XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

Pazienti che si allontanano prima della visita

Beniamino Susi Sabina Guarino

Policlinico Tor Vergata

ROMA

LWBS (LEAVE WITHOUT BEING SEEN)

NRC

Again Medical Advice
Si allontana

Rifiuto Ricovero

XI congresso nazionale
simeu
ROMA 24-26 MAGGIO 2018

Rischio clinico
Indicatore efficienza Ps
Responsabilità medico legali
Ricadute economiche
Danno immagine

Missed opportunities for the Ed and health care system

Ding Academic Emergency Medicine vol 14,n.10,870-76,2007

Molte cause fenomeno da studiare

Molti studi, pochi europei e ancora meno italiani

Range variabile:da 0 a 15% (Veneto 13.4% Saia J Com Med 2017)
Maschi
Bassa priorità
Non trauma
Lunga attesa per visita
Ospedali urbani e di insegnamento Hsia Ann Emer M vol 58,2011
Sovraffollamento
Pomeriggio-sera
Lunedi
Arrivo autonomo
Ritorno al ps entro 48 H Moshin Emer Med J vol 24,2007
Fattori socio economici

Aumento rischio mortalita' e morbidità
Garland Can Med Ass J vol 185, 2013

Basso rischio complicazioni

Pham Acad Emerg Med oct 2009,vol 16,n.10

XI congresso nazionale simeu
ROMA 24-26 MAGGIO 2018

MEDDOCS
Open Access Publisher

Journal of Community Medicine

Open Access | Research Articl

Emergency department patients who leave without being seen (LWBS): A population-based study in Veneto region, Italy

Mario Saia[1]; Marco Fonzo[2]*

[1]Medical Directorate, Local Health Unit n. 6, St. Anthony Hospital, Italy

[2]University of Padua, Department of Molecular Medicine, Padua, Italy

National Study of Patient, Visit, and Hospital Characteristics Associated With Leaving an Emergency Department Without Being Seen: Predicting LWBS

Julius Cuong Pham, MD, PhD, George K. Ho, MD, Peter M. Hill, MD, Melissa L. McCarthy, ScD, and Peter J. Pronovost, MD, PhD

A New Look at Leaving Without Being Seen in EDs

by Physicians Weekly | Mar 27, 2012 | 2 comments

A new study suggests that various interventions can be targeted toward certain at-risk hospitals to improve access to emergency care in order to reduce rates of patients leaving the ED without being seen by physicians.

Waiting Room Rounding to Decrease LWBS

Katrina L. Alldrin, *University of San Francisco* Follow

Date of Graduation
Spring 5-15-2017

Document Type
Restricted Project/Capstone - USF access only

Degree Name
Master of Science in Nursing (MSN)

College/School
School of Nursing and Health Professions

To
fro
ha
an
for

Clinical Nurse Leader as Outcomes Manager in the Emergency Department: Redesigning the Triage Process to Reduce the Left Without Being Seen (LWBS) Rate

Jacqueline Esquerra, *University of San Francisco* Follow

Date of Graduation
Summer 8-9-2017

Document Type
Restricted Project/Capstone - USF access only

Degree Name
Master of Science in Nursing (MSN)

College/School
School of Nursing and Health Professions

First Advisor
Dr. Mary Seed

EVIDENCE-BASED PRACTICE

Evaluating Left Without Being Seen and Against Medical Advice Departures in a Rural Emergency Department

Author: Caroline Cusick Vierheller, MSN, BA, RN, CEN, COHN-S, Rocky Mount, NC
Section Editor: Nancy McGowan, RN, PhD

West J Emerg Med. 2015 Sep;16(5):611-8. doi: 10.5811/westjem.2015.7.25878. Epub 2015 Oct 20.

Identifying Patient Door-to-Room Goals to Minimize Left-Without-Being-Seen Rates.

Pielsticker S[1], Whelan L[2], Arthur AO[1], Thomas S[3].

BMJ Open. 2018 Apr 19;8(4):e019744. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019744.

Can interprofessional teamwork reduce patient throughput times? A longitudinal single-centre study of three different triage processes at a Swedish emergency department.

Liu J[1], Masiello I[1], Ponzer S[1], Farrokhnia N[1].

⊕ Author information

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed

Advanced

Format: Abstract

Send to

CJEM. 2017 Sep;19(5):347-354. doi: 10.1017/cem.2016.375. Epub 2016 Oct 3.

A comparative study of patient characteristics, opinions, and outcomes, for patients who leave the emergency department before medical assessment.

Fraser J[1], Atkinson P[2], Gedmintas A[1], Howlett M[1], McCloskey R[1], French J[1].

Author information

Abstract

OBJECTIVE: The emergency department (ED) left-without-being-seen (LWBS) rate is a performance indicator, although there is limited knowledge about why people leave, or whether they seek alternate care. We studied characteristics of ED LWBS patients to determine factors associated with LWBS.

METHODS: We collected demographic data on LWBS patients at two urban hospitals. Sequential LWBS patients were contacted and surveyed using a standardized telephone survey. A matched group of patients who did not leave were also surveyed. Data were analysed using the Fisher exact test, chi-square test, and student t-test.

RESULTS: The LWBS group (n=1508) and control group (n=1504) were matched for sex, triage category, recorded wait times, employment and education, and having a family physician. LWBS patients were younger, more likely to present in the evening or at night, and lived closer to the hospital. A long wait time was the most cited reason for leaving (79%); concern about medical condition was the most common reason for staying (96%). Top responses for improved likelihood of waiting were shorter wait times (LWBS, 66% control, 31%) and more information on wait times (41%; 23%). A majority in both groups felt that their condition was a true emergency (63%; 72%). LWBS patients were more likely to seek further health care (63% v. 28%; p<0.001) and sooner (median time 1 day v. 2-4 days; p=0.002). Among patients who felt that their condition was not a true emergency, the top reason for ED attendance was the inability to see their family doctor (62% in both groups).

CONCLUSION: LWBS patients had similar opinions, experiences, and expectations as control patients. The main reason for LWBS was waiting longer than expected. LWBS patients were more likely to seek further health care, and did so sooner. Patients wait because of concern about their health problem. Shorter wait times and improved communication may reduce the LWBS rate.

KEYWORDS: left without being seen (LWBS); triage; wait times

Overcrowding/boarding → Dimensionamento staff

Problematiche medico legali:

Libera scelta/posizione di garanzia; per esserci responsabilità ci deve essere prevedibilità e prevenibilità

Abbandono incapace art 591 CP

Remissione economica *Guarisco AAEM NEWS set/oct 2013*

GIPSE

- STRUMENTO INFORMATICO DI SUPPORTO AL PS,SEGUE TUTTO IL PERCORSO DEL PAZIENTE,CONTIENE LE INFORMAZIONI OBBLIGATORIE
- INFORMATIZZAZIONE EMERGENZA DEL LAZIO
- AUTOMAZIONE FLUSSI INFORMATIVI
- OMOGENEITÀ DI GESTIONE NELLA REGIONE

DEA I LIVELLO 45000 accessi anno
HUB
CTZ
SPDC
Quadrante SE di Roma
NO OSTETRICIA-PEDIATRIA

BOX MEDICO G
BOX MEDICO V/B *
BOX CHIRURGICO
BOX ORTOPEDICO
SALA ROSSA
AREA STAZIONAMENTO
FAST TRACK

GEN 2017/2018

Atti VII cong nazionale SIMEU Rimini 2010

2017

Intervallo temporale di selezione: 01/01/2017 - 31/01/20

Condizioni

Priorita al Triage

Livello di priorità al triage	N. pazienti	% pazienti
Rosso: Soggetto in condizoni d	276	7,3%
Giallo: Soggetto in condizioni	1221	32,5%
Verde: Soggetto in condizioni c	1953	51,9%
Bianco: Soggetto che non pres	254	6,8%
Non eseguito	57	1,5%
Totale	**3761**	**100,0%**

79 rivalutati(15%)

Esito Intervento

Esito finale	N.	%
Giunto cadavere	3	0,1%
A domicilio	1462	38,9%
Inserito per errore	20	0,5%
Ricoverato	856	22,8%
Trasferito	97	2,6%
Trasferito al PS Richiedente	8	0,2%
Deceduto in P.S.	26	0,7%
Rifiuta ricovero	372	5,5%
Non risponde a chiamata	511	13,6%
Paziente si allontana spontaneamente	55	1,5%
Dimissione a strutture ambulatoriali	350	9,3%
Totale	**3760**	**100,0%**

2018

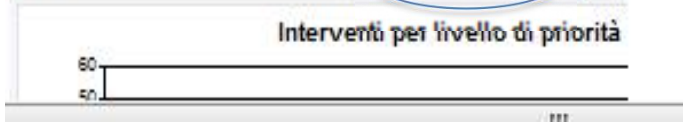
33 rivalutati (9,24%)

Intervallo temporale di selezione: 01/01/2018 - 31/01/2018

Condizioni

Priorita al Triage

Livello di priorità al triage	N. pazienti	% pazienti
Rosso: Soggetto in condizoni d	236	5,7%
Giallo: Soggetto in condizioni	1183	28,5%
Verde: Soggetto in condizioni c	2423	58,3%
Bianco: Soggetto che non pres	281	6,8%
Non eseguito	34	0,8%
Totale	**4157**	**100,0%**



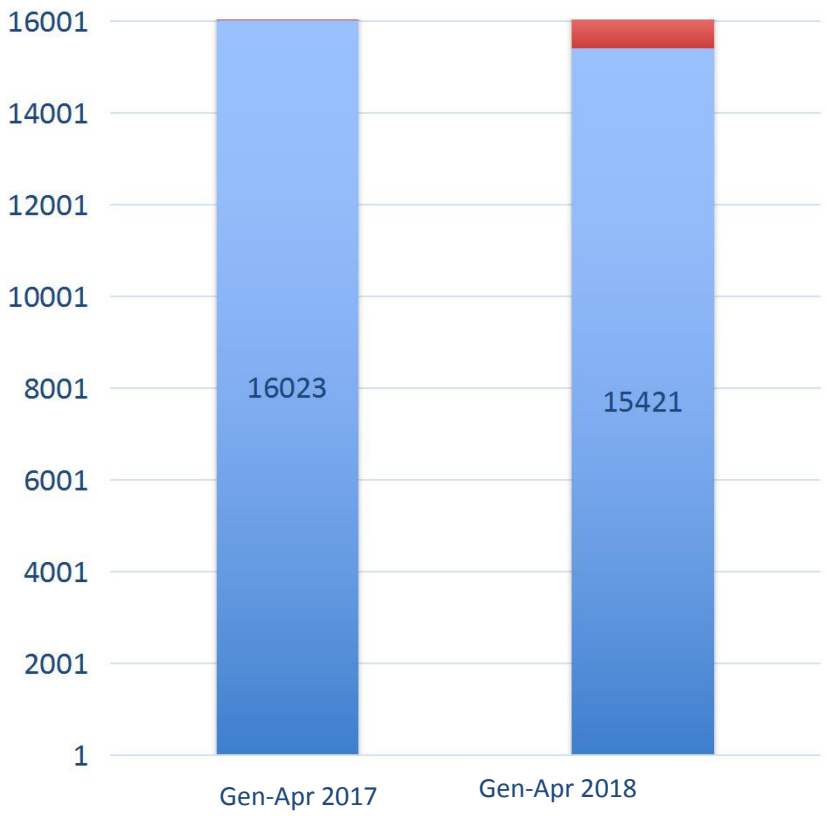
Intervallo temporale di selezione: 01/01/2018 - 31/01/2018

Condizioni

Esito Intervento

Esito finale	N.	%
Giunto cadavere	1	0,0%
A domicilio	1544	37,1%
Inserito per errore	24	0,6%
Ricoverato	872	21,0%
Trasferito	104	2,5%
Trasferito al PS Richiedente	16	0,4%
Deceduto in P.S.	32	0,8%
Rifiuta ricovero	444	10,7%
Non risponde a chiamata	357	8,6%
Paziente si allontana spontaneamente	67	1,6%
Dimissione a strutture ambulatoriali	696	16,7%
Totale	**4157**	**100,0%**

NON RISPONDE A CHIMATA 2017-2018



BOX MEDICO

2017

1843 p (50.33%)
NRC 18.8%

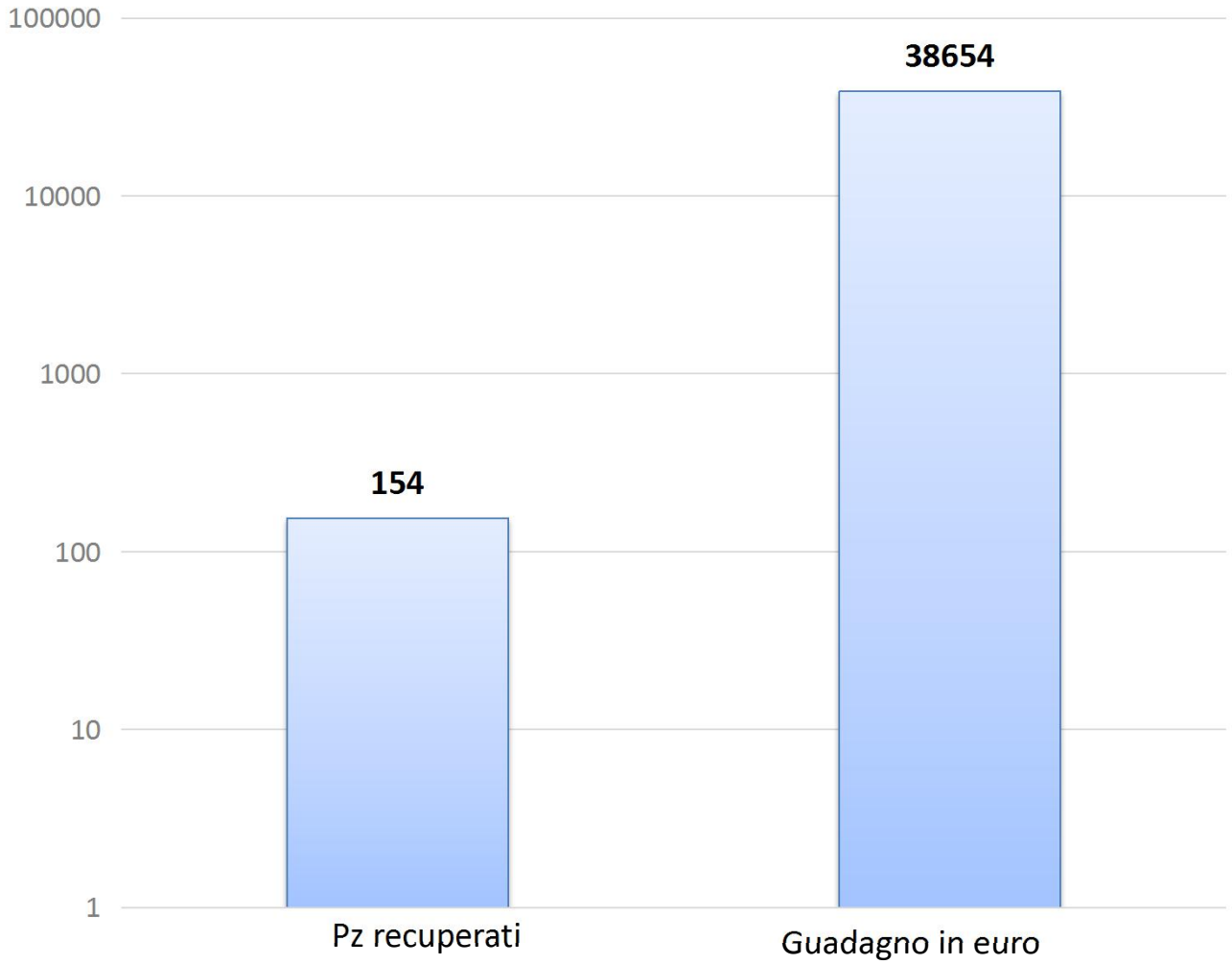
Attesa G 66’
V 290’
B 523’

2018

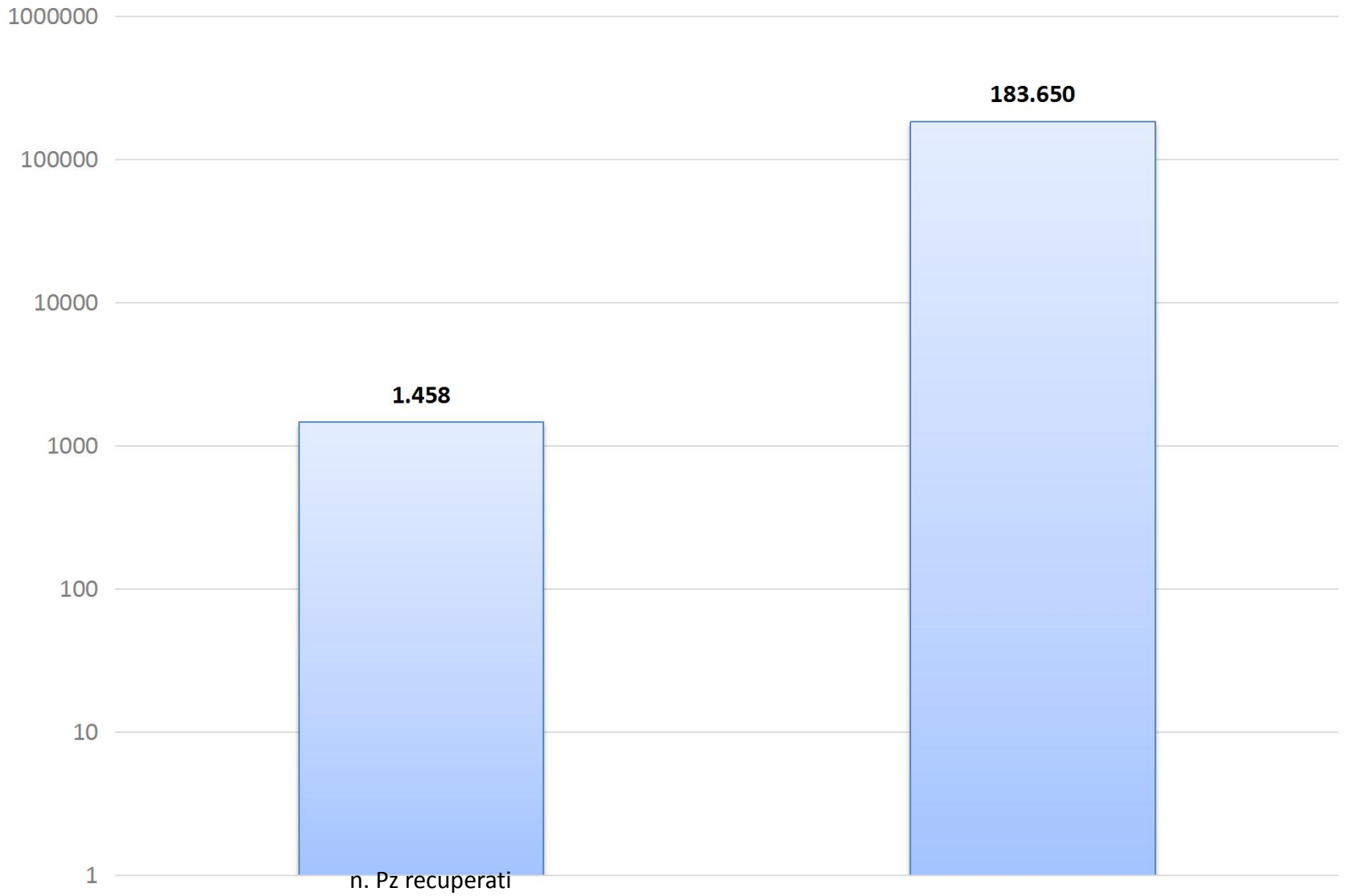
1996 p(48%)
NRC 8.2%

Attesa G 44’
V 133
B 351’

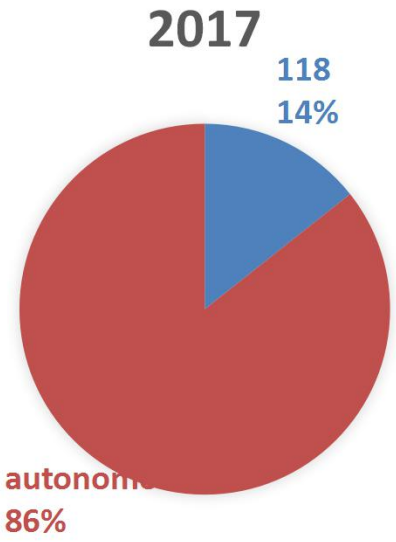
NON RISPONDE A CHIAMATA GEN-GEN 2017-2018

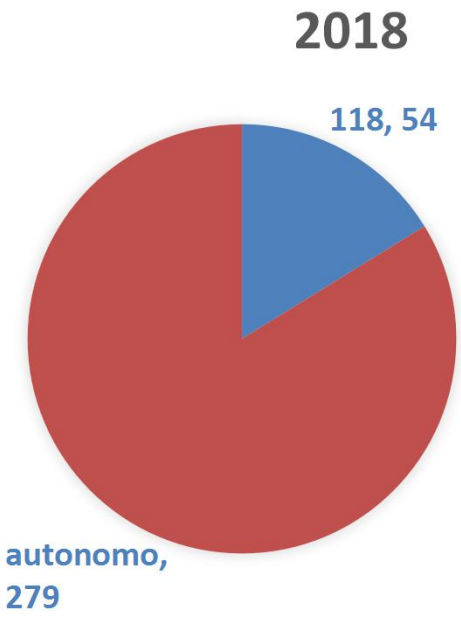


NON RISPONDE A CHIAMATA GEN-APR 2017-2018

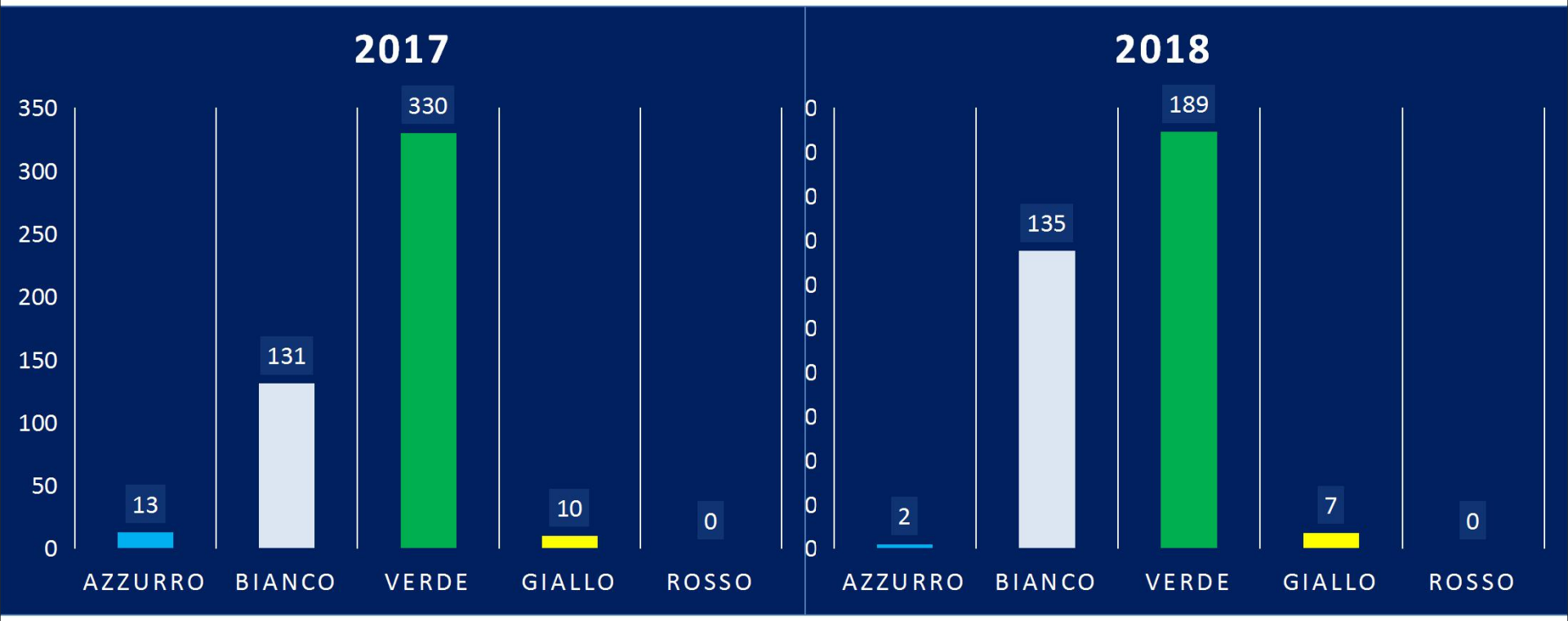


MODALITA’ DI TRASPORTO

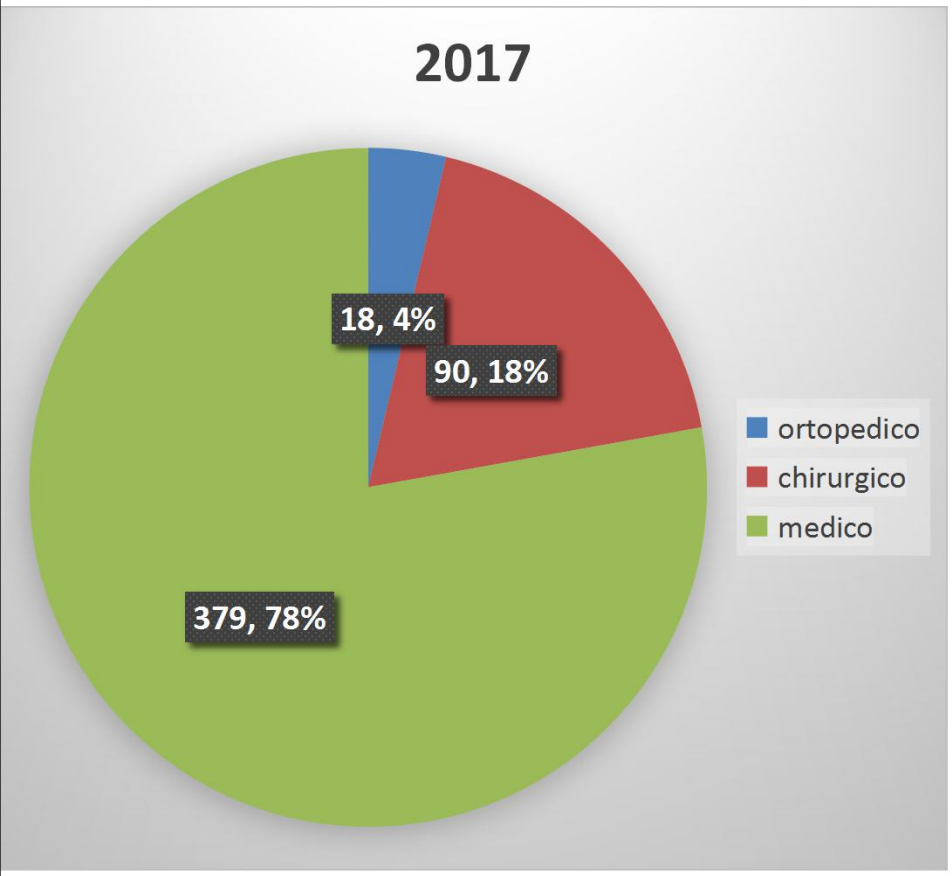


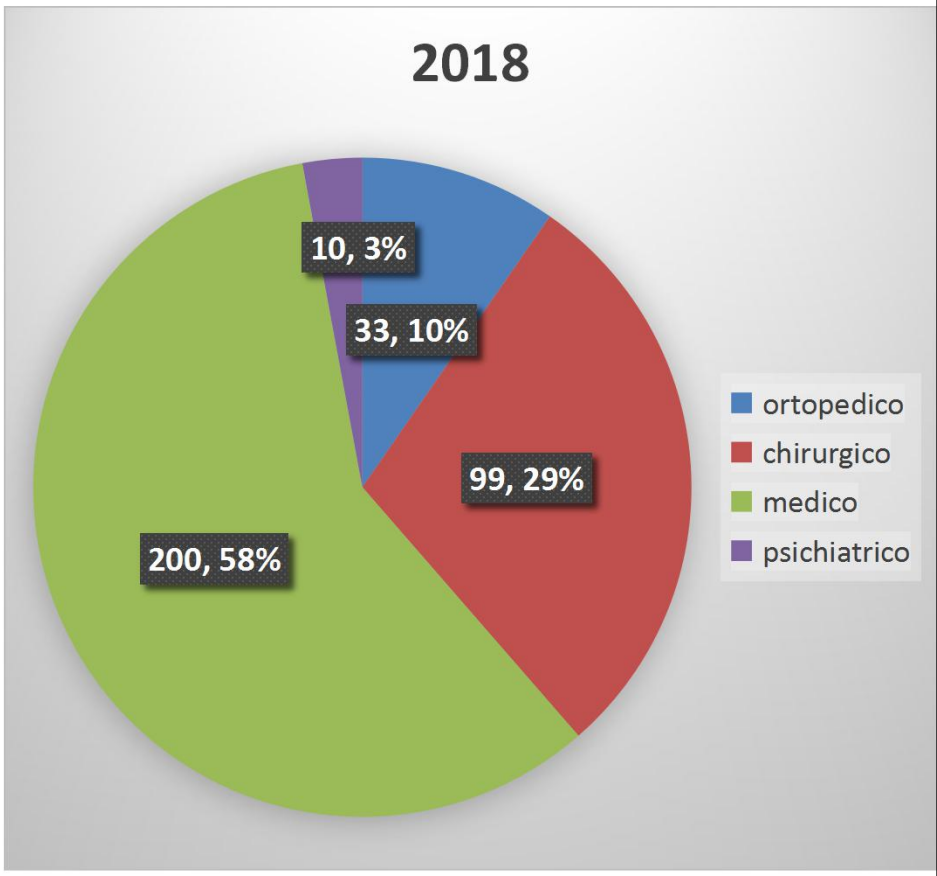


CODICE COLORE

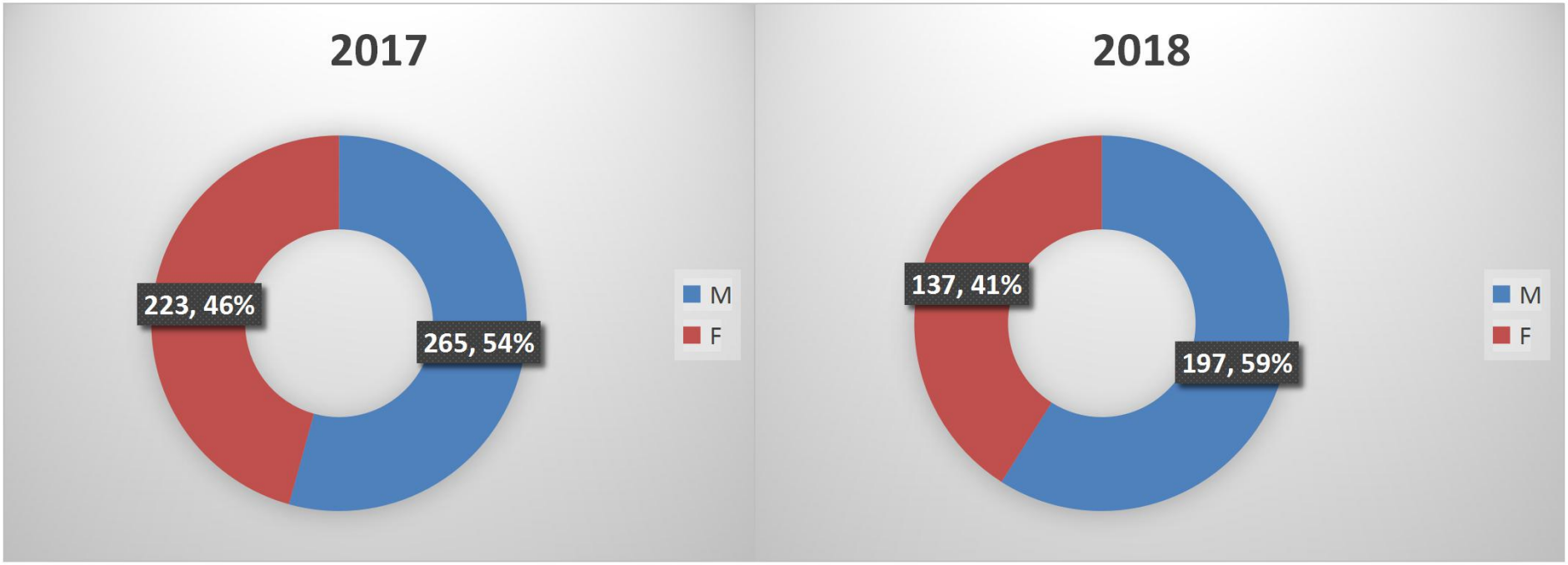


BOX

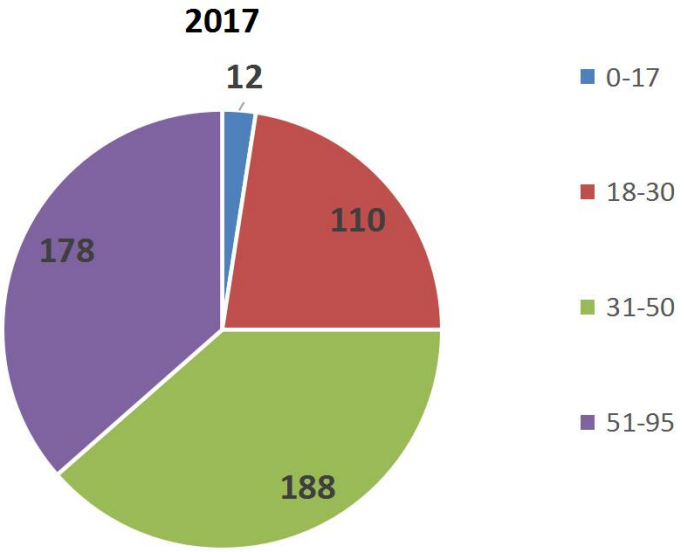

2017
18, 4%
90, 18%
379, 78%
ortopedico
chirurgico
medico

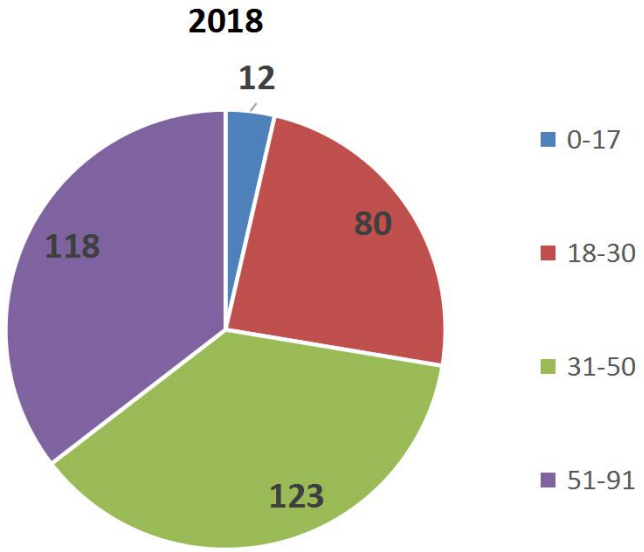

2018
10, 3%
33, 10%
99, 29%
200, 58%
ortopedico
chirurgico
medico
psichiatrico

SESSO

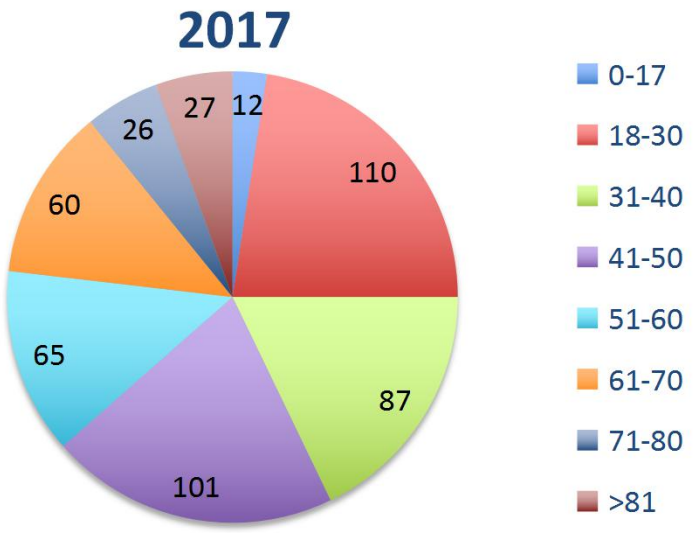


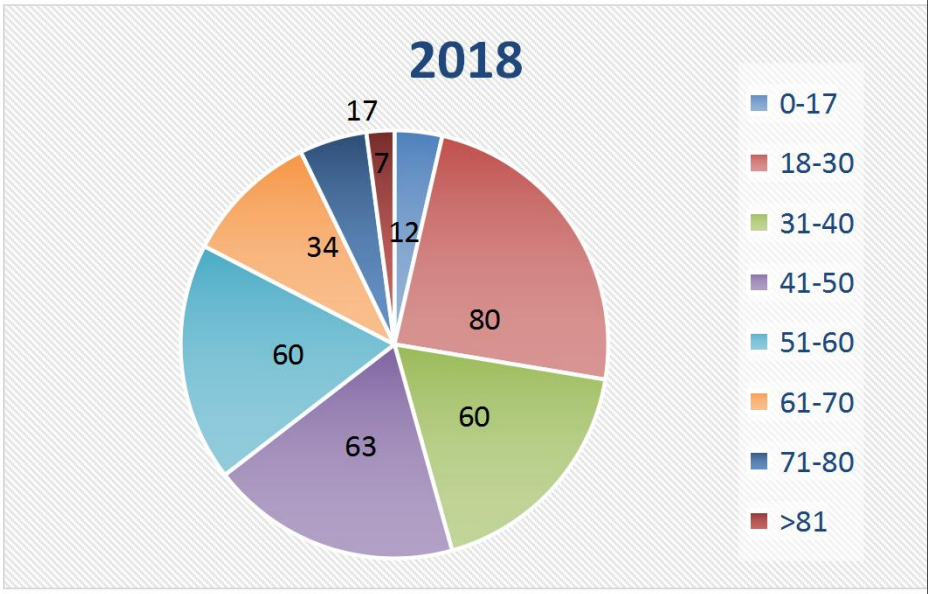
FASCE D'ETA'


2017
12
110
178
188
0-17
18-30
31-50
51-95

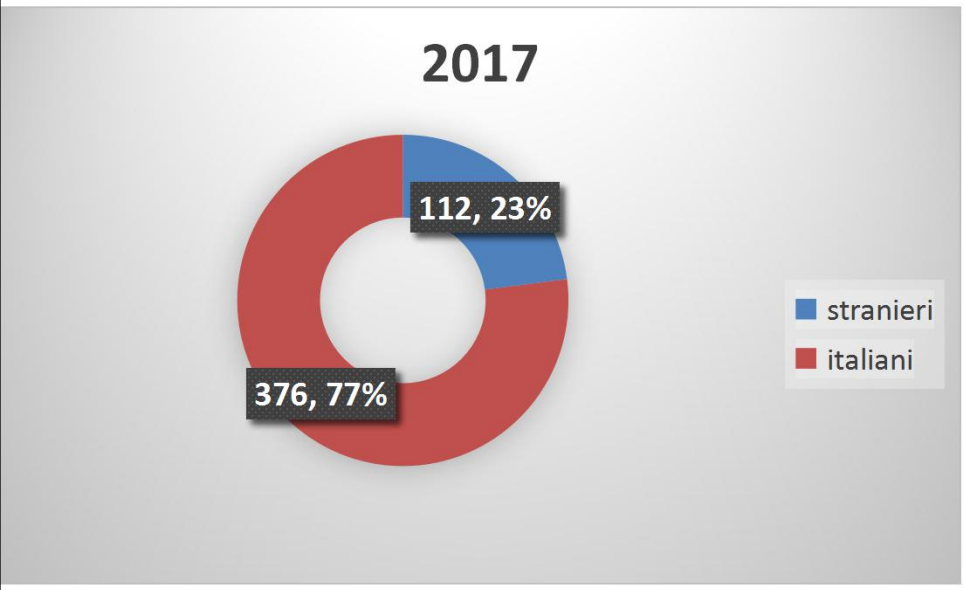

2018
12
80
118
123
0-17
18-30
31-50
51-91

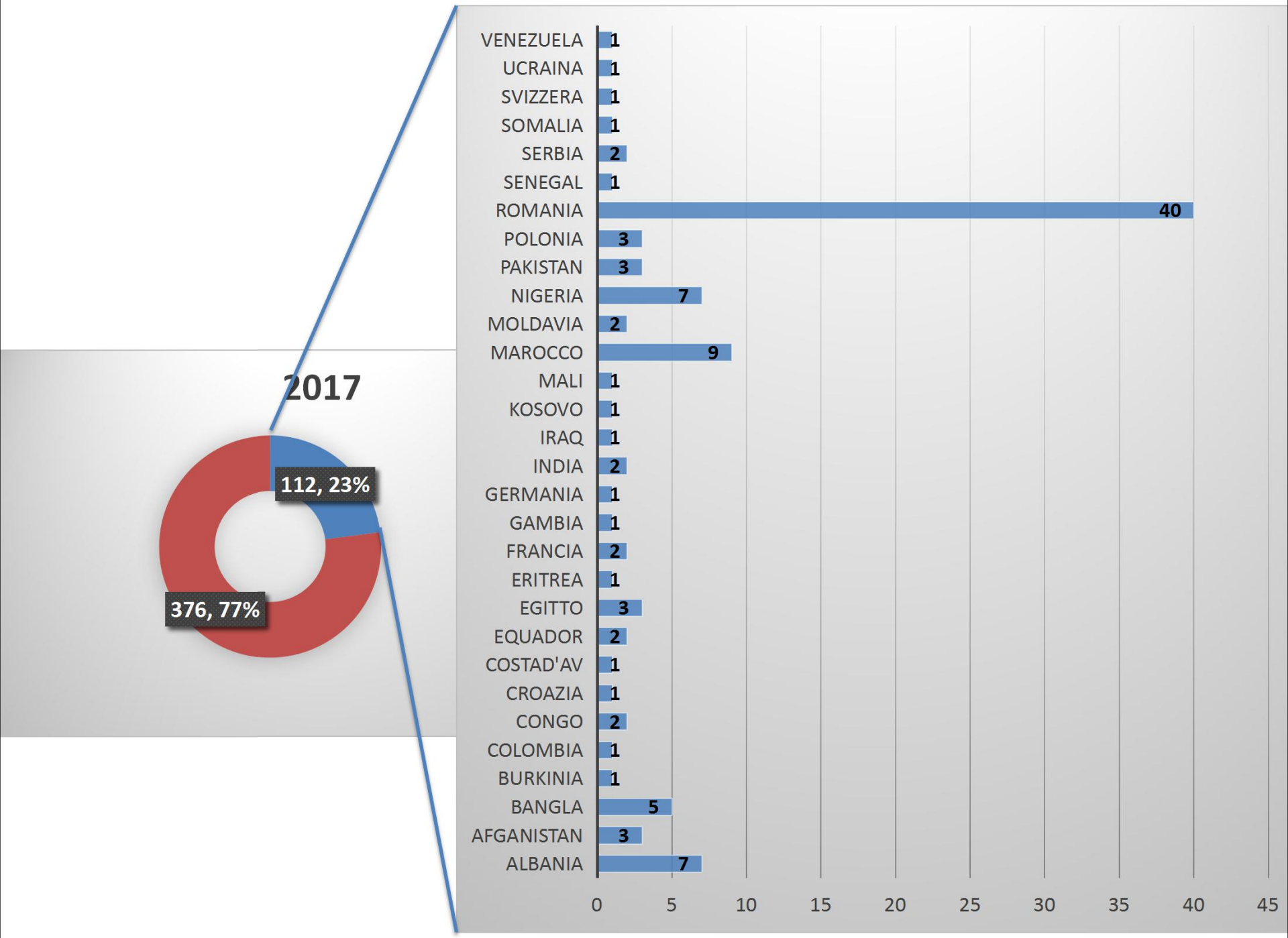
FASCE D'ETA'


2017
12
110
87
101
65
60
26
27
0-17
18-30
31-40
41-50
51-60
61-70
71-80
>81

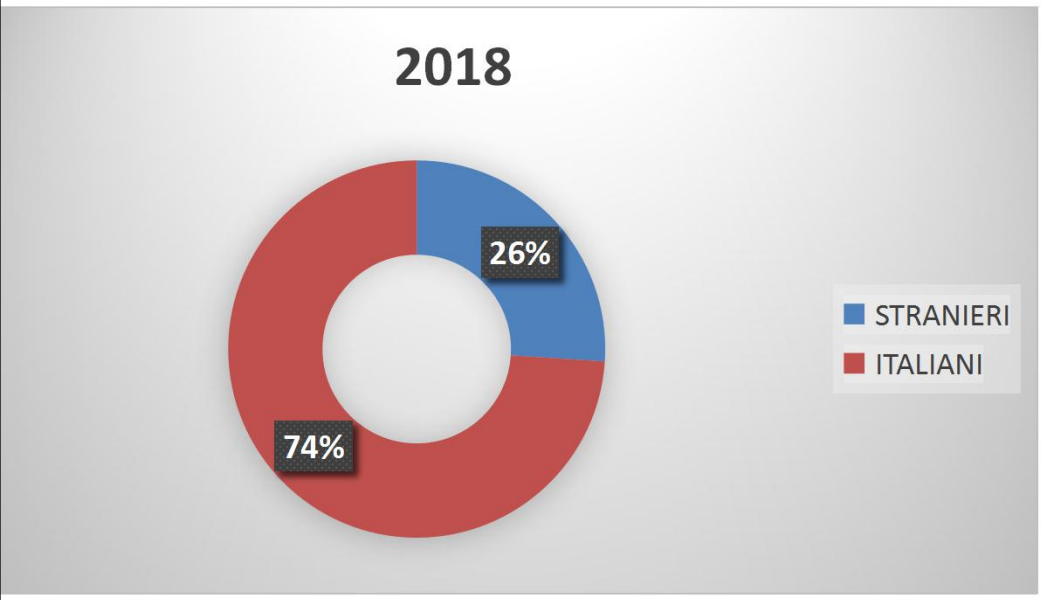

2018
12
80
60
63
60
34
17
7
0-17
18-30
31-40
41-50
51-60
61-70
71-80
>81

NAZIONALITA’

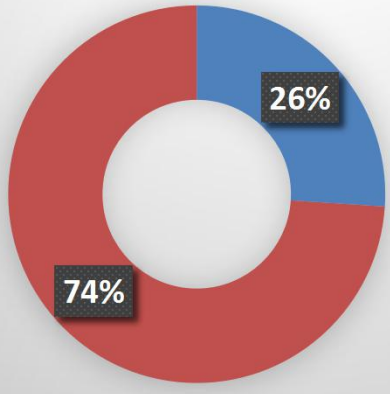


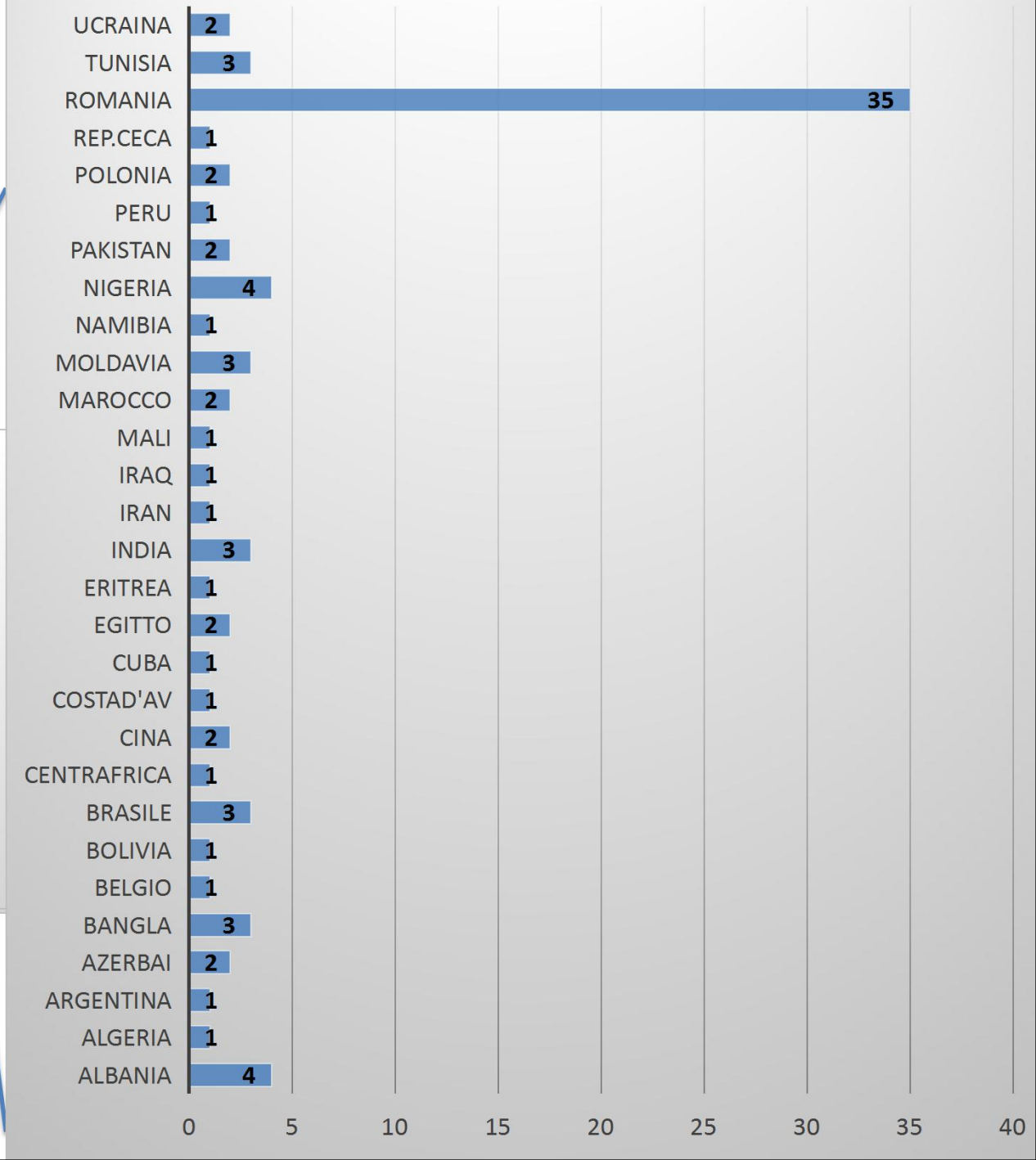

2017
112, 23%
376, 77%
VENEZUELA 1
UCRAINA 1
SVIZZERA 1
SOMALIA 1
SERBIA 2
SENEGAL 1
ROMANIA 40
POLONIA 3
PAKISTAN 3
NIGERIA 7
MOLDAVIA 2
MAROCCO 9
MALI 1
KOSOVO 1
IRAQ 1
INDIA 2
GERMANIA 1
GAMBIA 1
FRANCIA 2
ERITREA 1
EGITTO 3
EQUADOR 2
COSTAD'AV 1
CROAZIA 1
CONGO 2
COLOMBIA 1
BURKINIA 1
BANGLA 5
AFGANISTAN 3
ALBANIA 7
0 5 10 15 20 25 30 35 40 45

NAZIONALITA’

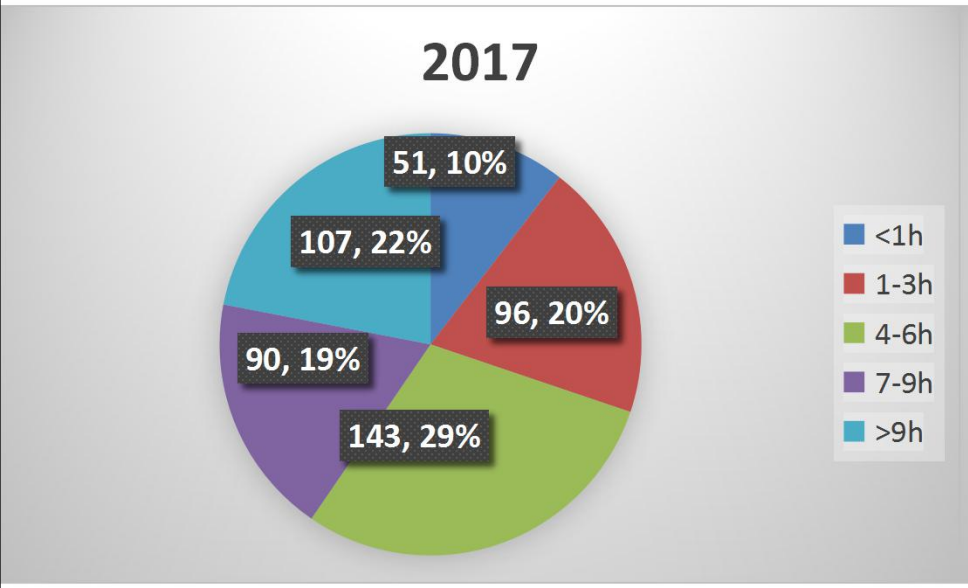


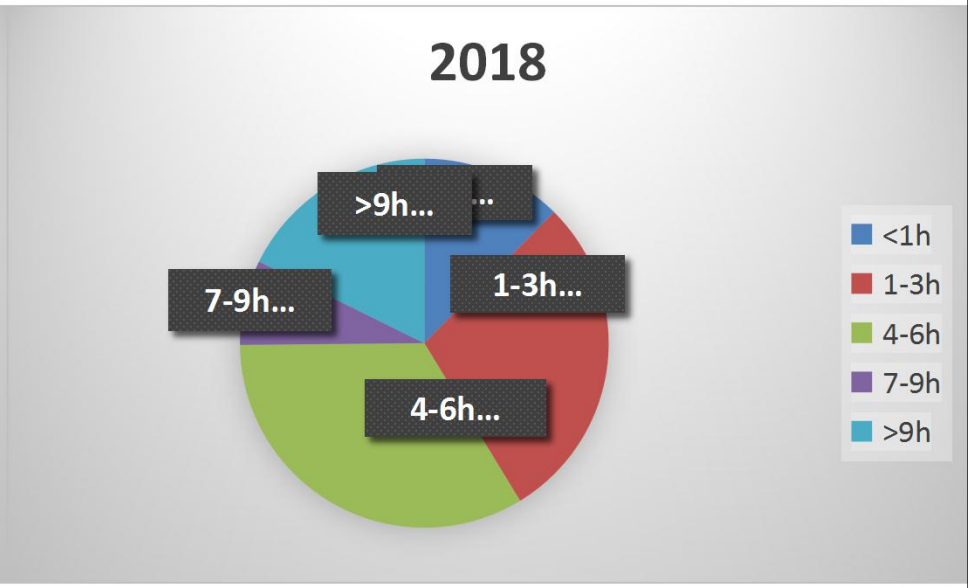
2018


26%
74%

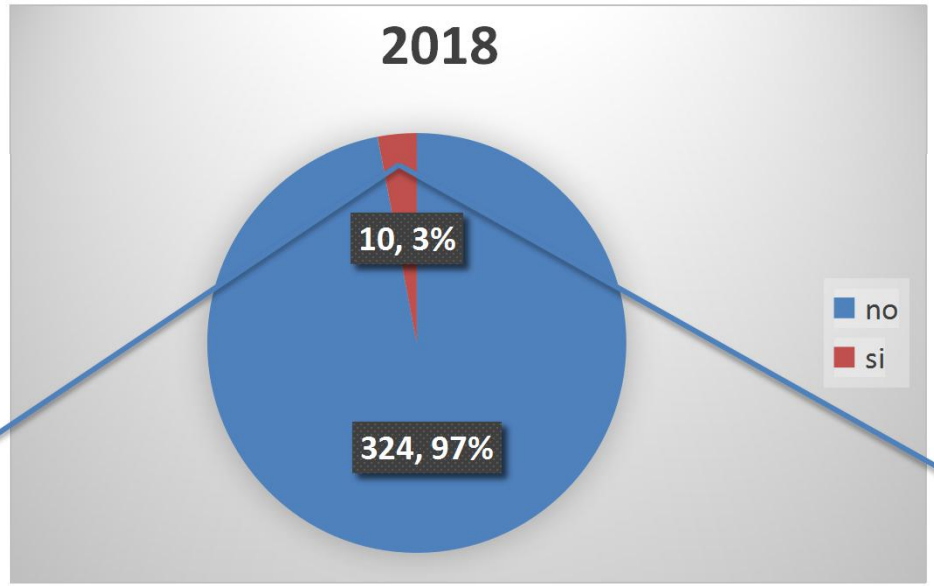

UCRAINA 2
TUNISIA 3
ROMANIA 35
REP.CECA 1
POLONIA 2
PERU 1
PAKISTAN 2
NIGERIA 4
NAMIBIA 1
MOLDAVIA 3
MAROCCO 2
MALI 1
IRAQ 1
IRAN 1
INDIA 3
ERITREA 1
EGITTO 2
CUBA 1
COSTAD'AV 1
CINA 2
CENTRAFRICA 1
BRASILE 3
BOLIVIA 1
BELGIO 1
BANGLA 3
AZERBAI 2
ARGENTINA 1
ALGERIA 1
ALBANIA 4
0 5 10 15 20 25 30 35 40

TEMPI D'ATTESA



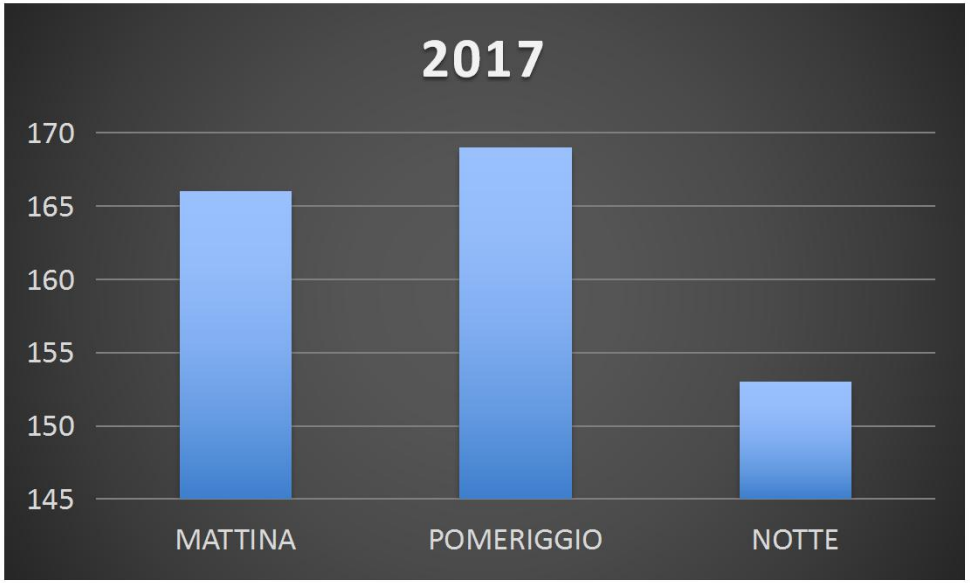


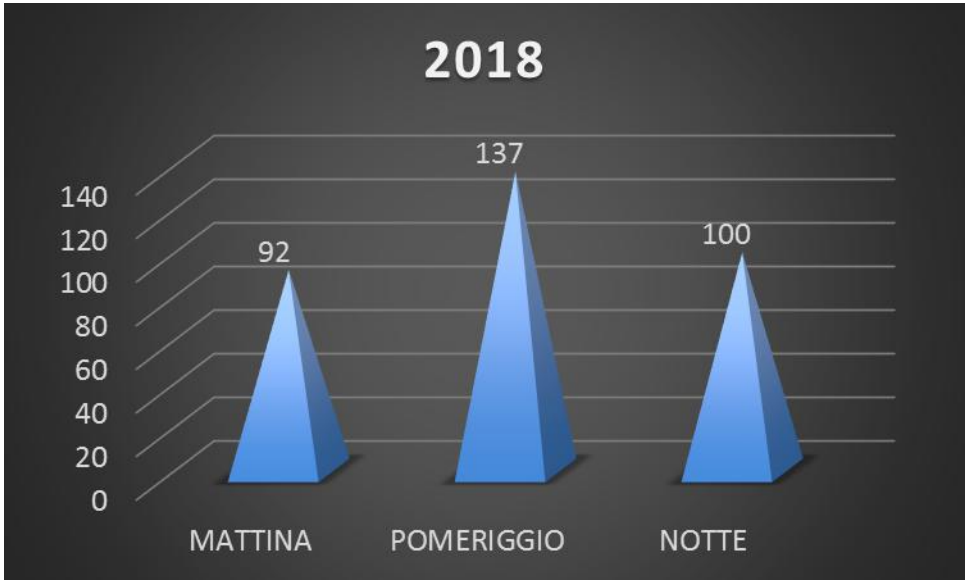
N. PAZIENTI VENUTI IN PZ PER ANALOGO MOTIVO NELLE 48h PRECEDENTI



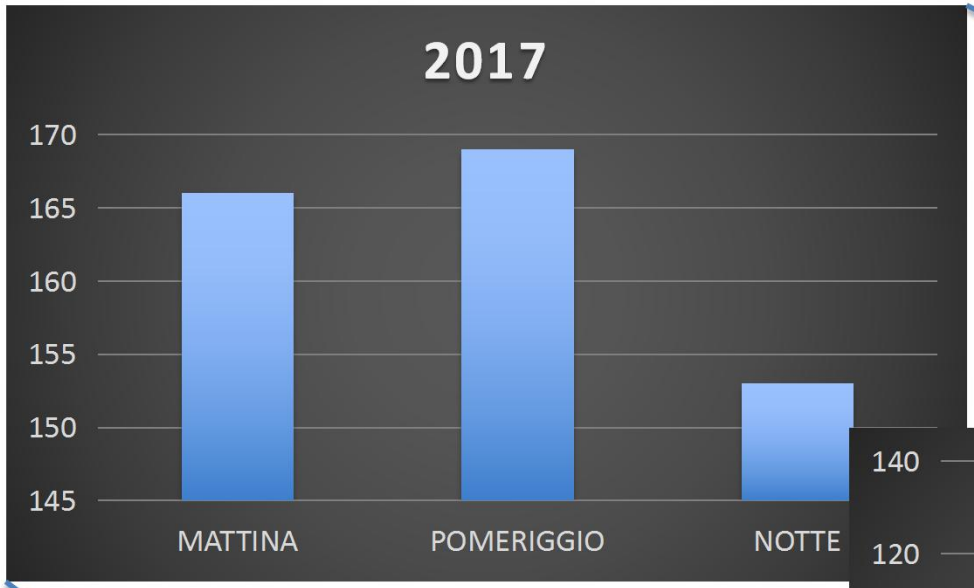
2018000419	57	M	118	M	ITA	B	04H01M	NO	83	N	mer 3 gen 18
2018000540	57	M	118	M	ITA	B	13H27M	SI (419)	84	P/N	gio 4 gen 18
2018000676	57	M	118	C	ITA	B	14H17M	SI(540)	85	P/N	ven 5 gen 18
2018000912	57	M	118	M	ITA	B	14H09M	NO	86	P/N	dom 7 gen 18
2018001087	57	M	118	M	ITA	V	07H00M	SI (912)	87	P/N	lun 8 gen 18
2018001462	57	M	118	M	ITA	B	18H04M	NO	88	P/M	gio 11 gen 18
2018002731	57	M	118	ORT	ITA	B	18H15M	SI (2731)	90	P/N	dom 21 gen 18
2018003441	57	M	118	C	ITA	B	13H46M	NO	91	P/N	ven 26 gen 18
2018003844	57	M	118	C	ITA	B	09H39M	NO	93	P/N	lun 29 gen 18

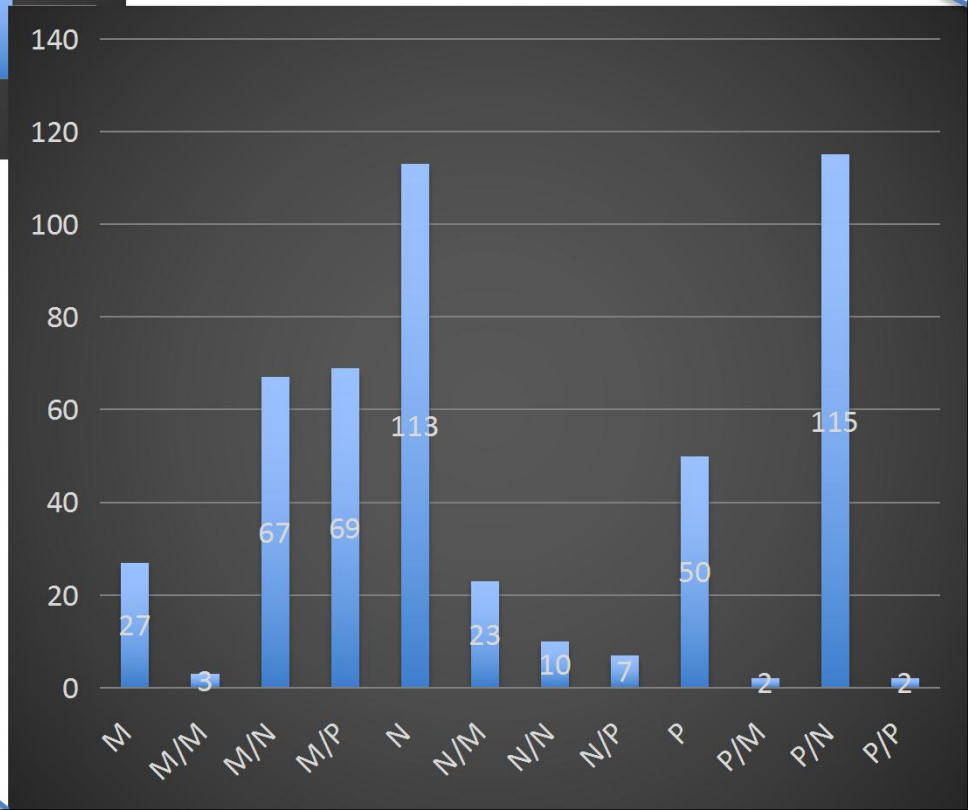
FASCIA ORARIA



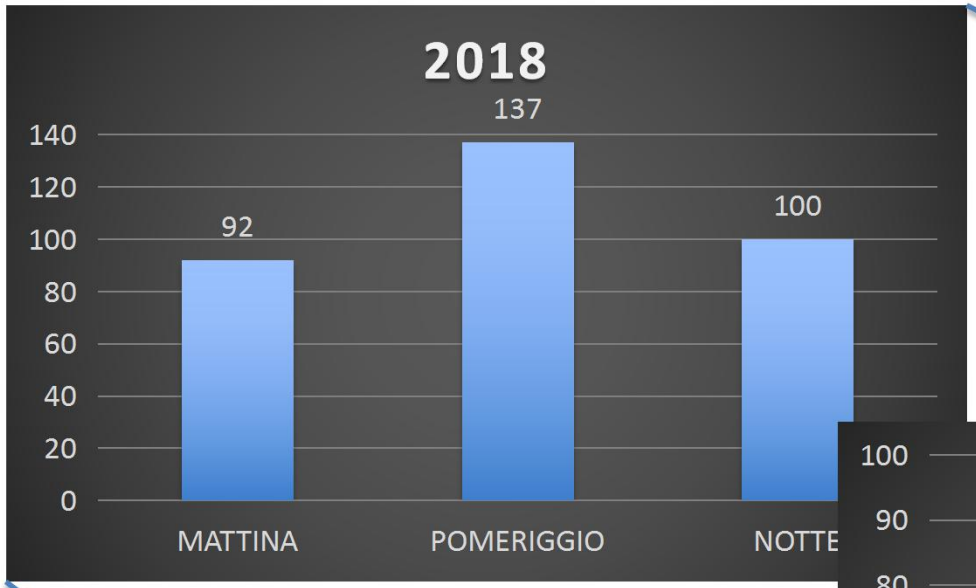


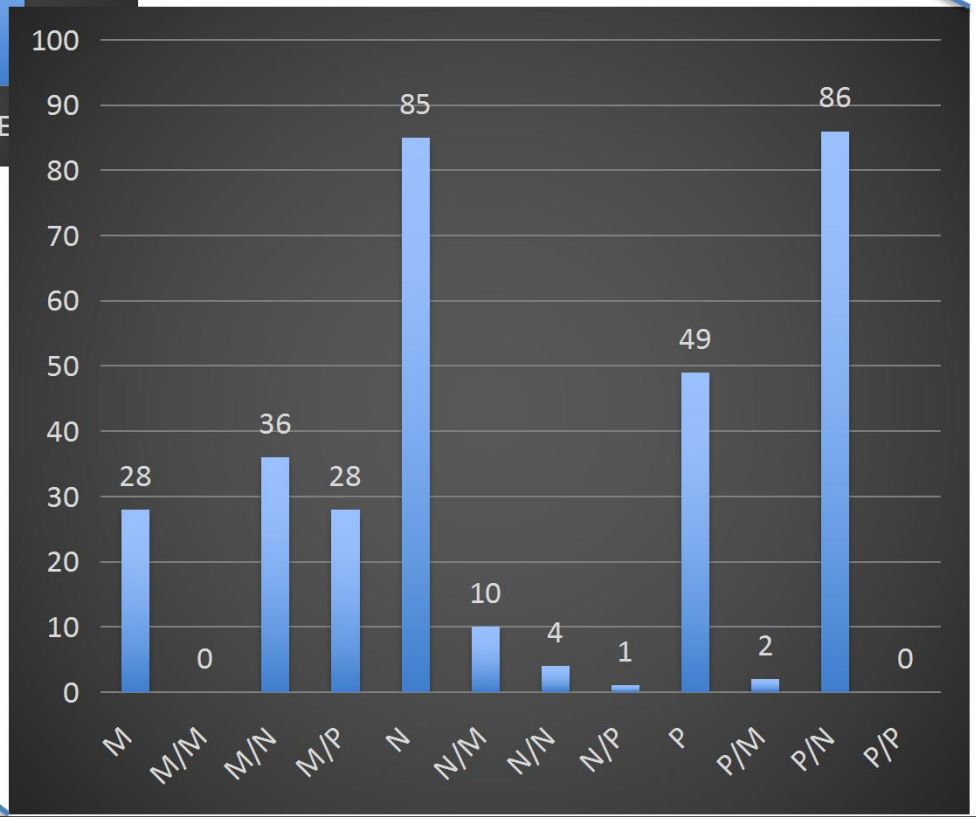
FASCIA ORARIA



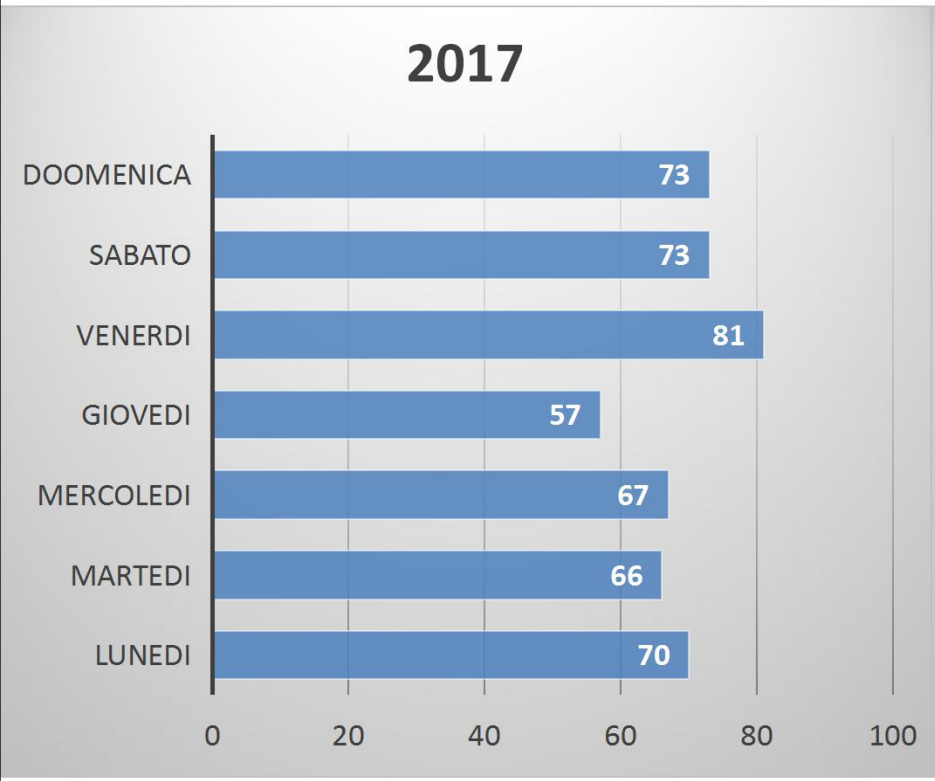


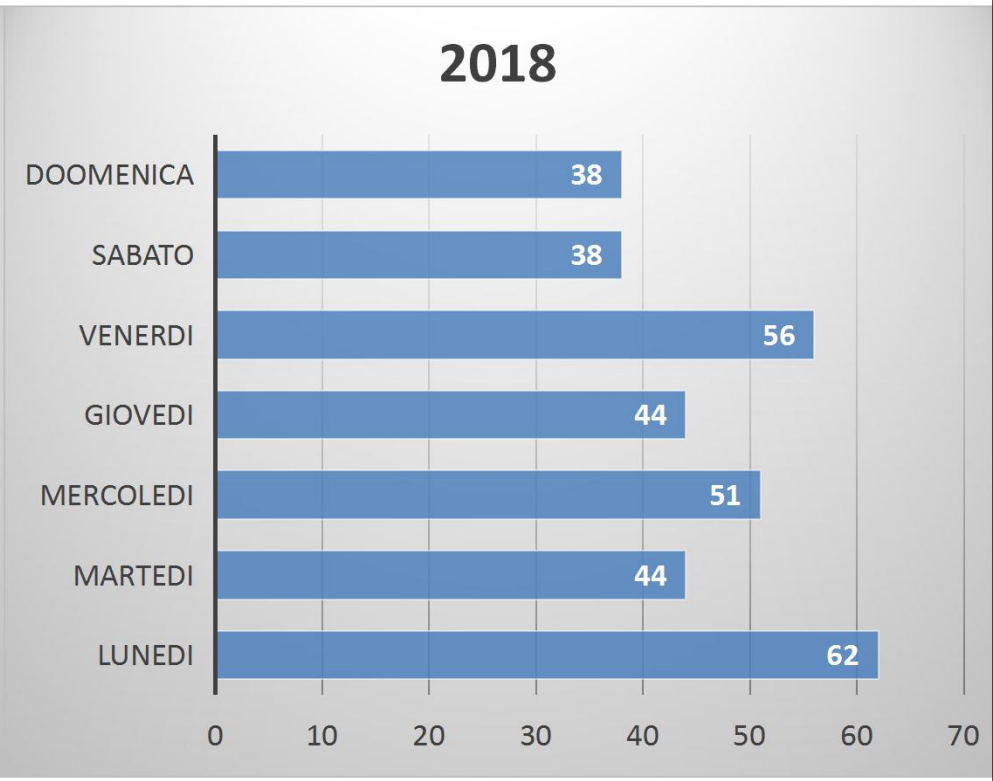
FASCIA ORARIA



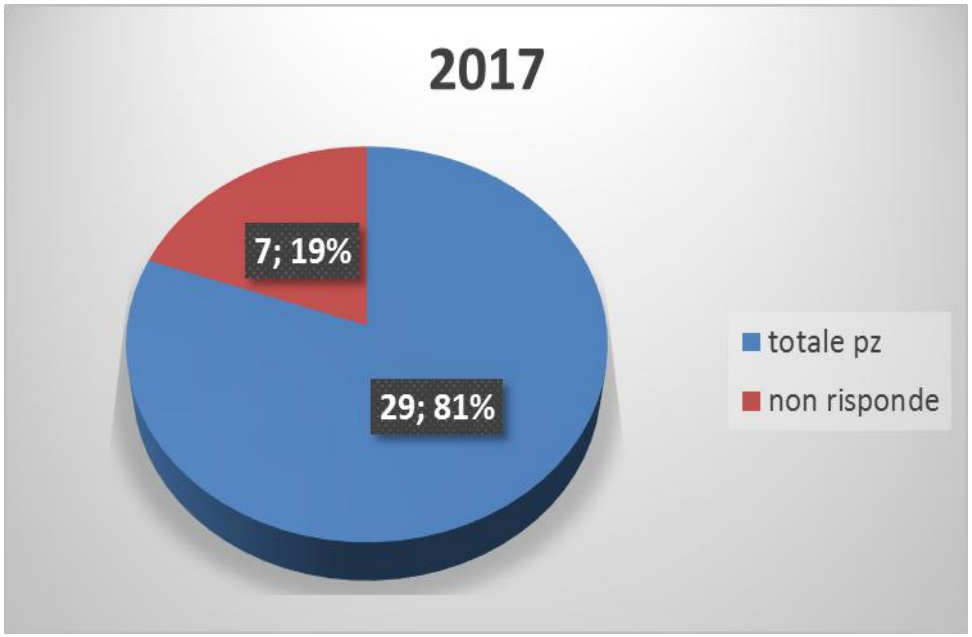


GIORNI DELLA SETTIMANA

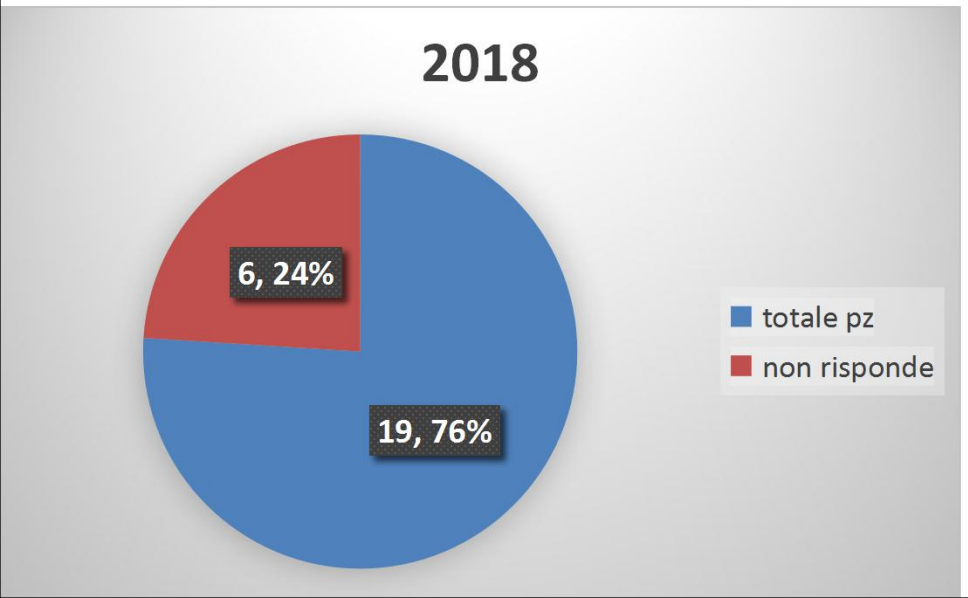




ACCESSI PER INTOSSICAZIONE



CODICE COLORE	ETA'	SESSO	SOSTANZA	ATTESA
VERDE	23	M	ALCOOL	3
VERDE	26	M	ALCOOL	1
VERDE	60	M	FUMO D'INCENDIO	5
B	37	M	ALCOOL	9
VERDE	54	F	GASOLIO	5
B	31	M	ALCOOL	8
B	46	M	COCAINA-EROINA	3



CODICE COLORE	ETA'	SESSO	SOSTANZA	ATTESA
VERDE	24	M	ALCOOL	3
BIANCO	68	M	ALCOOL	6
VERDE	24	F	BDZ	3
BIANCO	50	M	ALCOOL	9
VERDE	70	M	COCAINA	2
VERDE	55	M	ALCOOL	5

PSICHIATRICI

- Gen 2018 89 PAZ
- NRC 10 p.(11.2%)
  1 G 9 V

CONCLUSIONI

2017

- Allontanamento precoce (entro le 3 ore) 33%
- Fascia di età 18-40 anni 39%
- 23% di stranieri (molti irregolari o sprovvisti di medico)
- Fase critica d'allontanamento mattina pomeriggio (oltre il 68% dei pz)
- 13 accessi degli stessi pz nelle 48 ore successive al primo
- 95% dei pz con bassa priorità (B-V).

2018

- Allontanamento precoce (entro le 3 ore) 40%
- Fascia di età 18-40 anni 42%
- 26% di stranieri (molti irregolari o sprovvisti di medico)
- Fase critica d'allontanamento pomeriggio notte (oltre il 74% dei pz)
- 10 accessi degli stessi pz nelle 48 ore successive al primo, di cui 9 da parte dello stesso pz (con disagio sociale)
- 96% dei pz con bassa priorità (B-V).

Il secondo BOX internistico ha ridotto i tempi di attesa e di conseguenza i NRC

COME RISOLVERE IL PROBLEMA?

Strategie per ridurre T attesa:

Staff adeguato(DOPPIO BOX)

Percorsi rapidi al triage per bassi livelli

Qualità attesa: rivalutazione

comunicazione adeguata

Triage: inattaccabili sui pazienti fragili,

implementare rivalutazione

Ridurre NRC significa implementare le entrate

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

UFFICIO V

TRIAGE INTRAOSPEDALIERO
AGGIORNAMENTO LINEE GUIDA

DOCUMENTO DI PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO

DELLE LINEE GUIDA SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

(ACCORDO in Conferenza Stato-Regioni 25 ottobre 2001*)

Il Sole 24 ORE

vulnerabilità).

3.3 PERCORSI RAPIDI (FAST TRACK, SEE AND TREAT)

Sulla base di quanto affermato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, nel quale si indica di "realizzare all'interno di PS e DEA percorsi separati clinico organizzativi diversi in base alla priorità", appare evidente come sia necessario prevedere lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici rapidi che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA, facilitando, contemporaneamente, l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri.

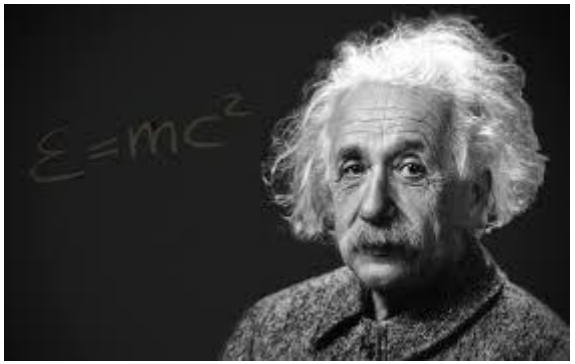
Il **See and Treat** è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che si basa sull' adozione di protocolli per il trattamento di specifici problemi clinici preventivamente definiti. Tale modalità, diffusa nel Servizio Sanitario Inglese, è stata introdotta anche in alcune realtà del panorama nazionale (es. Regione Toscana) fornendo risultati soddisfacenti riassumibili nella riduzione delle attese e dei tempi di permanenza nei Pronto Soccorso, nonché nella riduzione della quota di pazienti che si allontanano spontaneamente, con conseguente miglioramento della qualità percepita dai cittadini e dagli operatori. E' uno dei percorsi che può essere attivato dal Triage; il paziente è accolto direttamente in un' area specifica del Pronto Soccorso dall' infermiere dedicato. L'infermiere esperto valuta, in autonomia, l'appropriatezza dell'accesso e avvia tutte le procedure previste dai protocolli, facilitando il percorso del paziente fino alla dimissione.

Il **Fast Track** è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. Anche per questo percorso l'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di protocolli validati localmente. Questo percorso prevede la dimissione diretta del paziente da parte dello specialista, ad esclusione dei casi non risolvibili con questa modalità ma che necessitano della presa in carico del problema clinico da parte del Medico dell' Emergenza.

L'adozione di tali modelli clinici-organizzativi valorizza ulteriormente la funzione di Triage, attivando percorsi differenziati di presa in carico all'interno dei PS, migliorandone l'appropriatezza di trattamento.

Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted.

- Albert Einstein



non tutto ciò che può essere contato conta, e non tutto ciò che conta può essere contato.

Grazie per l'attenzione
PTV