

Il sovraffollamento in Pronto Soccorso non è (solo) un problema del Pronto Soccorso

“La mission del Pronto Soccorso appare complessa: garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali, attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita.

(..) Le funzioni di Medicina e Chirurgia di Accettazione-Urgenza (MeCaU), di Pronto Soccorso e di Osservazione Breve Intensiva (OBI) costituiscono strumenti indispensabili per la corretta operatività del percorso in emergenza-urgenza.”

Così recitano le Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso pubblicate dal Ministero della Salute nel 2019

Le stesse linee di indirizzo definiscono il sovraffollamento come “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.” La convergenza di diversi fattori (pandemia, taglio dei posti letto ospedalieri, mancanza di cure intermedie e strutture di post-acuzie, carenza di organico, cronicizzazione delle malattie e aumento delle comorbidità, invecchiamento della popolazione) ha determinato negli ultimi anni un ulteriore peggioramento della situazione di sovraffollamento delle strutture di Pronto Soccorso.

Il modello comunemente usato per analizzare le cause del sovraffollamento in Pronto Soccorso prende in considerazione tre fattori: input (ingresso), throughput (processamento) e output (uscita, intesa come ricovero o dimissione). L'input è legato al numero di pazienti

che si presentano in Pronto Soccorso, che dipende dal numero di urgenze e dalla capacità della sanità territoriale di dare risposta alle problematiche percepite come urgenti da parte della popolazione. Il throughput e l'output sono elementi dipendenti dall'organizzazione della singola struttura ospedaliera e dalla rete tra ospedali.

Le soluzioni che prendono in considerazione solo i fattori di input e throughput (ad esempio iniziative di gestione dei flussi e strategie di deviazione dall'utilizzo dei DEA) non sono da sole efficaci nel ridurre il sovraffollamento. Il fattore più determinante per il sovraffollamento in Pronto Soccorso risulta infatti essere il “boarding”, cioè la quota di pazienti che sono già stati valutati dallo specialista in medicina d'urgenza e per cui è stata data l'indicazione al ricovero ospedaliero ma che, per mancanza di posti letto nei reparti, rimangono bloccati all'interno della struttura del Pronto Soccorso.

Il boarding riguarda quindi i pazienti che hanno concluso il proprio iter in urgenza ma, per un problema legato al funzionamento dell'intera struttura ospedaliera, rimangono in carico al solo personale del Pronto Soccorso, che non può quindi dedicarsi alla valutazione, stabilizzazione e cura dei “nuo-



ANDREA DUCA
Responsabile
Anaaio Giovani
Lombardia



MATTEO TRAVERSA
Responsabile
Anaaio Giovani
Piemonte



GIAMMARIA LIUZZI
Responsabile
Nazionale Anaaio
Giovani



sodi di violenza nei confronti del personale e ad una ridotta aderenza alle linee guida. Queste condizioni si associano in Italia ad una riduzione dell'attrattività della specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza e ad un costante abbandono da parte dei medici assunti in Pronto Soccorso, con conseguente peggioramento della carenza di personale.

Tra le soluzioni che sono state documentate come efficaci per ridurre il sovraccollimento vanno citate:

Input: lo sviluppo di una sanità ed assistenza sociale territoriale che intercetti i bisogni non urgenti della popolazione e una ottimizzazione della rete dei Pronto Soccorso che permetta un rapporto continuo tra ospedali Hub e Spoke

Throughput: il miglioramento dei processi interni al Pronto Soccorso con un adeguamento della dotazione di personale sanitario e assistenziale

Output: l'aumento di posti letto intraospedalieri, l'ottimizzazione del bed management e la presa in carico del paziente in attesa di ricovero da parte del personale del reparto dove il paziente verrà ricoverato.

Concludendo, il problema del sovraccollimento e, in particolare, del boarding, mette in serio pericolo sia la sicurezza dei pazienti che si presentano in Pronto Soccorso sia l'esistenza stessa di un servizio di Emergenza-Urgenza di elevata qualità.

Diventa fondamentale nel breve tempo garantire un aumento dei posti letto per pazienti acuti e una riorganizzazione della sanità territoriale che possa dare una risposta ai bisogni non urgenti della popolazione.

Nel frattempo, a livello dei singoli ospedali, per evitare che il sistema collassi definitivamente, è urgente che il fenomeno del boarding venga condiviso con tutta la struttura ospedaliera. Sono necessarie azioni urgenti che permettano ai pazienti in attesa di ricovero di essere presi in carico e assistiti fin da subito dai team sanitari che continueranno a gestirli una volta in reparto, garantendo così fin da subito una qualità di cura adeguata e permettendo agli specialisti in medicina d'urgenza di dedicarsi alla gestione dei nuovi pazienti che si presentano in Pronto Soccorso.

eventi avversi, documentato da numerosi studi. In particolare il sovraccollimento causato dal boarding è associato a:

- Aumento del tempo di attesa per la prima valutazione medica, con conseguente aumento del numero di pazienti che abbandonano il Pronto Soccorso prima di essere valutati
- Aumento del numero di errori nella gestione clinica del paziente
- Aumento del tempo di permanenza in Pronto Soccorso prima della dimissione, con conseguente aumento del numero di pazienti che abbandonano il Pronto Soccorso prima del completamento del percorso clinico
- Aumento della lunghezza del successivo ricovero ospedaliero
- **Aumento della mortalità** intraospedaliera del paziente

L'aumento degli effetti avversi dovuti al sovraccollimento del pronto soccorso si osserva in pazienti di età diverse, con condizioni variabili e in ogni periodo dell'anno. La sicurezza dei pazienti nella situazione attuale è quindi già compromessa.

Oltre agli effetti negativi sugli esiti dei pazienti, il sovraccollimento è anche associato ad aumentato stress nel personale sanitario, ad un aumento degli epi-

vi" pazienti in arrivo. Per la natura stessa di questo fenomeno, sommandosi i pazienti in attesa di ricovero a quelli che si presentano per essere valutati, non esiste quindi un numero massimo di pazienti che vengono gestiti in contemporanea dal personale del Pronto Soccorso; personale il quale invece rimane in numero invariato. I pazienti in attesa di ricovero sono dunque gestiti:

- da personale insufficiente, a causa dell'elevato numero di pazienti che stazionano in attesa di ricovero associato a quelli nuovi che si presentano in Pronto Soccorso per essere valutati
- da personale che ha competenze specialistiche legate all'urgenza e non all'iter intraospedaliero del paziente
- in ambienti che non sono adeguati alla permanenza se non per poche ore (materassi non adeguati per pazienti allettati, assenza di campanelli ai letti, ridotto numero di servizi igienici, mancanza di privacy,...)

La conseguenza è un **aumento degli**

Bibliografia

- *Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraccollimento in pronto soccorso*, Ministero della Salute 1/08/2019.
- Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, et al. *A conceptual model of emergency department crowding*. *Ann Emerg Med* 2003; 42: 173-180.
- Ramanujam R, Rousseau D. *The challenges are organizational not just clinical*. *J Organiz Behav* 2006; 27: 811-827.
- Francesco Rocco Pugliese, Claudia Cicchini, *The Ptolemaic theory and the Copernican theory: which is the right one in the overcrowding?* *ITJEM* 2019.035
- Morley C, Unwin M, Peterson GM, et al. *Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions*. *PLoS ONE* 13(8): e0203316.
- Hsuan C, Segel JE, Hsia RY, et al. *Association of emergency department crowding with inpatient outcomes* *Health Serv Res*. Published online September 26, 2022. doi: 10.1111/1475-6773.14076