporti, ecc.)

Uso di Indicatori

Tempi di processo: arrivo – triage / triage –
visita / visita – decisione / decisione – ricovero

Pazienti che si allontanano prima della visita

Pazienti in sala d'attesa

Pazienti in PS / pazienti critici in PS

Pazienti in attesa di ricovero

Scores integrati – NEDOCS – CEDOCS – SONET



Interventi

PROATTIVI

- Ridistribuzione posti letto
- Garanzia di n° minimo di letti giornaliero

REATTIVI

- Attivazione di risorse aggiuntive in PS
- Aumento della capacità interna degli ospedali (letti bis - barelle dei reparti)
- Rimodulazione delle attività, con eventuale limitazione di quelle elettive
- Reperimento di strutture per lungodegenza e continuità assistenziale

Soglie

Soglie per i PS/DEA:

- n° massimo di pazienti in attesa di ricovero (da definire per ogni presidio)
- n° massimo di ore consecutive con NEDOCS sopra il livello di affollamento / grave affollamento / grave affollamento pericoloso

Soglie per le strutture di ricovero:

- n° massimo di barelle / letti bis (da definire per ogni presidio e per ogni struttura)

Implementazione PGS

- BED MANAGEMENT
- CRUSCOTTO LETTI
- DISCHARGE ROOM
- HOLDING AREA
-

- ✓ Sono stati implementati dei piani dalle Regioni?
- ✓ Se SI, hanno risolto il boarding in PS?



	Regione	Documento Regionale Overcrowding	Risultato effettivo
1	Abruzzo	No	No
2	Molise	No	No
3	Sicilia	No	No
4	Piemonte	Si	Minimi effetti
5	Umbria	No	No
6	FVG	No	No
7	Campania	No	Iniziative di alcuni ospedali
8	Veneto	Si	70-80%
9	Trentino FVG	Si	70-80%
10	Toscana	No	Iniziative di alcuni ospedali
11	Basilicata	No	No
12	Liguria	Si	No
13	Lombardia	Si	Minimi effetti
14	Sardegna	No	No
15	Puglia	No	No (solo FG)
16	Emilia Romagna	Si	No
17	Lazio	Si	No (solo AOSCF)
18	Calabria	No	No
19	Marche	Si	20-30%

Implementazione Modello MeCAU

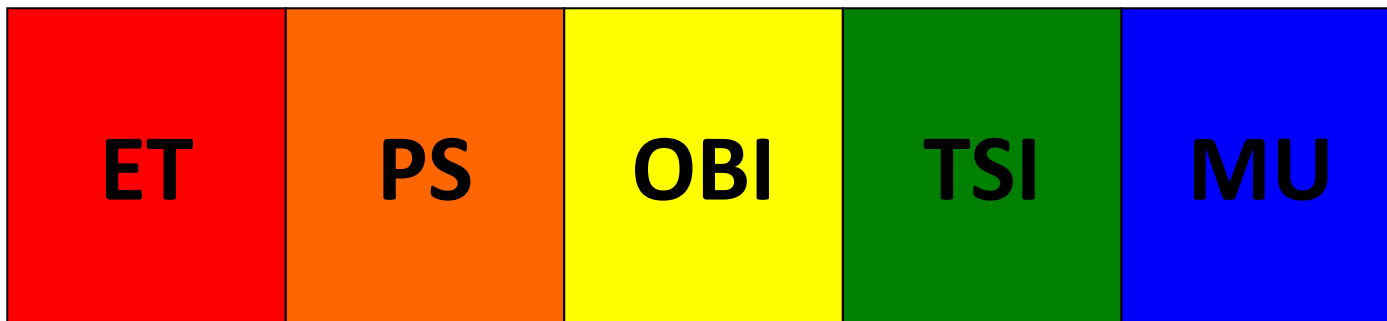
EMERGENZA
TERRITORIALE

PRONTO
SOCCORSO

OSSERVAZIONE
BREVE INTENSIVA

TERAPIA SUB-
INTENSIVA

MEDICINA
D'URGENZA





P. Caporaletti
B. Epifani
D. Sicolo
G. Ricciuto
D. Marin

....grazie !



made with
flixier



GRAZIE



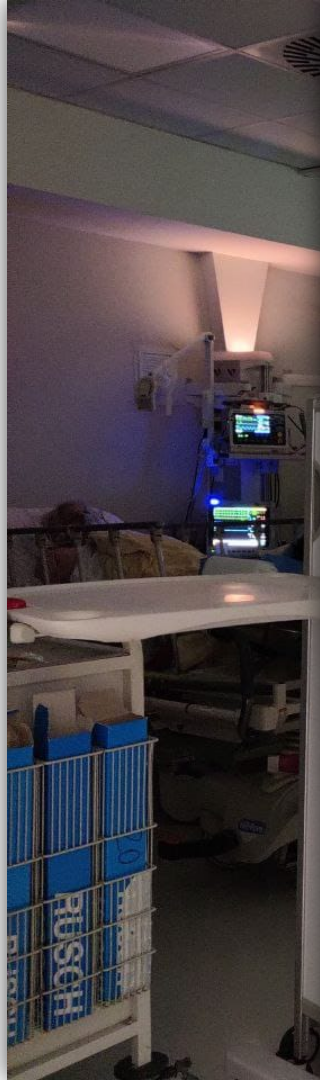
GLI OPERATORI SANITARI











**“E' bello poter far
vedere il futuro agli
altri in momenti in cui
a loro sembra che il
futuro non ci sia più.”**

Grazie !



Bebe Vio