

Sovraffollamento e rischio clinico



Beniamino Susi

Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
Policlinico Tor Vergata ROMA

NAPOLI 20_11_2016



Sovraffollamento: numero di pazienti in attesa di esser visitati, quelli in corso di trattamento e di valutazione e quelli in attesa di una sistemazione adeguata che supera la capacità recettiva del PS e/o la capacità operativa del personale, limitando fortemente l'operatività del servizio

epidemia del sistema

A che livello parliamo di overcrowding?

- A point prevalence study of crowding found that the average **nurse** was caring for 4 patients simultaneously, and the average **physician** was caring for 10 patients simultaneously

Schneider SM, et al.

Ann Emerg Med. 2003;42: 167-172

Rischio clinico: possibilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio, imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante la degenza.

Le conseguenze possono andare dal possibile prolungamento della degenza, ad un peggioramento delle condizioni di salute o peggio alla morte del paziente stesso (IOM 2000)

Un' efficace gestione del rischio clinico passa necessariamente attraverso la comprensione del problema



Sovraffollamento
PERCHE'?



Palermo, ricoverata per tre giorni su una sedia

Nemmeno un posto letto in tutta la città. E negli ospedali si esauriscono anche le barelle

(segue dalla prima pagina)

ALBERTO BONANNO
GRISI SPICA

NON è l'unica, perché nei cinque ospedali pubblici della città non c'è un solo posto letto disponibile. Da giorni i reparti di medicina sono in tilt e le astanterie sono diventate giorni danteschi, con i pazienti costretti a restare giorni e giorni in barella. Un'emergenza che sarebbe dovuta solo in parte all'impennata di ricoveri per le malattie stagionali: i sindacati dei camici bianchi puntano il dito contro la riforma sanitaria che la Regione Siciliana ha da poco varato: «Tutta colpa del taglio dei posti letto del 20 per cento voluto dall'assessore alla Sanità Massimo Russo», accusano Cgil medici, Aiscoti Flals e Cimo.

«Sono arrivata in ospedale domenica scorsa con la pressione alle stelle — racconta Maria Vitale — mi hanno messo la flebo al braccio e mi hanno detto di accomodarmi

ventati reparti di lungodegenza. Niente posti nemmeno in riabilitazione: dal 6 gennaio il 118 registra il tutto esaurito nell'intera provincia e, in caso di emergenza, i pazienti sono sistemati in posti di fortuna nelle unità anestesiologiche».

I sindacati accusano la riforma varata dalla Regione, figlia del piano di rientro per il recupero di oltre 90 milioni di deficit. Un obiettivo oggi raggiunto, ma a costo di grandi sacrifici. Tra i quali la rimodulazione dei posti letto, ridotti del 20 per cento. L'assessore Russo si difende: «Sono stati tagliati solo i posti inutili, che avevano un tasso di occupazione inferiore al 70 per cento. In ogni caso il decreto è flessibile e prevede una riserva di 500 posti in tutta la regione che saranno redistribuiti secondo le esigenze». E in attesa che 1500 posti promessi vengano attivati, a Palermo più di 50 persone passeranno la notte in barella. Sempre che ne trovino una.



Maria Vitale, la paziente "ricoverata" per tre giorni su una sedia

I punti



L'EMERGENZA

Da giorni nei cinque ospedali di Palermo non è libero nessuno dei 2053 posti letto



LA RIFORMA

Il taglio imposto dalla riforma della Regione ha ridotto i posti letto del venti per cento



LE LETTIGHE

Sono i letti di fortuna sui quali i ricoverati spesso sono costretti a trascorrere giorni



Iperafflusso?
Picco influenzale?
Bianchi e Verdi?

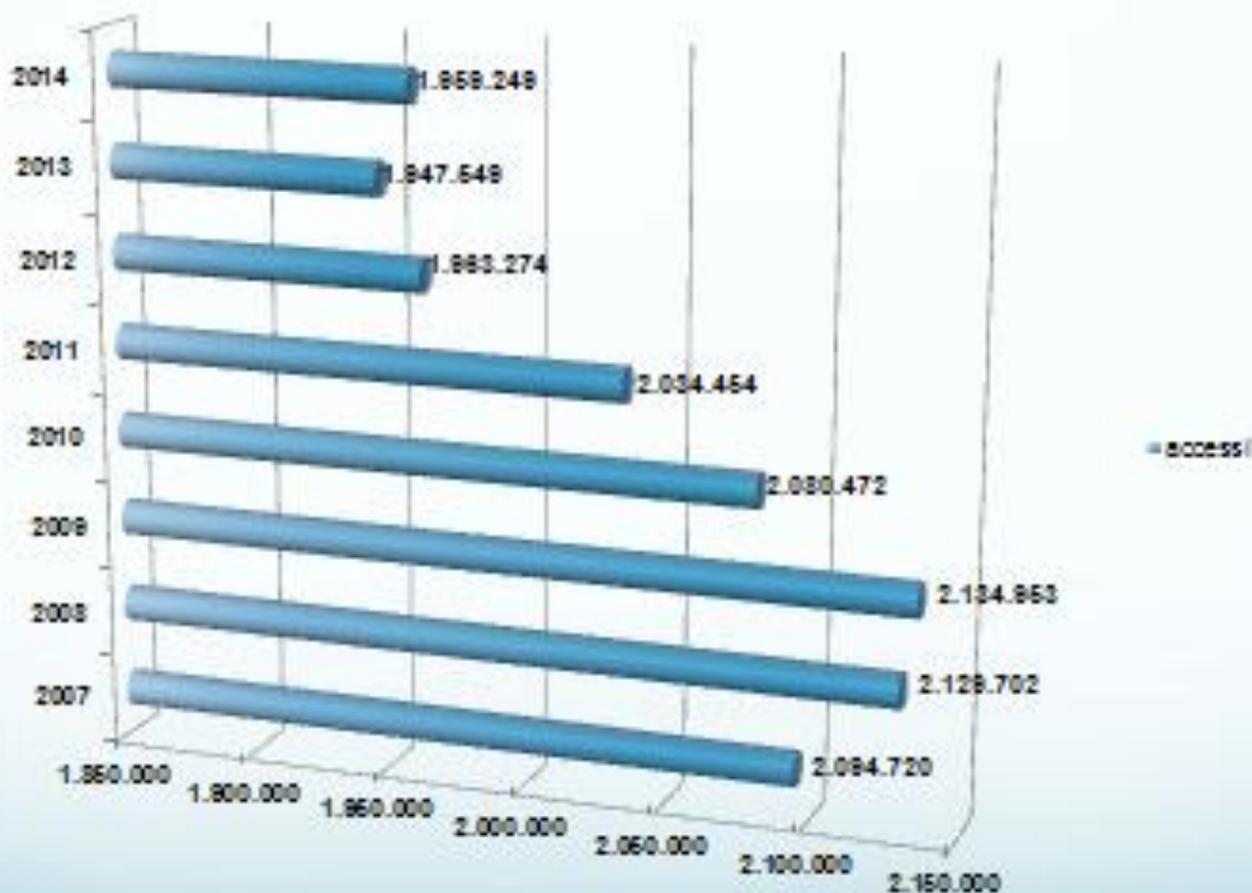


Difficoltà al ricovero

Iperafflusso?

Accessi in Pronto Soccorso nella Regione Lazio (fonte SIES)

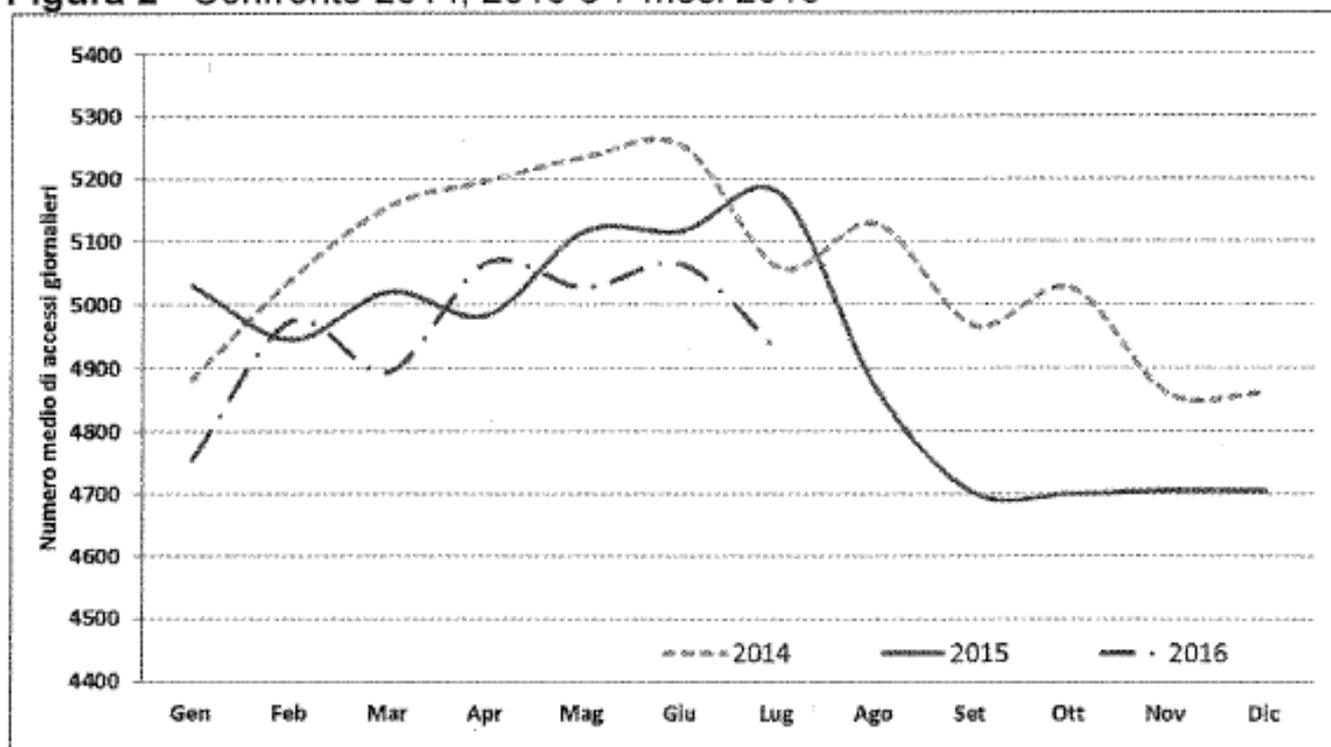
accessi



Numero medio di accessi giornalieri (esclusi ostetrici).

Rispetto al 2014, si osserva un decremento degli accessi sia nel 2015 che nei primi sette mesi del 2016.

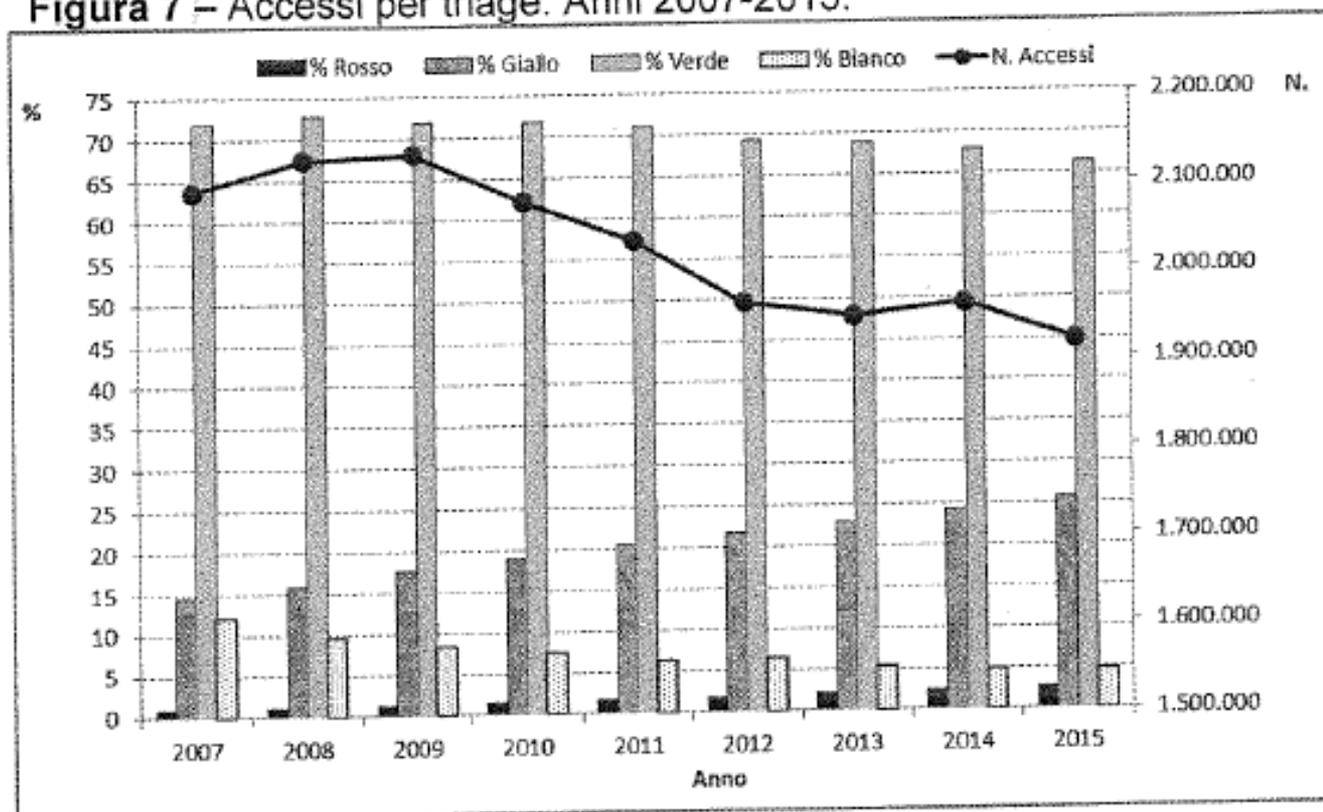
Figura 2– Confronto 2014, 2015 e 7 mesi 2016



Andamento degli accessi in PS/DEA per triage (nessuna selezione).

Figura 7. Nel periodo 2007-2015 (9 anni) il decremento è stato di 175.168 accessi (8,4%, da 2.094.574 a 1.919.406). Sono aumentati gli accessi con triage rosso e giallo (rossi dall'1% al 2,7%, gialli dal 14,5% al 25,7%). Viceversa, diminuiscono gli accessi con triage verde (dal 72% al 66,3%) e più marcatamente quelli con triage bianco (dal 12,2% al 4,7%).

Figura 7 – Accessi per triage. Anni 2007-2015.



Accessi Italia in PS

2011: 22.036.558

2013: 20.551.053

Ricoveri da PS :

2011: 14.9%

2013: 14.7%

PL pubblici:

2011: 161.430

2013: 154.091

Picchi stagionali ,influenza?



PRONTO SOCCORSO - EMERGENCY

■ Priorità massima
 ■ Priorità intermedia
 ■ Priorità bassa
 Non urgenti
 Triage non eseguito

La Tabella si aggiorna automaticamente

Struttura ▼▲	Comune ▼▲	ASL Territoriale ▼▲	Tipo ▼▲	Ultimo aggiornamento ▼▲	Pazienti in attesa						Pazienti in trattamento						Pazienti in attesa di Ric. o Trarf. TOT	Pazienti in Osservazione (breve o intensiva)					TOT
					■	■	■	□	□	TOT	■	■	■	□	□	TOT		■	■	■	□	□	
Pol. Univ. Tor Vergata	Roma	RM2	DEA I	12/11/2016 14:08	0	0	11	3	3	17	1	13	7	0	0	21	11	4	8	2	0	14	63
Sant'Andrea	Roma	RM1	DEA I	12/11/2016 14:08	0	1	16	0	1	18	1	21	7	2	0	31	27	2	2	0	0	4	80
Pol. Univ. Umberto I	Roma	RM1	DEA II	12/11/2016 14:08	0	8	18	1	0	27	5	19	29	1	0	54	37	0	2	1	1	4	122
Pol. Univ. A. Gemelli	Roma	RM1	DEA II	12/11/2016 14:08	0	4	18	2	0	24	3	10	20	0	0	33	25	0	4	13	0	17	99
Bambino Gesù'	Roma	RM1	DEA II	12/11/2016 14:08	0	0	17	4	0	21	0	2	5	1	0	8	2	0	0	0	0	0	31
San Filippo Neri	Roma	RM1	DEA I	12/11/2016 14:08	0	3	7	1	0	11	0	3	4	0	0	7	4	0	9	6	0	15	37
San Giovanni Addolorata	Roma	RM1	DEA II	12/11/2016 14:08	0	3	3	0	1	7	1	13	7	0	0	21	0	0	7	1	0	8	36
San Camillo-Forlanini	Roma	RM3	DEA II	12/11/2016 14:08	0	1	11	1	0	13	5	8	20	0	0	33	36	0	5	0	0	5	87

Pazienti in attesa di Ricovero o Trasferimento

Bianchi e verdi ?

60-70% accessi

Basso impatto assistenziale

Lunghe attese per visita

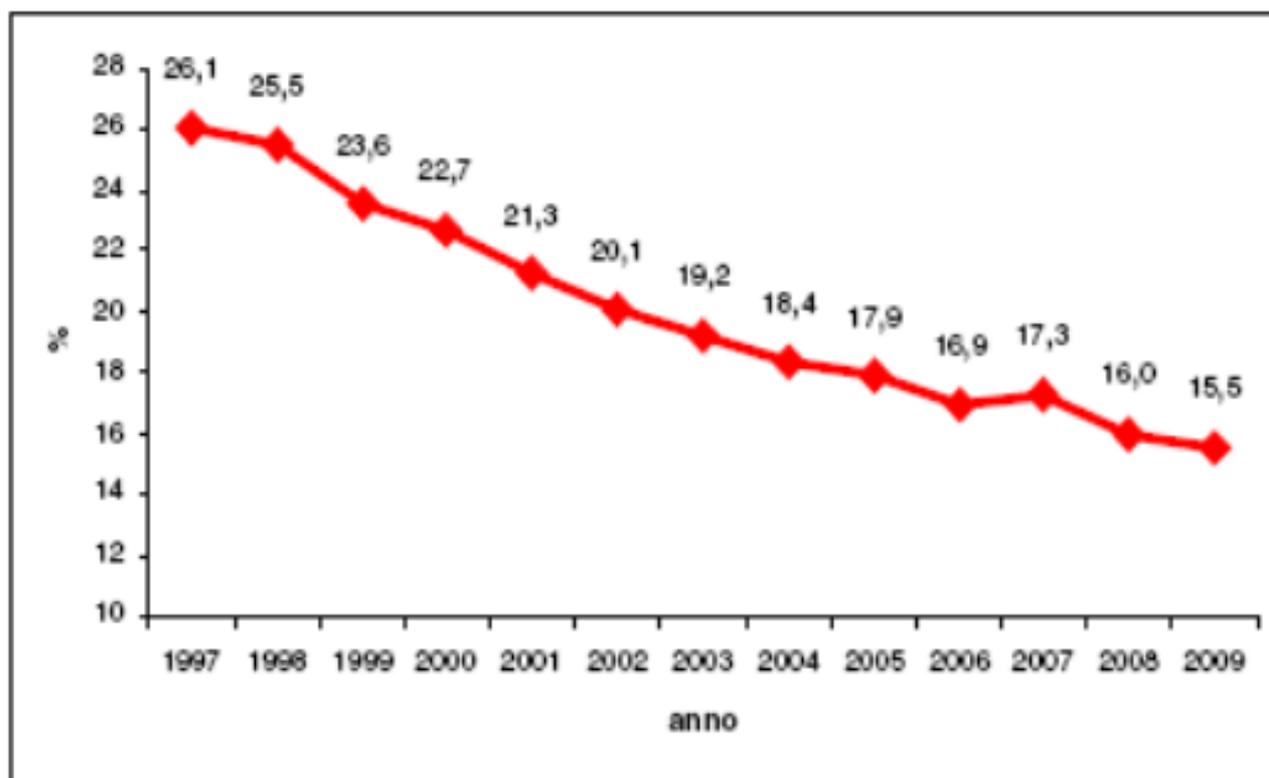
Ricoveri sotto 10%

Iperafflusso?
Picco influenzale?
Bianchi e Verdi?



Difficoltà al
ricovero: BOARDING

% di ricovero dei pazienti da PS Italia



- Ricoveri da PS 14.7%(11 % Piemonte-26.7% Molise)

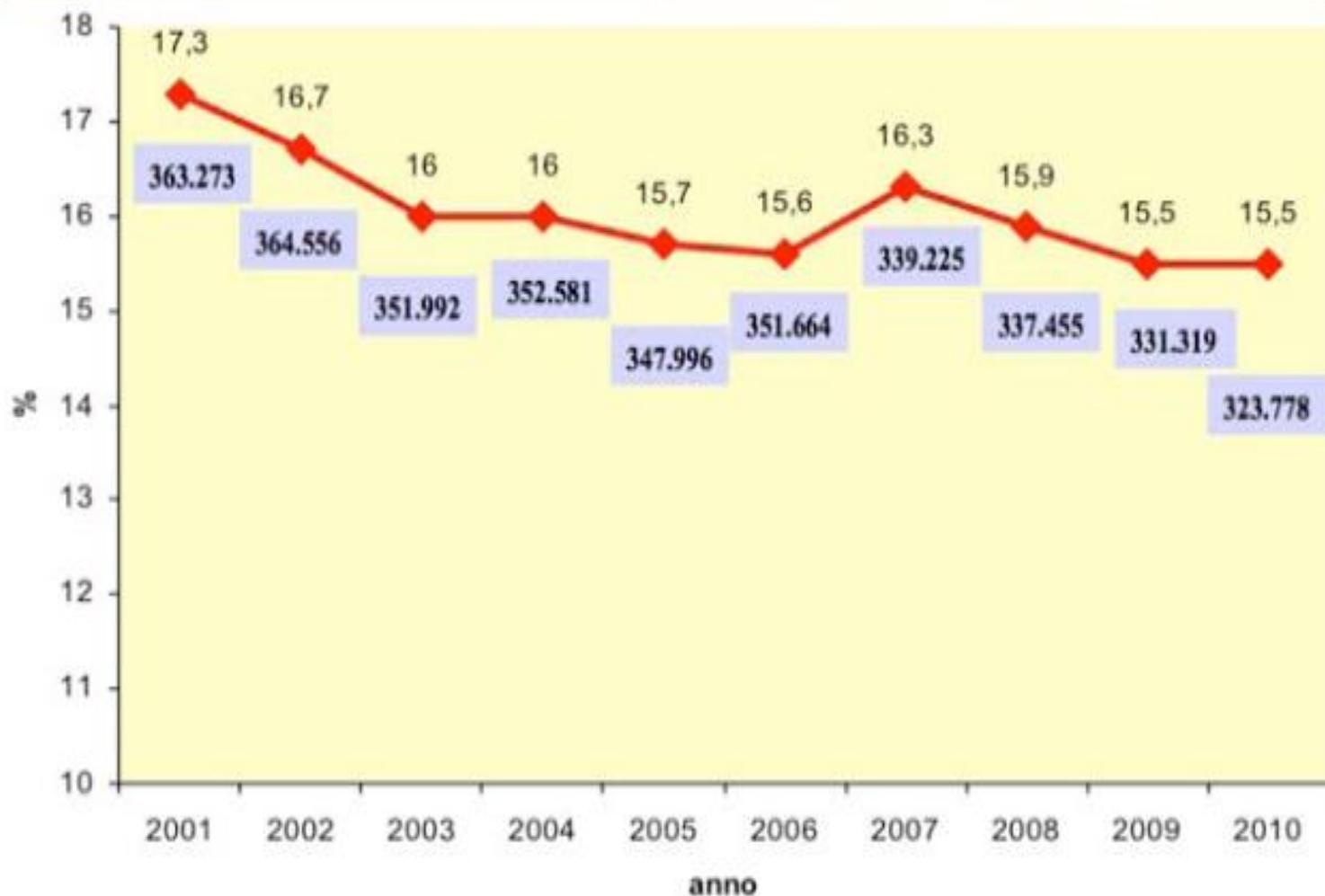
Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale

Assetto organizzativo, attività e
fattori produttivi del SSN

Anno 2013



% DI RICOVERO DA PS NEL LAZIO



- LUGLIO 2016 : 13.1% ricovero da PS
- 2% trasferimenti

- Fonte SIES Regione Lazio







Sovraffollamento=malasanità

MalaSanità
Associazione per le vittime di errori medici
www.malasanita.com
Tel. 339 83 73 969

un errore medico può spezzare una vita

“Le dichiarazioni all’ufficio sono false”
“Non si riconosce il medico”
“Nessuno mi ha mai visto”
“Il malato è morto”
“Il medico è morto”

Se ritieni di essere stato vittima di un errore medico contatta la nostra associazione

14.1.2008



L'assurda morte del malato di cancro «56 ore sulla barella del pronto soccorso»

► Roma, dramma al San Camillo per un pensionato di 74 anni
Il figlio scrive al ministro Lorenzin che dispone una indagine

Roma, scandalo pronto soccorso muore di cancro dopo 56 ore

► Il figlio: senza privacy né dignità. Ispettori al San Camillo

Quella lunga agonia
dietro un paravento

Paolo Graldi

Siamo a Roma, in un grande nosocomio della Capitale, non ad Aleppo dove il dittatore Assad di preferenza fa bombardare gli ospe-

dali, meglio se ci sono dei bambini. *Continua a pag. 24*

Arcovio, Emiliozzi
e Panarella
alle pag. 10 e 11

Il commento

Quella lunga agonia dietro un paravento

TUTTO QUESTO COSTA



**DENARO
TEMPO
IMMAGINE**

Stima premi assicurativi 2013 :564 milioni di euro(50% professionisti,50% aziende sanitarie)

Ania

La crescita esponenziale dei contenziosi e gli incrementi consistenti dei risarcimenti per i casi di responsabilità sanitaria, cosiddetta medical malpractice, hanno fatto esplodere i premi assicurativi di Responsabilità Civile a livelli non più sostenibili dalle Aziende Sanitarie.

Sono circa 34mila l'anno le denunce dei cittadini nei confronti di medici delle aziende sanitarie per casi di mala sanità. Le cause dell'aumento di litigiosità fra cittadini e operatori sanitari sono molteplici: da un lato l'accresciuta consapevolezza da parte dei pazienti e l'opera di sensibilizzazione delle associazioni a difesa dei diritti dei malati; dall'altro l'evoluzione giurisprudenziale, l'allungamento delle aspettative di vita, il progresso tecnologico nei processi diagnostici/terapeutici e l'aumento delle patologie curabili.

Le assicurazioni hanno progressivamente abbandonato il settore delle strutture sanitarie, considerato non redditizio, mandando deserte molte gare pubbliche e di fatto spingendo le aziende ospedaliere verso società estere con licenza unica europea, molto spesso prive del know-how sufficiente (Cfr. Rischio clinico: progetto Aiba per assicurare gli ospedali e tutelare i cittadini, il Sole 24 Ore – Sanità).

La questione generale pone gravi dubbi e incertezze normative collegate al complesso iter di attuazione della Legge Balduzzi (D. L. 13 settembre 2012 convertito in Legge 8 novembre 2012 n. 189) ed in particolare dell'art. 3, anche per le contrastanti pronunce giurisprudenziali.

Su tale norma si è pronunciata anche la Corte Costituzionale, che con Ordinanza n. 295 del 6 dicembre 2013 ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale dell'art. 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, sollevata, in riferimento agli artt. 3, 24, 25, secondo comma, 27, 28, 32, 33 e 111 della Costituzione, dal Tribunale di Milano, che depenalizza la responsabilità del medico attenutosi alle best practices ed esente da colpa grave.

Secondo l'esperienza di tutti gli operatori sanitari e come testimoniano i dati ANIA ribaditi in tutte le sedi, il ramo med-mal è da tempo in affanno per numerose difficoltà, che si traducono infine in un insostenibile rapporto sinistri/premi. Da cui i tentativi di riformare il sistema per contenere numero e valore dei sinistri, oltre a dare maggiore certezza di regole.

Inoltre tale ramo è in mano a troppo poche compagnie, per lo più straniere e non delle più note. Del resto, le

Venerdì 10 LUGLIO 2015

Assicurazioni sanitarie. Il 70% dei contenziosi finisce nel nulla. Ma i premi per i medici e i professionisti salgono del 10%. Il Rapporto Ania

Nel 2013 i sinistri scendono del 2,5% (ma quelli a carico dei professionisti salgono del 2,4%). E i premi crescono mediamente del 3,8% con il boom di quelli stipulati dai professionisti che salgono del 10%. Calano invece quelli delle strutture sanitarie (-5,5%). Per Ania l'aumento dei premi è dovuto al "persistente disequilibrio economico del settore". [IL RAPPORTO ANIA](#)

Scendono nel 2013 rispetto all'anno precedente i sinistri sanitari del 2,5% ma aumentano i premi delle polizze del 3,8%. È quanto evidenzia l'Ania nel suo Rapporto annuale dove ha analizzato anche la situazione della R.c. Sanitaria sia per quanto riguarda le strutture che i professionisti.

Come dicevamo il numero dei sinistri nel 2013 ha registrato una lieve riduzione (-2,5% rispetto al 2012), proseguendo la tendenza già avviata nel 2010: nel periodo 2010-2013 sono diminuiti dell'11%. Ma nello specifico Ania evidenzia come mentre "i sinistri relativi alle strutture sanitarie diminuiscono del 5,5% quelli relativi alle polizze dei professionisti tornano nel 2013 ad aumentare del 2,4%, dopo tre anni consecutivi di riduzione".

La stima dei premi del lavoro diretto italiano per l'esercizio 2013 è pari a 564 milioni di euro, ripartiti al 50% tra le polizze stipulate dalle strutture sanitarie e quelle sottoscritte dai professionisti sanitari. In ogni caso si deve tenere conto che la statistica non comprende i premi raccolti dalle imprese europee operanti in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi. Rispetto all'anno precedente in ogni caso i premi sono aumentati del 3,8%. "Vi ha contribuito essenzialmente l'aumento di oltre il 10% registrato dal volume premi relativo alle polizze dei professionisti, probabilmente anche a causa di una rivisitazione dei prezzi assicurativi resasi necessaria per il persistente disequilibrio economico del settore". Risultano invece in lieve contrazione (-2,1% rispetto al 2012) i premi relativi alle strutture sanitarie. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi nel periodo 2003-2013 si attesta al 6,9% (rispettivamente 4,1% per le strutture sanitarie e 10,9% per i professionisti).

Per quanto la situazione del **numero dei sinistri che la compagnia chiude senza effettuare nessun pagamento** (c.d. senza seguito). "Se si esaminano le generazioni più mature (dal 1994 al 2003), mediamente oltre i due terzi dei sinistri denunciati alle compagnie, per il totale della r.c. medica, vengono chiusi senza seguito". In particolare la percentuale è più elevata per i sinistri relativi alle strutture sanitarie (mediamente pari nel periodo al 70%). "Questo potrebbe essere causato da fenomeni di duplicazione di denunce per lo stesso sinistro (che possono colpire ad esempio sia la struttura sia il personale medico coinvolto singolarmente) e che sono poi chiuse senza seguito dalla compagnia in quanto riconducibili ad un unico sinistro per l'impresa assicurativa". Per i sinistri relativi alla r.c. professionale mediamente il 60% dei sinistri denunciati non dà seguito a un risarcimento.

Una delle responsabilità delle Istituzioni Sanitarie è
FORNIRE CURE DI QUALITÀ

Uno dei principali elementi della qualità delle cure è la
SICUREZZA

Le Istituzioni Sanitarie hanno il dovere di fornire la
massima protezione possibile da danni ed errori
umani e di sistema

Se un cittadino riceve un danno



FALLIMENTO DEL SISTEMA

FALLIMENTO DEL SISTEMA

Boarding

Danno ai pazienti



Operatori
Strumentazioni
Azienda



Stress
Danno economico
Contenzioso
Denunce penali
Assicurazioni
Aggressioni
Superlavoro
Usura strumenti e
mezzi
Paralisi
sistema(blocco
ambulanze)

* Blocco e/o diversione delle ambulanze, ritardo soccorsi preospedalieri



Le ambulanze vengono deviate per altri ospedali. Questo può fornire una breve tregua per la struttura, ma allunga i tempi di stazionamento in ambulanza e compromette seriamente gli standard di cura (SCA, ictus, ritardo somministrazione antibiotici e antidolorifici)
Peraltro difficile che un Ospedale sia l'unico a essere affollato: "blackout a rotazione"

Ambulanze bloccate e media dei minuti di blocco (oltre i 45')

La percentuale di ambulanze bloccate fra 30-45 min. rimane stabile nel periodo; più variabile è l'andamento dei blocchi >45 minuti, con il valore minimo ad Agosto 2014 (15,7%) ed il massimo a Gennaio 2016 (28,5%). Il mese con il minor numero di arrivi con mezzo di soccorso è stato Febbraio 2014 (n=21.464) mentre quello con il numero maggiore è stato Gennaio 2016 (n=25.292). La media dei minuti di blocco >45' (linea continua) presenta nell'anno un andamento stagionale, decrescente da Gennaio fino ad Agosto per poi risalire nei mesi successivi (Fig. 1a).

Il confronto 2014, 2015 ed il primo semestre del 2016 per i blocchi oltre i 45 min. mostra valori più elevati nel 2015 con una tendenza alla diminuzione del fenomeno nei primi mesi del 2016 (Fig. 1b).

Figura 1a– Periodo Gennaio 2014-Giugno 2016

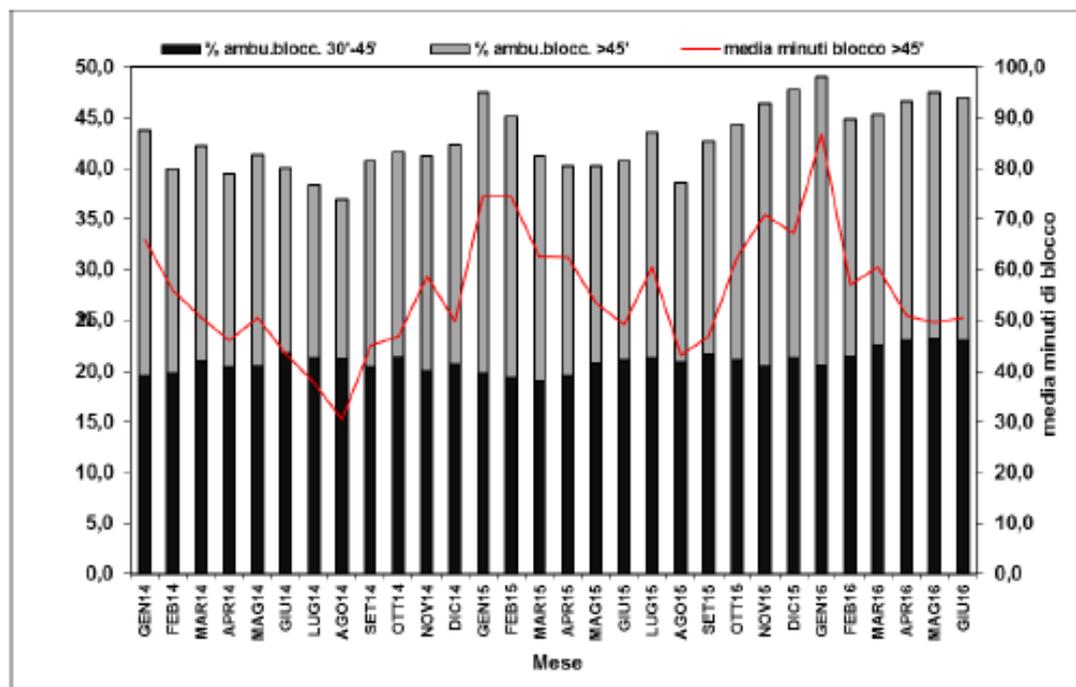
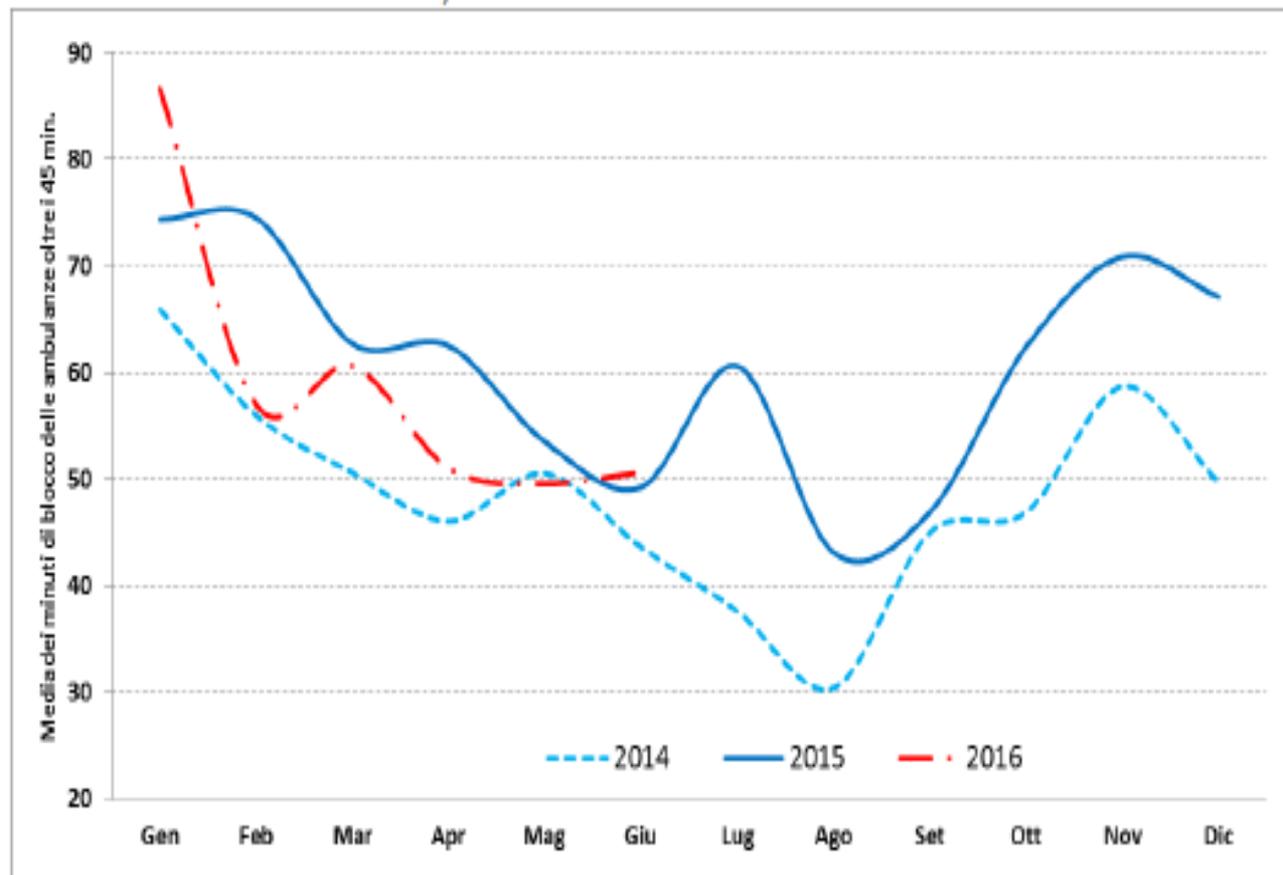


Figura 1 b- Confronto 2014, 2015 e 1° semestre 2016



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

AREA PROGRAMMAZIONE RETE OSPEDALIERA E RISK MANAGEMENT

Tabella 1 - Ambulanze bloccate oltre i 45 minuti per Istituto. Lazio, Giugno 2016 (Fonte CO ARES 118)

ASL	Tipo	Istituto di arrivo	Tipo	N. ambulanze	N. ambulanze bloccate 30'-45'	N. ambulanze bloccate > 45'	% ambulanze bloccate > 45'	tot. minuti di blocco oltre i 45'	media dei minuti di blocco (oltre i 45')/ambulanza
	AO	S. Camillo - Forlanini	DEA II	931	187	175	18,8	5677	32,4
	AO	San Giovanni - Addolorata	DEA II	975	246	378	38,8	15011	39,7
	IRCCS	Bambino Gesù (Roma)	DEA II	77	14	21	27,3	543	25,8
	AOU	Pol. A. Gemelli	DEA II	785	279	230	29,3	3746	16,3
	AOU	Pol. Umberto I	DEA II	1230	273	612	49,8	52379	85,6
RM2	PO	Sant'Eugenio	DEA I	1039	290	269	25,9	7653	28,4
RM2	PO	Pol. Casilino	DEA I	932	221	395	42,4	25573	64,7
RM1	PO	S. Filippo Neri	DEA I	416	114	87	20,9	2362	27,1
	AOU	S. Andrea	DEA I	514	99	275	53,5	28057	102,0
	AOU	Pol. Tor Vergata	DEA I	865	268	346	40,0	18129	52,4
RM1	PO	Santo Spirito	DEA I	808	273	199	24,6	2920	14,7
RM3	PO	G. Battista Grassi	DEA I	1160	324	150	12,9	2799	18,7
RM1	CL	San Pietro - FBF	DEA I	354	103	83	23,4	1817	21,9
RM1	CL	San Giovanni Calibita - FBF	DEA I	200	57	69	34,5	1234	17,9
RM2	CL	M.G. Vannini	DEA I	819	285	207	25,3	6869	33,2
RM1	CdC	Aurelia Hospital	DEA I	411	133	102	24,8	2352	23,1
RM2	PO	Sandro Pertini	DEA I	943	235	478	50,7	48797	102,1
RM1	CL	San Carlo di Nancy	PS	267	72	64	24,0	1193	18,6
RM1	CL	Cristo Re	PS	20,0	5,0	2,0	10,0	32,9	16,5
RM1	PO	Reg. Oftalmico	PS-SPEC	2	1	0	0	0,0	-
RM1	PO	George Eastman	PS-SPEC	1	1	0	0,0	0	-
RM2	PO	CTO	PS-SPEC	29	7	9	31,0	102	11,3
RM6	PO	Generale Provinciale - Anzio	DEA I	419	115	85	20,3	1608	18,9
RM6	PO	Civile di Velletri	DEA I	307	48	90	29,3	8817	98,0
RM4	PO	San Paolo- Civitavecchia	DEA I	500	126	74	14,8	3939	53,2
RM5	PO	San Giovanni Evangelista-Tivoli	DEA I	692	202	225	32,5	11103	49,3
RM6	PO	Osp.Riuniti - Albano - Genzano	PS	465	116	138	29,7	10475	75,9
RM5	PO	Parodi Delfino Colferro	PS	262	57	34	13,0	888	26,1
RM6	PO	San Sebastiano Martire-Frascati	PS	394	108	107	27,2	3214	30,0
RM5	PO	Santissimo Gonfalone-Monterotondo	PS	220	73	57	25,9	851	14,9
RM5	PO	Coniugi Bernardini-Palestrina	PS	242	57	51	21,1	1558	30,5
RM5	PO	Angelucci-Subiaco	PS	93	14	16	17,2	947	59,2
RM4	PO	Civile di Bracciano	PS	246	61	63	25,6	1692	26,9
RM6	CdC	Sant'Anna-Pomezia	PS	353	83	48	13,6	1230	25,6
Totale				16.971	4.547	5.139	30,3	273.567	53,2

* 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 nel dipartimento di emergenza/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

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

* Ritardo delle 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; Gurgul, Merce MD; Roupie, Eric MD; Hervé, Jérôme MD; Fine, Michael J. MD, MSc; Brun-Buisson, Christian MD; Labarère, José MD, PhD

* Abbandono delle cure e aumento dei tempi di permanenza in Ospedale

mja.com.au | The Medical Journal of Australia

[Home](#) | [Issues](#) | [MJA shop](#) | [MJA Careers](#) | [Contact](#)

Healthcare

Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay

Don Liew, Danny Liew and Marcus P Kennedy

MJA 2003; 179 (10): 624-626

le persone in barella rimangono in ospedale mediamente una giornata in più rispetto a quelli che accedono immediatamente ai reparti ordinari

* Allontanamento dal PS prima della visita o durante definizione clinica



Polevoi S, *Acad Emerg Med*, 2005; 12: 232-236;
Bolton, *Ann Emerg Med*, 2006; 48: 108

DESCRIZIONE

A DOMICILIO
RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA
RIFIUTA RICOVERO
NON IN RISPONDEA CHIAMATA
PAZIENTE SIALLOTTANASPONTANEAMENTE
TRASFERIMENTO AD ALTRO ISTITUTO
DECEDUTO IN PS
TRASFERITO AL PS RICHIEDENTE DOPO CONSULENZA
GIUNTO CADAVERE

Accessi Lazio 2009

	ACCESSI	%
A DOMICILIO	1471910	68,94
RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA	331339	15,52
RIFIUTA RICOVERO	134569	6,30
NON IN RISPONDEA CHIAMATA	112870	5,29
PAZIENTE SIALLOTTANASPONTANEAMENTE	40684	1,91
TRASFERIMENTO AD ALTRO ISTITUTO	37198	1,74
DECEDUTO IN PS	2662	0,12
TRASFERITO AL PS RICHIEDENTE DOPO CONSULENZA	2321	0,11
GIUNTO CADAVERE	1400	0,07
Totale	2.134.953	100,00



40% delle risorse utilizzate per il boarding

Nelle ore diurne su 4 medici di Ps, 2 si occupano di quelli in attesa ricovero, di notte se ne occupa il team leader (ER)
Su 10 infermieri 4 si occupano dei pazienti da ricoverare/osservare

Aumento dei tempi di attesa alla visita dei pazienti del ps, ritardi radiologia, laboratorio, consulenti

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

* Questo studio identifica che più di 1/4 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**
- **morte**
- **controllo non ottimale della PA**
- **ipotensione, ipossia, aritmie**

Annals of Emergency Medicine

An International Journal

HEALTH POLICY AND CLINICAL PRACTICE/CONCEPTS

Emergency Department Crowding, Part 1—Concept, Causes, and Moral Consequences

Crowding is an increasingly common occurrence in hospital-based emergency departments (EDs) across the globe. This 2-article series offers an ethical and policy analysis of ED crowding. Part 1 begins with a discussion of terms used to describe this situation and proposes that the term "crowding" be preferred to "overcrowding." The article discusses definitions, measures, and causes of ED crowding and concludes that the inability to transfer emergency patients to inpatient beds and resultant boarding of admitted patients in the ED are among the root causes of ED crowding. Finally, the article identifies and describes a variety of adverse moral consequences of ED crowding, including increased risks of harm to patients, delays in providing needed care, compromised privacy and confidentiality, impaired communication, and diminished access to care. Part 2 of the series examines barriers to resolving the problem of ED crowding and strategies proposed to overcome those barriers. [Ann Emerg Med. 2009; 53:605-611.]

Conseguenze morali del sovraffollamento:

- Aumentato rischio di provocare danno ai pazienti
- Ritardo nelle cure
- Compromissione della privacy
- Comunicazione inefficace
- Diminuito accesso alle cure

Moskop J.C. et al: Ann Emerg Med. 2009;53:606-611

* Errori in sanità

EVENTO SENTINELLA

EVENTO AVVERSO GRAVE ED INASPETTATO CHE CONDUCE O PUO' CONDURRE ALLA MORTE DELL'ASSISTITO O GLI PROCURA UN SERIO DANNO FISICO O PSICOLOGICO

Per DANNO SERIO si intende la PERDITA DI UNA FUNZIONE O DI UN ARTO

E' così definito perché rappresenta il segnale della immediata necessità di investigazione della causa e di una pronta risposta

* Errori in sanità

EVENTO SENTINELLA

Non tutti gli eventi sentinella sono dovuti ad errori, né tutti gli errori conducono ad eventi sentinella.

Non tutti gli eventi sentinella sono prevenibili

I dati della JOINT Commission evidenziano che circa il 10% degli eventi sentinella in Ospedale avvengono nei Dipartimenti di Emergenza e che 1/3 di essi sono riconducibili a condizioni di sovraffollamento

Gli eventi sentinella che occorrono nei Dipartimenti di Emergenza sono per la maggior parte prevenibili (70-80%)



Lista eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 g non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente



Lista eventi sentinella

10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno

* Errori in sanità (DEA)

I DEA sono caratterizzati da una vulnerabilità agli errori assistenziali per le loro caratteristiche intrinseche:

- * Pazienti non noti (anamnesi incomplete, breve tempo disponibile)
- * Criticità dei pazienti
- * Necessità di cure tempestive (patologie per le quali la Medicina delle Evidenze ha dimostrato i vantaggi in termini di sopravvivenza nel trattamento precoce)

Elevatissimo numero di transizioni (relazionali, operative, cliniche)
Complessità processi cognitivi richiesti
Elevata diversificazione e contemporaneità delle attività
Dispersione strutturale
Flusso ininterrotto di attività
Imprevedibilità dei flussi
Certificazioni e burocrazia
Tempo perso alla ricerca del posto letto
Conflitto con gli specialisti

Organici ridotti
Turn over elevato
Scarsa formazione

Burn out degli operatori

NEDOCS (National ED Overcrowding Study) =

$$-20 + 85.8(c/a) + 600(f/b) + 13.4 (d) + 0.93(e) + 5.64 (g)$$

a: numero dei letti di PS (OBI).

b: numero letti dell'ospedale.

c: n. totale dei pazienti in PS (OBI+ Letti bis+ barelle nei corridoi + pazienti in attesa di esami + pazienti in valutazione + pazienti in attesa triage

d: n. respiratori in uso in PS

e: tempo di attesa massimo per ospedalizzazione (in ore)

f: n. dei pazienti totali in attesa di ospedalizzazione in PS

g: tempo di attesa massimo da triage.

Overcrowding Scale					
NEDOCS Score	0 - 50	51-100	101-140	141-180	> 180
Condition	Not Busy	Busy	Overcrowded	Severely Overcrowded	Dangerously Overcrowded

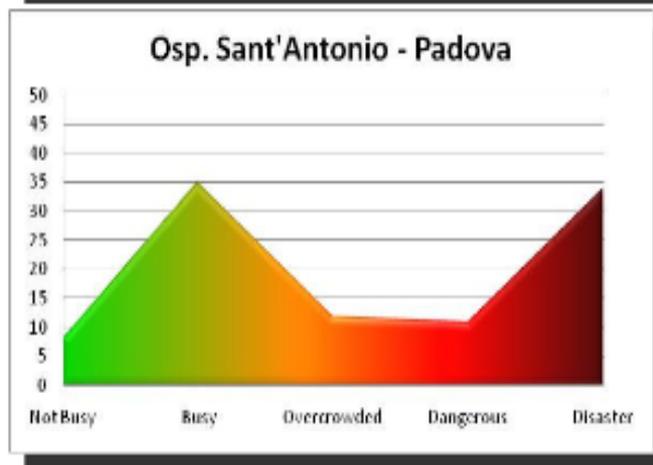
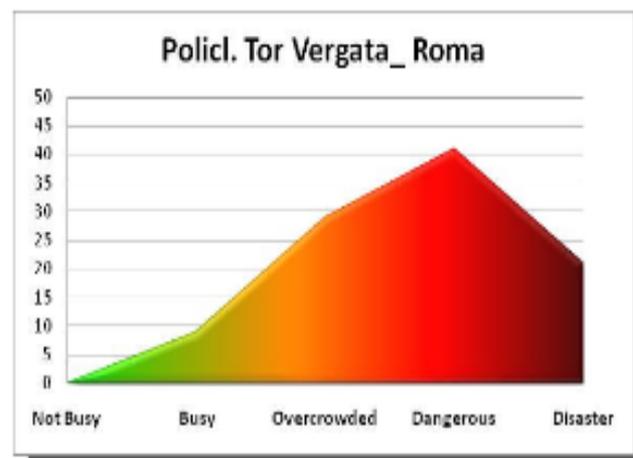
Policlinico Tor Vergata ha partecipato a questo studio proposto dall'Ospedale Pertini (Direttore Dr. F.R. Pugliese):

calcolare il NEDOCS in 5 momenti prestabiliti della giornata per 30 gg.

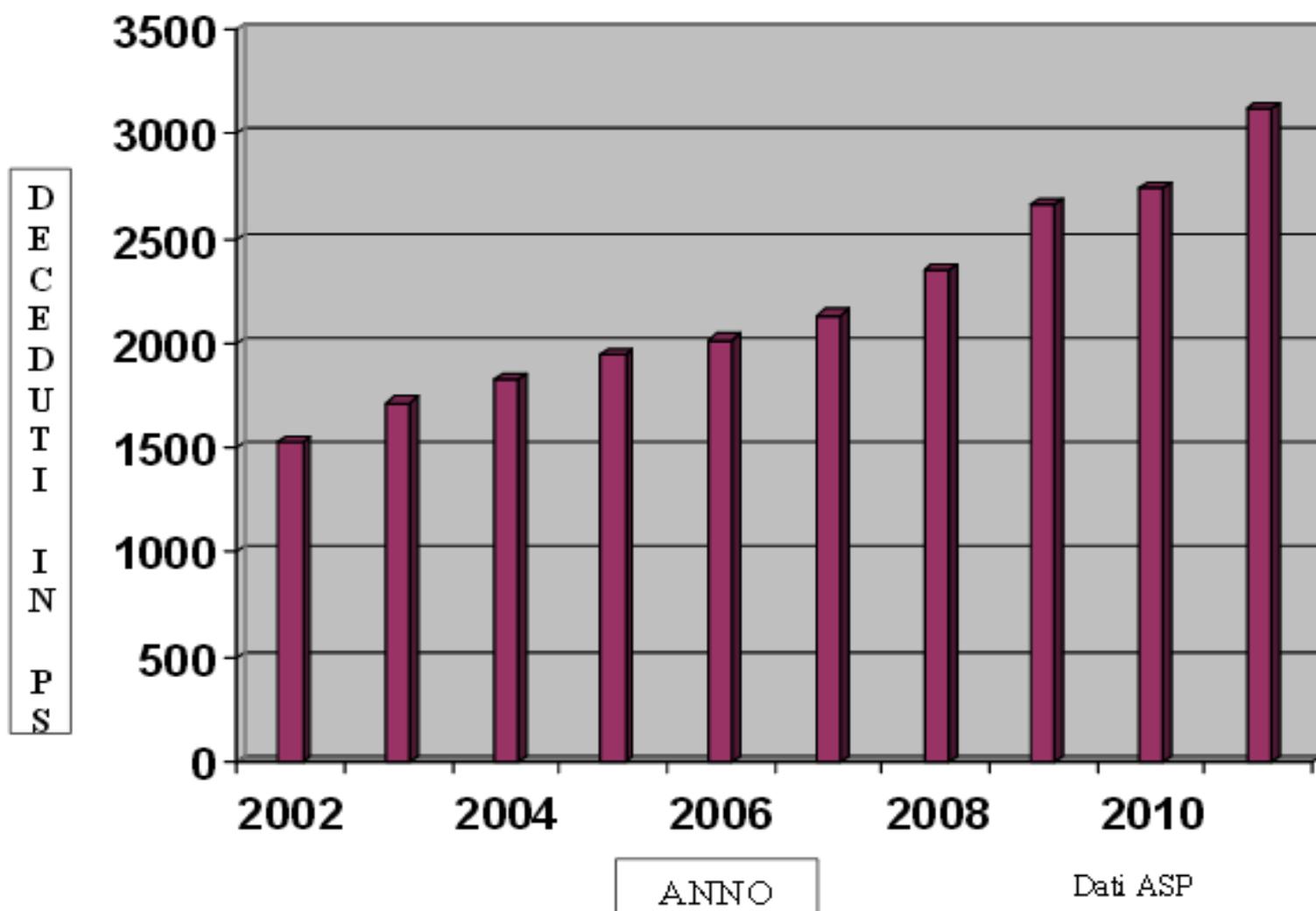
PERIODO: 16 Novembre-15 Dicembre 2009

RILEVAZIONI: ore 8-13-17-22-02

NEDOCS



Regione Lazio



*** ERRORI NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA**
destinazione in reparto non appropriato

- * Nell'ambito degli errori di destinazione interna del paziente è importante sottolineare come la inappropriata destinazione in un reparto, per errore diagnostico o per mancanza di posto letto nella unità operativa appropriata, può arrecare un danno al paziente
- * Infatti il personale del reparto inappropriato può avere minore familiarità con le linee guida di assistenza di un determinata patologia
- * Ciò potrebbe anche contribuire al ritardo di cure e all'occorrenza di un evento avverso

*altre **CONSEGUENZE** sui pazienti...

* **RITARDO DELLA DIAGNOSI E DELLE CURE**

* **INCAPACITA' A COLLOCARE I MALATI CRITICI
IN APPROPRIATI AMBIENTI ASSISTENZIALI E
CONSEQUENTE BOARDING**

* **INCREMENTO DEI RISCHI DI INFEZIONI
OSPEDALIERE**

* **MINORE SODDISFAZIONE DA PARTE DEI
PAZIENTI SULL'USO DEL PS**

*** COLLOCAZIONE DEI PAZIENTI DA CURARE
IN AREE NON DEDICATE ALL'ASSISTENZA
(CORRIDOI, INGRESSI, AMBIENTI UNICI,...)
IN CUI LA PRIVACY NON E'
SALVAGUARDATA, IN ASSENZA DI RISORSE
CLINICHE DI BASE (MONITORAGGIO
CARDIACO, OSSIGENO, SATURIMETRIA,
CAMPANELLO DI CHIAMATA,
ASPIRAZIONE,...), LIVELLI ASSISTENZIALI
INFERIORI A QUELLI EROGABILI NEI
REPARTI DI TEORICA DESTINAZIONE**

**Gli uomini sono fallaci ed errori si verificano
anche nelle migliori organizzazioni**

**Non possiamo cambiare la condizione umana,
ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli
uomini lavorano**

REASON BMJ 2000

REASON BMJ 2000

UOMINI LAVORANO

Anziana cade dalla barella e muore

► La vittima era stata ricoverata all'ospedale di Tor Vergata
 ► Venerdì scorso un paziente è deceduto durante il trasporto
 la Procura: è omicidio colposo, aperto fascicolo contro ignoti in ospedale: è scivolato dallo sportello aperto dell'ambulanza

IL CASO

Ricoverata in ospedale per problemi gastrici, è deceduta nel modo più assurdo possibile: è caduta da una barella sistemata in una corsia del policlinico di Tor Vergata, ha sbattuto la testa al suolo, ed è stata stroncata da un'emorragia cerebrale fulminante. È successo lo scorso venerdì. I parenti della signora Ines, 74 anni, arrivata al nosocomio per curare un forte dolore all'addome, ora chiedono giustizia. Hanno sporto denuncia, e la Procura ha aperto un fascicolo per indagare sulla vicenda. Il caso è stato assegnato al pubblico ministero Nadia Plastina, che procede contro ignoti per omicidio colposo. L'autopsia è già stata effettuata dal professor Giorgio Bollno e, ora, gli inquirenti attendono il risultato completo della relazione

spetto è che dietro alla tragedia ci possa essere una grave carenza di tipo organizzativo. La donna, infatti, è arrivata al pronto soccorso di Tor Vergata lo scorso 10 luglio, ed è stata ricoverata. Gli accertamenti erano in corso e i medici stavano sottoponendo la paziente ad una serie di esami di routine. A distanza di sei giorni dall'ingresso, però, a Ines non era ancora stata assegnata una stanza. La settantenne era quindi stata provvisoriamente sistemata su una barella, a causa della carenza di posti letto. L'anziana, da quanto si apprende, si sarebbe poi sporta dalla lettiga per prendere un oggetto poco distante, ma avrebbe perso l'equilibrio e sarebbe caduta in terra, sbattendo la testa e ferendosi. Sarebbero stati alcuni infermieri di turno a trovare la donna, riversa

da una clinica ad un ospedale, il lettino su cui era assicurato un paziente si sarebbe scaraventato, finendo in mezzo alla strada. Protagonista della sfortunata vicenda, Alessandro, classe 1948. Un'ambulanza lo stava accompagnando al San Camillo, dopo averlo prelevato da una casa di cura privata. Durante il tragitto, però, lo sportellone del veicolo si sarebbe spalancato, forse a causa di una manovra un po' troppo brusca. E la barella su cui era sdraiato il paziente si sarebbe rovesciata sull'asfalto. Alessandro non si sarebbe ferito in modo grave. Arrivato presso il nosocomio, però, non sarebbe nemmeno riuscito ad entrare in sala operatoria: sarebbe deceduto poco prima dell'operazione, probabilmente a causa di una malattia che lo affliggeva da tempo. L'anziano soffriva di un disturbo alla

L'INCHIESTA

**Cade dalla barella
settantenne muore
al policlinico Tor Vergata**

SALVATORE A PAGINA IX

Tor Vergata, cade dalla barella e muore

FRANCESCO SALVATORE

DA sette giorni si trovava su una barella nel pronto soccorso dell'ospedale Tor Vergata. Era arrivata il venerdì di due settimane fa con dei disturbi gastrici ed era stata fatta accomodare lì perché in reparto non c'erano posti.

Lo scorso giovedì si è sporta per prendere qualcosa ma si è sbilanciata ed è caduta in terra. È stato un incidente fatale quello di cui è stata vittima una donna di 75 anni. La paziente è morta per emorragia cerebrale a seguito di un trauma cranico. Sulla vicenda la procura ha aperto

e primi risultati hanno chiarito la natura della morte e nei prossimi giorni delegherà le indagini alle forze di polizia giudiziaria. A sporgere denuncia sono stati i parenti dell'anziana.

Stando a quanto ricostruito la donna riceveva le cure adeguate ed era sottoposta agli accertamenti. Al momento non ci sono ancora iscritti nel registro degli indagati. Gli inquirenti vogliono capire, però, se la donna sia stata soccorsa con tempestività e se non sia stata abbandonata a se stessa: se sia normale che un degente venga sistemato in una condizione di tale rischio.

Lo scorso venerdì è avvenuto

la clinica privata in cui era ricoverato all'ospedale San Camillo. L'uomo era affetto da problemi alla cistifellea e le sue condizioni si erano aggravate per un'emorragia cerebrale. Durante il tragitto, il portellone dell'ambulanza si è aperto e il lettino a cui era legato il paziente si è ribaltato. L'incidente ha provocato delle ferite superficiali al capo dell'uomo. Il paziente, comunque, è deceduto due giorni dopo, prima di entrare in sala operatoria. I parenti, quindi, hanno sporto denuncia.

La 75enne era ricoverata da 7 giorni in pronto soccorso: in reparto non c'era posto

La responsabilità professionale nell'utilizzo dei mezzi di contenzione nella gestione dell'evento caduta in ambiente ospedaliero

M. Crusco¹, B. Susi², E. Luzi¹, F. Massoni¹, P. Ricci¹, P. Corbosiero¹, M. Pelosi¹, L. Ricci¹, S. Ricci¹

¹Dipartimento di Scienze Anatomiche, Istologiche, Medico legale e dell'Apparato locomotore. Università "Sapienza" Roma; ²Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Policlinico Tor Vergata, Roma, Italia

dei pazienti in ospedale quelli più a rischio. Particolare attenzione infatti, secondo quanto emerso in recenti sentenze e dal nostro studio, rivestono i pazienti che per le loro condizioni di salute, come confusione mentale e agitazione psicomotoria, richiedono di essere sottoposti a un attento controllo per evitare che possano cadere e riportare lesioni. In questi casi infatti le cadute sono da considerarsi eventi prevedibili per evitare i quali il personale è tenuto ad adottare tutte le misure possibili. L'individuazione e la sorveglianza di questi soggetti più a rischio può rappresentare una efficace misura preventiva. Un altro punto rilevante è quello



Gennaio -settembre 2015

39 cadute da barella

Gen 5	feb 3
Mar 5	apr 1
Giu 6	lug 7
Ago 7	sett 5



Sentenza Cassazione
triage infermeristico



Sez 4 n.11601 anno 2015 Penale
Udienza 01.10.14
Su ricorso Procuratore Generale Corte Appello Milano

Dolore toracico, codice verde
Non rivalutato (affollamento)



2 infermieri assolti in appello

Reinviati in appello

A fronte dell'eccezionale afflusso in Ps (che ha impedito la rivalutazione) non può invocarsi alcuna esclusione di responsabilità in relazione al rapporto personale/prestazioni se non dopo una compiuta analisi non solo del personale in ps ma in tutto l'ospedale.

Spetta al personale del ps allertare il personale dei reparti ove si verificano situazioni di emergenza tali da determinare la compromissione grave della salute dei cittadini bisognosi di cure urgenti

- Assenza di riferimento a qualsiasi tipo di figura dirigenziale medica e delle professioni sanitarie
- Posizione di garanzia anche in capo agli infermieri (posizione di protezione attribuita ai professionisti sanitari)

5 BARRIERE DA ABBATTERE

- × **NO LIMITAZIONE MASSIMA PERFORMANCE:**
Limiti espliciti Massima Performance
- × **AUTONOMIA PROFESSIONALE:**
Lavoro in Team
- × **MANCANZA ATTORI EQUIVALENTI:**
Interscambiabilità (piloti/anestesisti)
- × **PAURA DENUNCE (MEDICINA DIFENSIVA):**
EBM
- × **ECCESSO REGOLE E COMPLESSITA' SISTEMA:**
Semplificazione



* Cultura del sovraffollamento

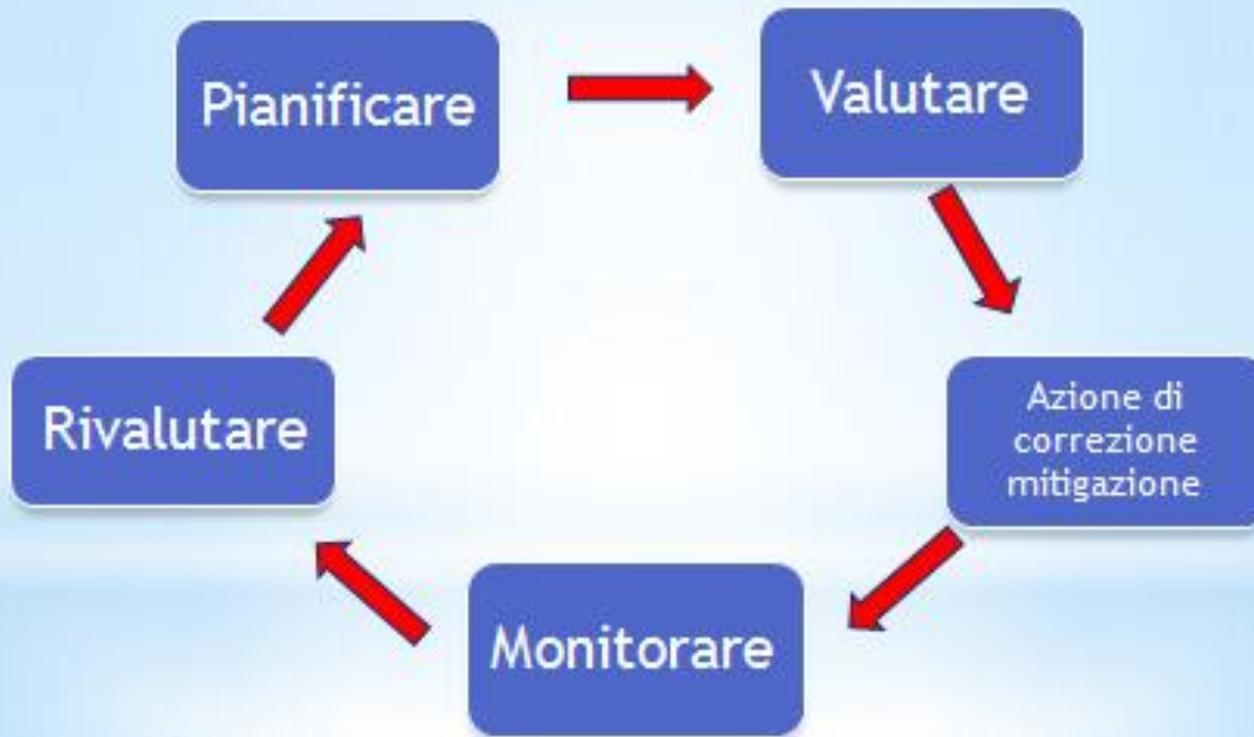


Il Sovraffollamento è un problema di tutto l'Ospedale nel suo insieme, e soluzioni valide potranno trovarsi solo se ci sarà una cultura condivisa, attualmente mancante, sul significato e sui rischi del Sovraffollamento del Dipartimento d'Emergenza



Only when all stakeholders agree that the problem is systemic and hospital-wide can solutions be implemented... that will protect everyone's access to emergency care.

CICLO CONTINUO



CONCLUSIONI

Problema mondiale

Segnalazioni di
near miss

Vanno approfondite le
cause locali

Gestione rischio:
risparmio
assicurazioni

Azioni proattive per
evitare i problemi

Problema culturale

Errori come spunto per
miglioramento

Coinvolgere i
professionisti

A tropical beach scene with a sailboat on the water and palm trees on the shore. The sky is blue with scattered white clouds. The water is clear and turquoise. The beach is sandy and has a few people walking. The text is overlaid on the image in a blue, bold, sans-serif font.

**NESSUN VENTO E' FAVOREVOLE PER CHI
NON SA DOVE ANDARE...**

**MA PER NOI CHE SAPPIAMO, ANCHE LA
BREZZA SARA' PREZIOSA**

Rainer Maria Rilke
Lettera per un giovane poeta 1910

Grazie per l'attenzione