

GESTIONE BOARDING

Proposta del CDR SIMEU Piemonte

18/10/2021

PREMESSA

Come noto il **sovraffollamento** è la situazione in cui il normale funzionamento del 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; nella maggioranza dei casi il sovraffollamento dipende dal **boarding** (fenomeno che consiste nella permanenza in PS di pazienti già destinati al ricovero).

Il boarding e il sovraffollamento hanno conseguenze negative sul sistema sanitario:

- per i pazienti > **peggioramento degli esiti** con aumento della mortalità, ritardi di valutazione e trattamento, aumento dei tempi di degenza, rischio di nuovo ricovero a breve termine, violazione della privacy, gradimento ridotto, esposizione agli errori;
- per gli operatori > mancata aderenza alle linee guida di buona pratica clinica, aumento dello stress e del **burn out**, aumento degli episodi di aggressione da parte degli utenti;
- per l'ospedale > **inefficienza del sistema**, per presa in carico in PS dell'attività inappropriata di gestione dei pazienti in boarding, aumento dei tempi di degenza in ospedale, ridotta attrattività e incremento di trasferimenti/dimissioni del personale dei PS (con crisi di reclutamento e difficoltà a garantire il servizio).

Il boarding interessa in modo molto variabile le regioni e gli ospedali e soprattutto i diversi pazienti, in relazione ai quadri di presentazione, con tempi di attesa per il ricovero più lunghi per le problematiche mediche generali, rispetto a quelle mediche specialistiche o a quelle chirurgiche; ne consegue la **violazione del principio di equità nell'accesso alle cure**.

Gli aspetti descritti, documentati nella letteratura scientifica da due decenni, sono stati oggetto recentemente di atti normativi nazionali (Atto 143 Conferenza Stato-Regioni del 01/08/19) e regionali (DGR 7-3088 Regione Piemonte del 16/04/21), che vincolano le aziende sanitarie a predisporre piani di gestione del sovraffollamento (PGS) e stabiliscono gli standard per lo stazionamento in PS nell'attesa del ricovero (massimo 2 ore).

L'attuale situazione della rete di emergenza ospedaliera piemontese, con la **crisi di reclutamento del personale medico per i PS/DEA**, impone un intervento urgente e drastico sul fenomeno del boarding, per destinare le limitate risorse disponibili delle unità di MeCAU alle attività appropriate da svolgere prioritariamente: valutazione tempestiva dei pazienti in accesso, stabilizzazione e trattamento dei pazienti critici, definizione dei percorsi di cura per tutti i soggetti presi in carico, osservazione breve intensiva (OBI), terapia sub-intensiva; l'attività di gestione dei pazienti in boarding non è un'attività appropriata per le SC di MeCAU e assorbe fino al 40% delle risorse umane distogliendole dalle attività prioritarie d'istituto.

In tale contesto si è arrivati in molte ASR a coinvolgere nelle attività di PS medici non specialisti e infermieri provenienti da altre aree o neoassunti, spesso con contratti atipici, oppure ad esternalizzare il servizio ad agenzie di somministrazione e a cooperative con personale precario; in alcune ASR è stato ipotizzato il coinvolgimento a rotazione dei medici dei dipartimenti medici e chirurgici nei turni di PS/DEA, senza prima intervenire sul fenomeno del boarding.

L'intervento, attualmente indispensabile, di abbattimento del boarding comporta, senza costi rilevanti:

- il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei sistemi ospedalieri;
- il maggiore gradimento da parte dei pazienti e dei cittadini;
- la diminuzione del fabbisogno di personale nei DEA/PS, con la promozione del benessere organizzativo e dell'attrattiva per i professionisti, e la conseguente possibilità di mantenere attiva la rete di emergenza ospedaliera.

PROGETTO CONTROLLO BOARDING

E' necessario che ogni ASR definisca prioritariamente un **progetto di controllo del boarding in PS/DEA specifico per ogni ospedale**, in applicazione di quanto già definito nella Circolare 22082/A1403A del 28/10/2016 della Direzione Sanità e nella DGR 7-3088 del 16/04/21 della Regione Piemonte, per arrivare gradualmente, ma in tempi necessariamente brevi, allo standard di 2 ore (come tempo massimo di boarding), definito dall'Atto 143/CR del 01/08/19 della Conferenza Stato-Regioni.

SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE

- Come da precedenti indicazioni regionali ogni ASR deve disporre di un sistema informativo che consenta di rilevare e rendicontare i **tempi relativi alla permanenza dei pazienti nei PS/DEA**:
 - o **tempo di attesa** (dalla registrazione al triage alla prima visita medica)
 - o **tempo di processo** (dalla prima visita medica alla dimissione o alla decisione del ricovero)
 - o **tempo di boarding** (dalla decisione del ricovero al ricovero effettivo)
I tempi indicati devono essere calcolati per ogni ospedale e per ogni reparto di ricovero, sia per i pazienti con ricovero diretto da PS/DEA che per i pazienti ammessi in OBI prima del ricovero
- Ogni mese sarà prodotto un **rapporto mensile aziendale** sui dati di cui sopra, da condividere tra:
 - o Direzione strategica
 - o Direzioni dei presidi ospedalieri e bed managers
 - o Direzioni dei dipartimenti
 - o Direttori e coordinatori dei Servizi Diagnostici e delle Strutture Aziendali che ricevono ricoveri da PS/DEA
 - o Direzioni dei Distretti e NCC

PROGETTAZIONE E ITER DECISIONALE

- In ogni ASR potrà essere programmato un **corso residenziale** (di 3-5 ore) sul sovraffollamento/boarding, rivolto alle posizioni organizzative aziendali indicate nel paragrafo precedente; il corso avrà l'obiettivo di condividere con il Collegio di Direzione e con i dirigenti e i quadri più coinvolti le problematiche relative al sovraffollamento/boarding, le modalità di analisi/monitoraggio e i possibili interventi.

- Il corso residenziale potrà essere sostituito da una conferenza o altro momento di condivisione/confronto
- Dopo il momento comune con i dirigenti e i quadri aziendali, le **Direzioni Strategiche** potranno definire **le regole interne e le azioni prioritarie vincolanti** per il controllo del boarding, da attuare in ogni Ospedale, privilegiando quelle con dimostrata efficacia già descritte nell'Allegato D alla DGR 7-3088 del 16/04/21:
 - o redistribuzione dei posti letto tra i diversi dipartimenti in risposta alla valutazione di fabbisogno di ricoveri e alle necessità emergenti;
 - o definizione di n° minimo di posti letto da rendere disponibili giornalmente da parte di ogni SC per i ricoveri da PS;
 - o definizione di soglie massime di presenze e boarding nei PS/DEA oltre le quali i pazienti in attesa di ricovero devono comunque essere spostati per garantire la funzionalità delle strutture di emergenza e per motivi di sicurezza
- In base alle indicazioni vincolanti delle Direzioni Strategiche, in ogni ASR e per ogni presidio ospedaliero, sarà rielaborato il **Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS)** annuale, con l'obiettivo prioritario dell'abbattimento del boarding.

OBIETTIVI E RESPONSABILITA'

- Gli obiettivi per il controllo del boarding potranno essere definiti in ogni ASR e ogni Ospedale dalle **Direzioni Strategiche**, in base alle criticità locali e alle indicazioni regionali.
- Gli obiettivi potranno essere assegnati ai Direttori delle strutture aziendali con la mappa delle responsabilità di seguito indicata, dettata in base alle diverse possibilità di intervento
 - o **monitoraggio del fenomeno** > MeCAU e Direzioni di presidio
 - o **intervento sui tempi di attesa per le indagini strumentali e le consulenze** in PS/DEA > Radiologia, Laboratorio Analisi, Strutture aziendali che erogano consulenze in PS/DEA
 - o **intervento sui tempi di attesa per i ricoveri** da PS/DEA (boarding) > Strutture aziendali che ricevono ricoveri dai PS/DEA
 - o **intervento sui flussi ospedale-territorio** > Nuclei di Continuità delle Cure, Distretti
 - o **governo operativo del sistema** > Direzioni di Presidio e Bed Managers

RIFERIMENTI NORMATIVI, TECNICI E SCIENTIFICI

RIFERIMENTI NORMATIVI (con annotazioni)

- Il **DM 02/04/2015 n. 70** “Definizione degli standard strutturali, qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” prevede l’istituzione in ogni ospedale sede di DEA (ospedali hub e ospedali spoke) di una struttura complessa (SC) MeCAU, e assegna agli stessi ospedali postazioni di osservazione breve (OBI) e posti letto di terapia subintensiva (TSI). E’ prevista l’attività di OBI anche negli ospedali base e di area disagiata, che non sono sede di DEA.
- La Circolare 22082/A1403A del 28/10/2016 della **Direzione Sanità della Regione Piemonte** “Linee di indirizzo per la gestione del paziente in Pronto Soccorso” ha dato indicazioni alle ASR sulle modalità di monitoraggio e gestione del sovraffollamento/boarding, con mandato per produzione annuale di un Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS)
- La **Conferenza Stato-Regioni** ha approvato con **Atto 143/CSR del 01/08/2019** i documenti “Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”; i documenti sul Triage e sull’Osservazione Breve Intensiva includono indicazioni sulle dotazioni di personale e sugli standard del numero di postazioni di OBI e dei tempi di permanenza in PS e in OBI, e del tempo di boarding (tempo massimo di attesa per i ricoveri)
- Il **DL 19/05/2020, n. 34** (Decreto rilancio) “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”, ha definito nuovi standard per i posti letto di Terapia Sub-Intensiva (TSI), oltre che di Terapia Intensiva (TI), in rapporto ai residenti nel bacino di utenza di ogni Ospedale.
- La **DGR 16/04/2021 n. 7-3088 della Regione Piemonte** ha recepito l’accordo della Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2019 (Atto 143/CSR) sulle linee di indirizzo nazionali per il Triage, per l’OBI e per la gestione del sovraffollamento, con approvazione di specifiche linee di indirizzo regionali per il Triage, l’OBI, il Fast-Track e per la gestione dei percorsi dei pazienti e del sovraffollamento in PS (Allegati A, B, C, D alla DGR)

RIFERIMENTI TECNICI

- Institute of Medicine – National Academies USA. **Hospital Based emergency care: at the breaking point**. Washington (DC): National Academies Press; 2007
<https://www.nap.edu/download/11621> - Accesso/download 19/09/2021
- American College of Emergency - *Emergency Medicine Practice Committee*. Physicians. **Emergency Department Crowding: High Impact Solutions**. April 2008
<https://www.edbenchmarking.org/assets/docs/hottopics/2008boardingreportcme%201.pdf> - Accesso 19/09/2021
- NHS England UK – UEC Review Team and ECIST. **Transforming urgent and emergency care services** in England - Safer, faster, better: good practice in delivering urgent and emergency care. August 2015
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/06/trans-uec.pdf> - Accesso/download 19/09/2021
- SIMEU. Policy statement sul **sovraffollamento dei PS/DEA**. 07/11/2015
<https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/302/dir> - Accesso 19/09/2021
- SIMEU. Policy statement sulle Unità di **Terapia Subintensiva** – Edizione “Corona”. 21/05/2020
<https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/302/dir> - Accesso 19/09/2021
- SIMEU. Policy Statement sugli **Standard di riferimento per le Unità di Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza nella rete ospedaliera italiana – Modelli organizzativi e personale**. 29/05/2021
<https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/302/dir> - Accesso 19/09/2021

RIFERIMENTI SCIENTIFICI

1. Horwitz LI, Green J, Bradley EH. US emergency department performance on wait time and length of visit. *Ann Emerg Med.* 2010; 55(2):133-141.
2. Krochmal P, Riley TA. Increased health care costs associated with ED overcrowding. *Am J Emerg Med.* 1994; 12(3):265-266.
3. Liew D, Liew D, Kennedy MP. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. *Med J Aust.* 2003; 179(10): 524-526.
4. Richardson DB. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *Med J Aust.* 2002;177(9):492-5.
5. Weiss SJ, Ernst AA, Derlet R, et al. Relationship between the National ED Overcrowding scale and the number of patients who leave without being seen in an academic ED. *Am J Emerg Med.* 2005;23:288-94.
6. Richardson DB, Bryant, M. Confirmation of association between overcrowding and adverse events in patients who do not wait to be seen. *Acad Emerg Med.* 2004;11(5):462.
7. Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Crit Care.* 2005;9(3):291-5.
8. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, et al. Overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med.* 2010; 28(3):304-9.
9. Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, et al. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2007;35(6):1477-83.
10. Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, et al. The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med.* 2011; 18(12):1324-1329.
11. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust.* 2006;184(5):213-216.
12. Burt CW, McCaig LF. Staffing, capacity, and ambulance diversion in emergency departments: United States, 2003-04. *Adv Data.* 2006; 376: 1-23.
13. Olshaker JS, Rathlev NK. Emergency Department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department. *J Emerg Med.* 2006;30(3):351-356.
14. Nicholl J, West J, Goodacre S, et al. The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study. *Emerg Med J.* 2007; 24(9):665-8.
15. Falvo T, Grove L, Stachura R, et al. The opportunity loss of boarding admitted patients in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2007; 14(4):332-337.
16. Bayley MD, Schwartz JS, Shofer FS, et al. The financial burden of emergency department congestion and hospital crowding for chest pain patients awaiting admission. *Ann Emerg Med.* 2005;45(2):110-117.
17. Falvo T, et al. The opportunity loss of boarding admitted patients in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2007;14(4):332-337.
18. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med.* 2009;16(1):1-10.
19. Proudlove NC, Gordon K, Boaden R. Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? *Emerg Med J.* 2003;20:149-155.
20. Viccellio A, Santora C, Singer AJ, Thode HC, Henry MC. The association between transfer of emergency department boarders to inpatient hallways and mortality: a 4-year experience. *Ann Emerg Med.* 2009;54(4): 487-489.
21. Garson C, Hollander JE, Rhodes KV, Shofer FS, Baxt WG, Pines JM. Emergency department patient preferences for boarding locations when hospitals are at full capacity. *Ann Emerg Med.* 2008;51:9-12.
22. Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of an emergency department (ED) managed acute care unit on ED overcrowding and emergency medical services diversion. *Acad Emerg Med.* 2001;8(11):1095-1100.
23. Barak-Corren Y, Israelit SH, Reis BY. Progressive prediction of hospitalisation in the emergency department: uncovering hidden patterns to improve patient flow. *Emerg Med J.* 2017;34(5):308-314.