

*LA FUNZIONE DEL PRONTO SOCCORSO
TRA TERRITORIO ED OSPEDALE*



Fondazione Smith Kline

XXXII Seminario dei Laghi
14-16 Ottobre 2010

Il rapporto dinamico
tra Ospedale e Territorio

PRONTO SOCCORSO
EMERGENCY / الاستعاف

www.croceve

26

118
EMILIA-ROMAGNA
REGGIO E. SOCCORSO

*ANNA MARIA FERRARI
DIRETTORE DEU REGGIO EMILIA*

Il ruolo del Pronto Soccorso



Evoluzione Normativa Sistema

- **1938** : *tutti gli Ospedali devono far funzionare un servizio di Pronto Soccorso indipendente per poter assicurare alle urgenze provenienti dall' esterno la presenza di personale libero da impegni di assistenza ai ricoverati.*
- **Legge Mariotti 132/1968**: *si definiscono presenza e caratteristiche del Pronto Soccorso. Nei successivi decreti di attuazione (DPR 128/129/130 del 1969), vengono definiti anche caratteristiche e compiti del personale addetto al Pronto Soccorso*
- **1992** : *Atto d'indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza*
- **1996** : *Linee guida per il sistema di emergenza/urgenza*

Atto d'indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza – 27 Marzo 1992

Linee guida per il sistema di emergenza/urgenza - 1996

1. Punti di Primo Intervento

2. Pronto Soccorso ospedaliero

3. Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) di I livello

4. Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) di II livello

SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA Linee guida n.1/1996

I servizi di **pronto soccorso e di accettazione** svolgono:

1. attività' di accettazione per i casi elettivi e programmati;
2. attività di accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza
3. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza differibile
4. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza indifferibile
5. attività di accettazione di soggetti in condizioni di emergenza.

Pronto Soccorso Ospedaliero

E' ubicato in un Ospedale di zona della rete ospedaliera.

Il Personale medico appartiene di norma alla S.C. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza del DEA di riferimento.

Può essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva.

L'Ospedale deve essere dotato di S.C. di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, Ortopedia, in servizio di G.A. o di Reperibilità secondo le esigenze del bacino d'utenza; devono essere presenti e disponibili H24 i Servizi di Radiologia, Laboratorio, Emoteca.

Il PS deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del Paziente di bassa complessità, di ricovero oppure di trasferimento urgente, mediante il 118 (trasporto primario), al DEA di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate, non presenti in sede (ad es. IMA, Ictus, Traumi maggiori).

Il personale deve essere addestrato nell'approccio al trauma secondo i dettami dell'ATLS

Pronto Soccorso del DEA di I° Livello

E' ubicato nell'Ospedale principale dell'ASL (ove non insistano DEA di II° Livello).

Nelle ASL, che servono popolazioni molto numerose o territori di grande estensione e/o di difficile accesso, possono essere previsti più DEA di I° Livello.

Il Personale medico è costituito obbligatoriamente da Medici d'Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa, o in una Struttura Semplice, appartenente alla S.C. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza del DEA principale, qualora in una ASL esistano più di un DEA.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva e può essere dotato di Letti a medio-alta intensità di cure e di assistenza (letti di "Area Critica", previsti dall'Atto d'Intesa fra Stato e Regioni del 1996), anche comuni con l'Area di Osservazione.

Nei DEA di I° Livello ad alto afflusso (> 45.000 accessi, anche come somma dell'attività di più PS afferenti a quel DEA) devono essere previsti Letti a medio-alta intensità di cure e di assistenza.

Programma della SIMEU per la costruzione del Sistema Integrato Territorio-Ospedale dell'Emergenza-Urgenza - 2007

L'Ospedale deve essere dotato di S.C. di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia, di Ostetricia e Ginecologia, di Pediatria, di Cardiologia con UTIC (ed Emodinamica non interventistica, qualora prevista dal Piano, integrata nella S.C. di riferimento sovrazonale o di Area Vasta), di Neurologia con Stroke Unit di I° Livello, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Psichiatria, Oculistica, ORL, Odontostomatologia, Urologia, in servizio di G.A. o di Reperibilità o misto a seconda delle esigenze del bacino d'utenza; devono essere presenti o disponibili H24 i Servizi di Radiologia con TAC ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale

Il PS deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del Paziente (anche di media complessità), di ricovero oppure di trasferimento urgente, mediante il 118 (trasporto primario), al DEA di riferimento secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate, non presenti in sede (ad es. IMA, Ictus, Traumi Maggiori).

Nei DEA di I° Livello il personale deve essere addestrato nell'approccio al trauma secondo i dettami dell'ATLS.

Pronto Soccorso del DEA di II° Livello

E' ubicato nell'ASO di riferimento per territorio. .

Il Personale medico è costituito da Medici d'Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa, di riferimento strutturale per l'ASL e di riferimento funzionale per l'intero bacino sovrazonale o Area Vasta, che si dota a tale fine di un Dipartimento interaziendale.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva, di letti di "Degenza a medio-alta intensità di cure e di assistenza (vedi "Area Critica" prevista dall'Atto d'Intesa fra Stato e Regioni del 1996).

Il PS deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del Paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari della popolazione di quel bacino sovrazonale.

L'Ospedale deve essere dotato di tutte le S.C. previste per il DEA di I° Livello.

Inoltre devono essere presenti le altre Strutture complesse, che attengono alle discipline più rare e complesse non previste nel DEA di I° Livello: Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillofacciale, Chirurgia plastica, Emodinamica interventistica, Endoscopia digestiva di III° Livello, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale; devono essere presenti o disponibili H24 i Servizi di Radiologia con TAC ed Ecografia, Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale

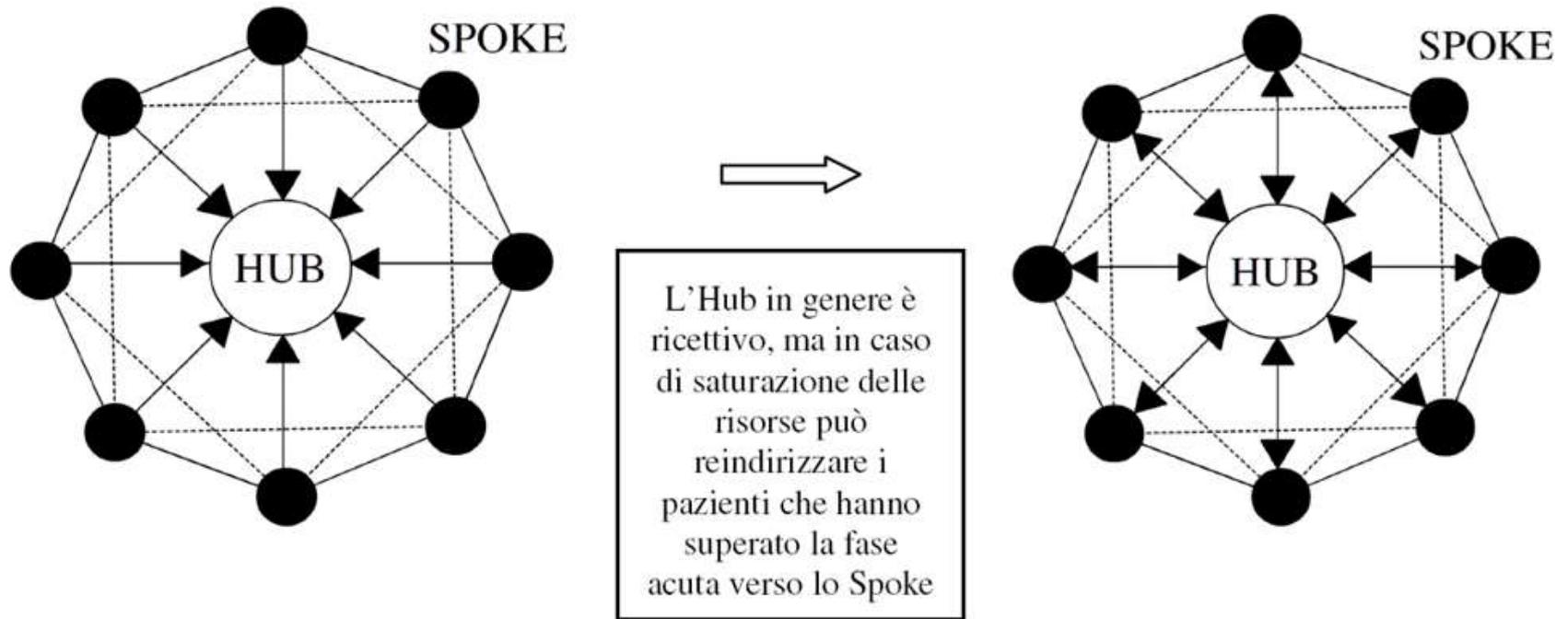
Ogni DEA di II° Livello deve essere in grado di dare un'assistenza qualificata alle Patologie Traumatologiche, svolgendo funzioni almeno di CTZ, Centro Traumi di Zona, secondo le indicazioni fornite dalla Commissione istituita appositamente dal Consiglio Superiore di Sanità; le prestazioni di grande complessità vengono fornite dal Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS), previsto per un bacino di almeno 2 milioni di abitanti.

Alcune funzioni particolarmente rare vengono svolte in un unico Centro Regionale (Centro Grandi ustionati, Centro antiveleni) o in Centri Regionali di numero limitato (Chirurgia Pediatrica, Unità Spinale, Chirurgia del reimpianto di arti): per queste patologie devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente.

Il Pronto Soccorso come nodo di una rete



Il modello Hub & Spoke



*La teoria Hub&Spoke esprime **un'idea dinamica** (prima ancora che strutturale) dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità: quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità periferiche a unità centrali di riferimento.*

RETI PATOLOGIE AD ALTA COMPLESSITA'

➤ *Infarto miocardico acuto*

➤ *Trauma grave*

➤ *Ictus ischemico*

Sono gravi patologie i cui esiti in termini di mortalità e disabilità dipendono fortemente dal fattore tempo e dalla integrazione in rete di tutti i professionisti che intervengono nel percorso del paziente

Il modello Hub & Spoke nello STEMI

Sinteticamente, dunque, è possibile distinguere le seguenti funzioni dei diversi centri:

I centri **spoke** sono i centri che:

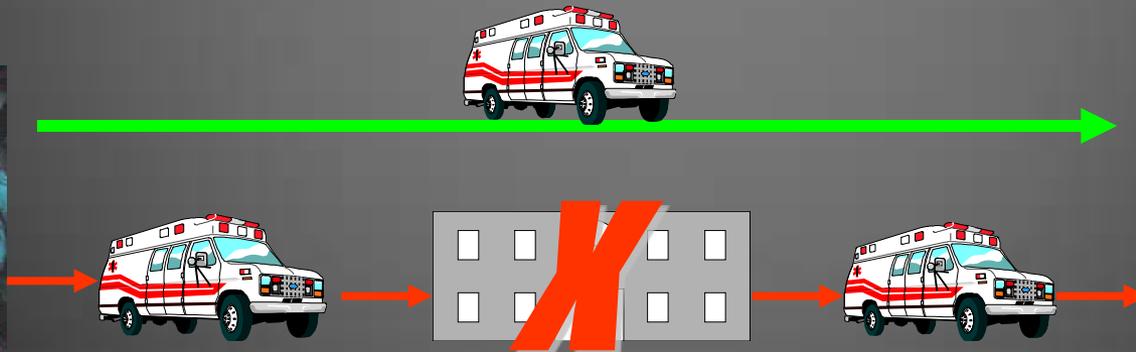
- Identificano il paziente con STEMI
- Trasmettono l'ECG al centro di riferimento
- Inviano/trasportano il paziente ad alto rischio al centro Hub
- Eseguono terapia riperfusiva trombolitica in pazienti con STEMI a basso rischio

I centri **hub** invece sono quelli in cui viene eseguita la terapia riperfusiva mediante angioplastica.

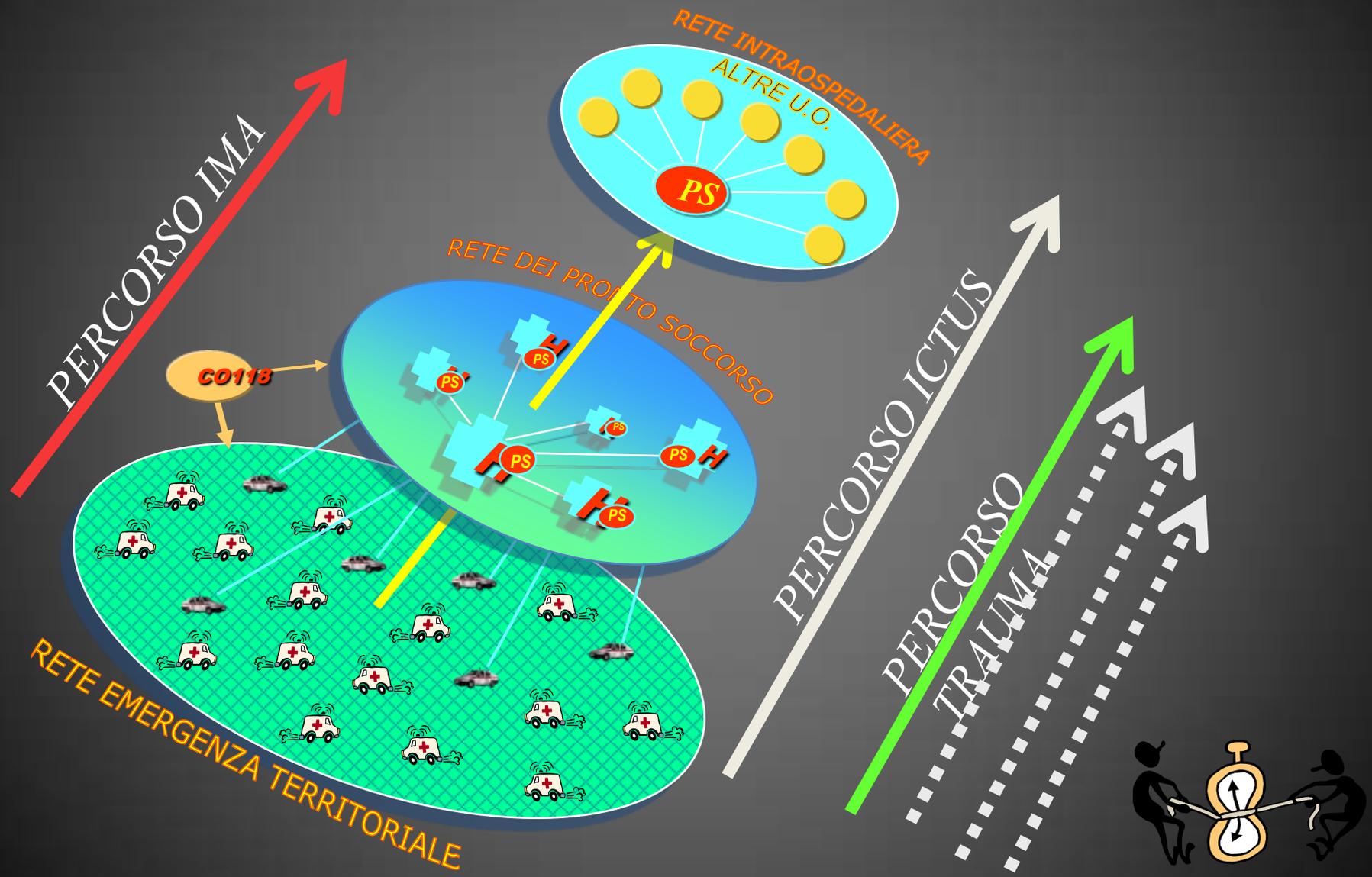
CENTRALIZZAZIONE

Trasporto dei pazienti (trauma, STEMI, ictus), dalla scena dell'evento direttamente agli ospedali più idonei a garantirne il trattamento definitivo

Evitando tappe intermedie che rallenterebbero la soluzione del problema (by-pass)



Percorso del paziente fino alla definitiva collocazione ospedaliera



Pronto Soccorso Ospedale Spoke



IL MEDICO D'EMERGENZA URGENZA per poter garantire il corretto processo di cura al proprio paziente in tempi congrui deve molto spesso avvalersi dei percorsi della rete Hub & Spoke

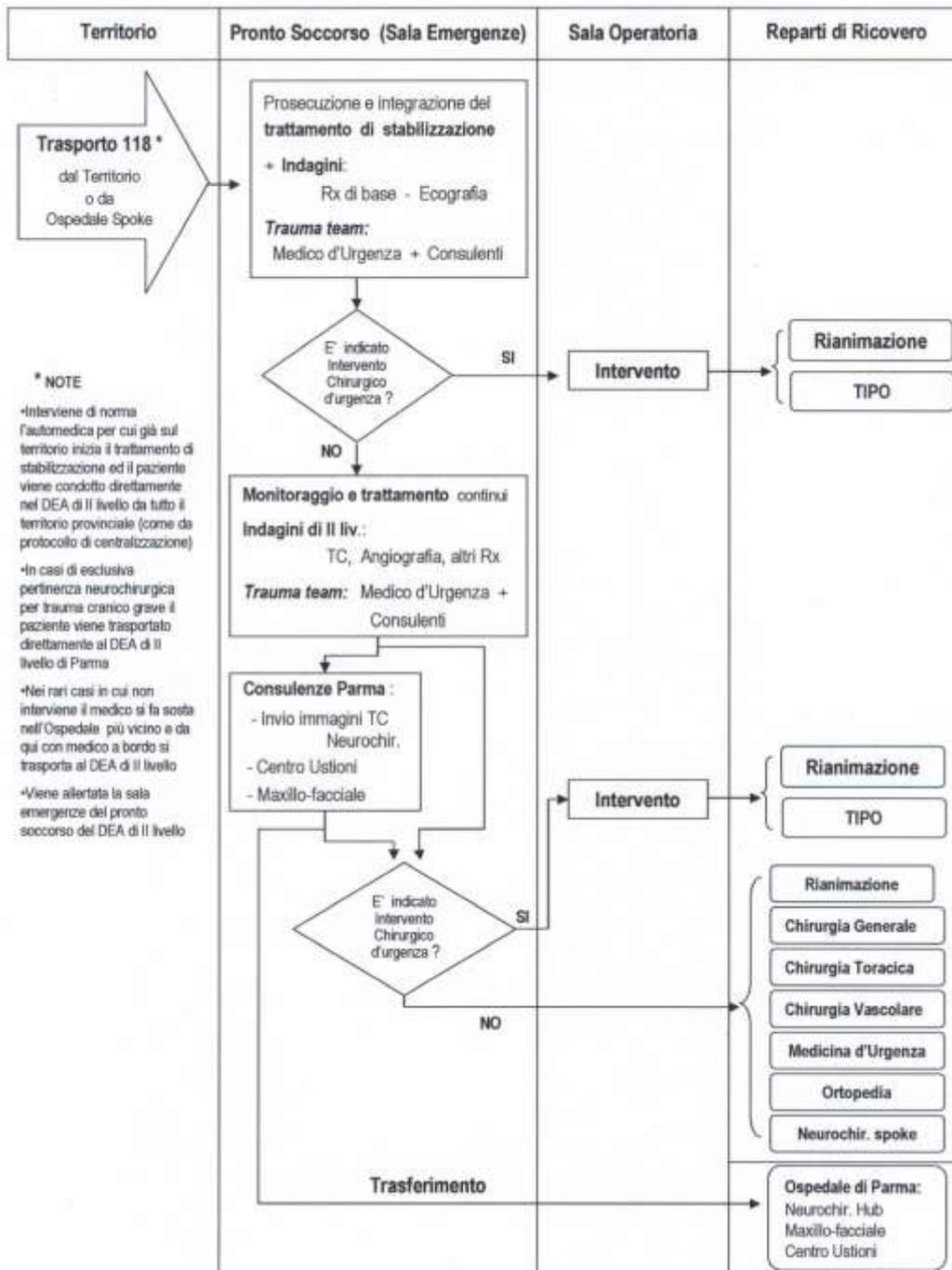
Pronto Soccorso Ospedale Hub



***IL MEDICO D'EMERGENZA URGENZA E' NELLA POSIZIONE
DA CUI E' NECESSARIO GOVERNARE IL SISTEMA***

***LE CONNESSIONI DELLA RETE EXTRA ED INTRA DEVONO ESSERE
ORGANIZZATE E CONDIVISE***

Diagramma di flusso trauma



COSA INFLUENZA IL FUNZIONAMENTO DI UN PS?



Tre giorni e due notti al San Camillo in attesa di ricovero

Paraplegico Bloccato in barella al pronto soccorso Aveva tentato anche al Grassi e al Fatebenefratelli

Flavia Giacobbe
dia a recitare. Immediato lo sfogo sulla vicenda del presidente dell'An...



il caso

Segnalo un fatto vergognoso (uno dei tanti, purtroppo) che mette in luce gravissime carenze

organismi di Proi ortope traumi

ASL 4 CHIAVARESE

Attese interminabili al pronto soccorso scatta la denuncia

Buferata sull'emergenza: una lavagnese esasperata ha chiesto l'intervento di una pattuglia dei carabinieri

LAVAGNA. Il dipartimento di medicina d'urgenza e in particolare il pronto soccorso di Lavagna sono finiti nel mirino delle proteste dei pazienti, che lamentano tempi lunghissimi di attesa prima della visita. Tanto che l'altra sera, esasperata dopo aver passato ore sulle seggiole della sala d'aspetto, una coppia ha richiesto l'intervento dei carabinieri e poi, ieri pomeriggio, ha formalizzato una denuncia in caserma.

Il direttore sanitario: «Il personale è sufficiente, ma spesso è improprio il ricorso al servizio di emergenza»

Tre, in particolare, gli ultimi episodi conosciuti che hanno fatto scattare le proteste. Lunedì mattina poco dopo le 9 una turista inglese in vacanza all'hotel Splendido di Portofino si è fatta accompagnare a Lavagna per effettuare la profilassi che deve seguire perché affetta da malaria. C'è rimasta sino alle 21. Intanto alle 13.30 una donna di 89 anni residente a Lavagna si è rivolta all'emergenza perché colpita da forti dolori alla schiena e alle gambe. Alle 19 il suo compagno ha deciso di chiamare i carabinieri di Sestri Levante che hanno raccolto la denuncia verbale. Alle 23 alla donna è stato somministrato un sedativo/analgico, seguito dal ritorno a casa. Ieri pomeriggio la denuncia è stata formalizzata alla stazione dell'Arma di Lavagna. Venerdì scorso, invece, un novantatreenne di Gattorna è caduto procurandosi profonde ferite al capo. È stato trasportato in codice rosso (che indica la massima emergenza), ha aspettato sei ore prima di essere suturato, quindi anche lui è stato dimesso.

Nessuno degli interessati mette in dubbio la professionalità di medici e infermieri, semmai si ipotizza una carenza di personale. «Lunedi nel reparto c'erano solo un medico e due infermieri», ha affermato il protagonista di uno degli episodi. «È assolutamente falso» - ribatte il direttore sanitario dell'Asl 4 Chiavarese, Giuseppe Caristo. «Al pronto soccorso sono in servizio, oltre ai paramedici, un chirurgo, un internista e un ortopedico. Purtroppo, come accade sempre, il maggior afflusso rende qualcuno troppo nervoso. In realtà si

E' «Pronto soccorso»? Per sei ore al San Matteo

— ore 13.56, registrazione in accettazione, attesa in corridoio spazioso ma con sole 21 sedie, insufficienti

chiamata per il referto; — ore 19.45 circa, diagnosi del medico e doccia di immobilizzazione



Pazienti in attesa al pronto soccorso dell'ospedale di Lavagna

» LE ASSUNZIONI LA REGIONE ASSICURA IL POTENZIAMENTO DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA D'URGENZA

*** IL PERSONALE del pronto soccorso è quello previsto dalla pianta organica, ovvero oltre agli infermieri sono sempre in servizio un chirurgo, un internista e un ortopedico; con questa assicurazione il direttore sanitario dell'Asl 4 Chiavarese Giuseppe Caristo ha chiesto il potenziamento della struttura. «Ma non si dica che siamo sotto gli standard necessari, perché sarebbe una grande falsità», puntualizza Caristo.

turn over di tre mesi in tre mesi. Da questo punto di vista l'Asl Chiavarese risulta premiata perché, grazie alla gestione entro i parametri previsti dalla legge, ogni richiesta avanzata all'assessorato regionale è stata accolta, come Montaldo ha recentemente garantito rispondendo a un'interpellanza del ds Ezio Chiesa. Le nuove assunzioni saranno proprio destinate al dipartimento di medicina d'urgenza per potenziarne ulteriormente le prestazioni. «Ma non si dica che siamo sotto gli standard necessari, perché sarebbe una grande falsità», puntualizza Caristo.

rivolgono all'emergenza codici verdi e addirittura codici bianchi, ovvero malati che dovrebbero chiamare il medico di famiglia senza mobilitare l'urgenza». Della stessa opinione è Giuseppe Caristo e la responsabile della sanità della Cgil, Antonella Ortolio. «Basta fare allarmismo sul pronto soccorso in agosto - ha commentato dopo gli ultimi episodi denunciati - La divisione lavagnese è intasata da persone che ne fanno un uso improprio, una volta un bambino punto da una vespa veniva portato in farmacia, adesso ci si rivolge all'emergenza». Per quanto riguarda l'organico, Antonella Ortolio conferma a sua volta quanto detto dal direttore sanitario. «Siamo leggermente carenti - spiega - di poco, i turni vengono coperti da personale sempre sufficiente e i posti vacanti stanno per essere assegnati grazie ai provvedimenti a cadenza trimestrale che anche questa volta la Regione ci ha concessi». Resta il problema delle tante ore di attesa che i pazienti subiscono, anche se è ovvio che in un pronto soccorso la spogiosità debba essere data a chi presenta patologie gravi. Anche per questo motivo chi aspetta di essere visitato spesso si vede passare davanti tutti coloro che hanno necessità di un intervento più urgente.

Giacomo Ferrera

*Negli ultimi anni si e' assistito
ad un utilizzo crescente
delle strutture dedicate all'emergenza-urgenza
ed in particolare del Pronto Soccorso
che ha portato, negli ultimi dieci, anni ad un
incremento degli accessi
di circa il 50% nel nostro Paese
e nella maggior parte dei Paesi industrializzati*

Le cause sono da riconoscersi in:

- a) un sempre maggior bisogno del cittadino di ottenere, in tempi brevi, dal servizio pubblico, una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali*
- b) informazione sanitaria diffusa e convinzione dei cittadini di potere autonomamente gestire le proprie esigenze di salute*
- c) miglioramento delle cure con aumento della sopravvivenza in pazienti affetti da gravi patologie, che con sempre maggior frequenza necessitano dell'intervento del sistema d'emergenza-urgenza*
- d) incremento della popolazione anziana, sempre più affetta da pluripatologie*

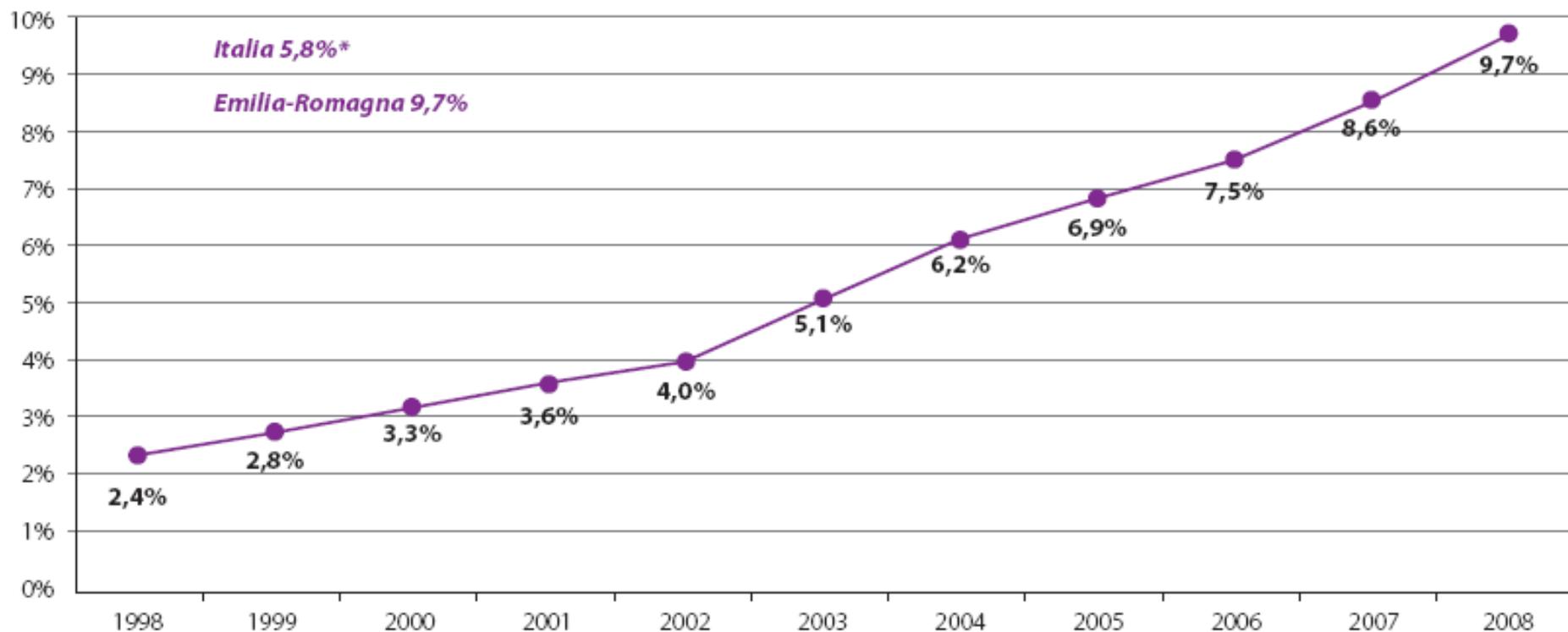
altre cause sono

- e) il ruolo di rete di sicurezza rivestito dal Pronto Soccorso per categorie socialmente deboli*
- f) incremento dei traumatismi in generale*
- g) preminenza del modello di salute centrato sull'ospedale rispetto al modello centrato sulla medicina del territorio*
- h) possibilità di ricevere prestazioni qualificate, a basso costo ed in tempo reale 24h/24h*
- i) la consapevolezza da parte degli utenti di trovare in Pronto Soccorso risposte tecnologiche e professionali di alto livello*
- l) La crescita della popolazione, anche clandestina*

Cosa è cambiato in questi anni?

La popolazione straniera

Percentuale di popolazione straniera sulla popolazione residente in Emilia-Romagna
Anni 1998-2008



*2007 ultimo dato disponibile

Il problema degli anziani

*In sanità una persona >75 anni consuma prestazioni
25 volte più di un quarantenne!*

Popolazione anziana residente over 75 anni dal 1998 al 2008

in Emilia-Romagna



L'attività di Pronto Soccorso, la sua necessità di garanzia di qualità e contestualmente di filtro degli accessi (OBI) a fronte di una significativa riduzione di posti letto disponibili per acuti prevista da ripetute Leggi Finanziarie.

Attività di Pronto soccorso per Azienda sanitaria - Anni 2006-2007-2008 - Emilia-Romagna

Azienda sanitaria	Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008	
	Accessi	% Ricovero	Accessi	% Ricovero	Accessi	% Ricovero
Azienda Usl di Piacenza	111.512	13,9	111.569	13,9	114.323	13,7
Azienda Usl di Parma	36.712	13,8	38.260	15,3	38.846	15,1
Azienda Usl di Reggio Emilia	91.390	10,6	90.947	11,1	94.595	10,6
Azienda Usl di Modena	195.424	13,3	193.996	13,8	202.699	13,3
Azienda Usl di Bologna	219.226	16,0	228.081	14,5	237.708	14,0
Azienda Usl di Imola	64.790	12,5	61.055	14,5	61.693	15,0
Azienda Usl di Ferrara	88.907	13,6	91.786	13,2	92.864	13,2
Azienda Usl di Ravenna	175.509	13,5	175.745	13,2	182.599	12,8
Azienda Usl di Forlì	57.910	13,1	57.937	12,8	61.196	12,3
Azienda Usl di Cesena	80.478	15,8	79.364	15,2	80.966	14,5
Azienda Usl di Rimini	122.003	12,8	118.389	13,4	124.655	11,7
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	79.723	19,3	79.129	19,8	81.699	19,3
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	90.189	13,8	90.006	13,6	90.634	13,4
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	106.116	12,5	106.466	13,5	111.048	12,9
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	135.958	19,0	137.217	17,9	138.205	17,9
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	73.759	21,7	74.052	20,9	72.795	19,0
IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	44.810	5,4	45.502	5,3	46.134	5,2
Totale regione	1.774.416	14,4	1.779.501	14,4	1.832.659	13,9

Accessi totali ai Pronto Soccorso Piemonte

Tab 1: N° Ospedali con PS e N° accessi negli anni 2007 e 2008

	2007	2008
n° ospedali con PS	53	52
n° accessi	1.695.048	1.819.766

Tra il 2007 e il 2008, il numero di ospedali dotati di PS è rimasto abbastanza stabile, passando da 53 a 52.

L'affluenza invece è aumentata di quasi 125 mila accessi, raggiungendo, nel 2008, 1.8 milioni di accessi

input

*Crisi sistema
cure primarie*

*Fasce
"vulnerabili"*

*Invecchiamento
popolazione*

Aumentate richieste di salute

throughput

overcrowding

PS

Cure sempre più complesse

*Scarse risorse
umane e materiali*

output

*Indisponibilità posti letto
"access block"*



Il sovraffollamento in Pronto Soccorso

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso viene definito da molti autori come **quella situazione in cui la richiesta di prestazioni supera la capacità di fornire assistenza di qualità in un lasso di tempo ragionevole.**

Questa situazione ha cominciato a essere descritta negli anni '80, in Nord America, e successivamente anche in altri Paesi, compresa l'Italia.

L'attenzione verso questo problema è rimasta costante durante gli anni '90, ma da una decina d'anni essa è aumentata notevolmente e il sovraffollamento del PS rappresenta oggi uno dei problemi più importanti che devono affrontare i PS di tutto il mondo.

Sovraffollamento: indicatori e sintomi

In uno studio condotto negli Stati Uniti nel 2000 da Derlet e Richards, sono stati intervistati 575 medici di PS per indagare il fenomeno del sovraffollamento. Dai soggetti intervistati sono emersi alcuni indicatori per poter definire un PS sovraffollato:

- a) *Pazienti in attesa di visita medica per più di 60 minuti;*
- b) *Letti di PS occupati per più di 6 ore al giorno;*
- c) *Cure mediche fornite in corridoio per più di 6 ore al giorno;*
- d) *Sala di attesa affollata per più di 6 ore al giorno;*
- e) *Carico di lavoro eccessivo per più di 6 ore al giorno.*

Derlet R, Richards J, Kravitz RL. Frequent overcrowding in US emergency departments. Acad Emerg Med 2001;8:151-5.

Conseguenze legate al sovraffollamento dei PS

- *Aumentato rischio di errori sanitari*
- *Pazienti in attesa di posto letto in reparto*
- *Deviazione delle ambulanze*
- *Prolungamento del dolore e/o dello stato dell'ansia dei pazienti*
- *Insoddisfazione degli operatori sanitari con conseguente ridotto rendimento lavorativo*
- *Prolungamento dei tempi d'attesa per la visita medica*
- *Ritardo diagnosi e/o trattamento*
- *Poco tempo e attenzione da dedicare agli studenti tirocinanti*
- *Manca di privacy*
- *Diminuita fiducia dei cittadini verso i servizi di emergenza*
- *Episodi di violenza in seguito agli eccessivi tempi di attesa*
- *Errori di comunicazione*

Le proposte negli USA

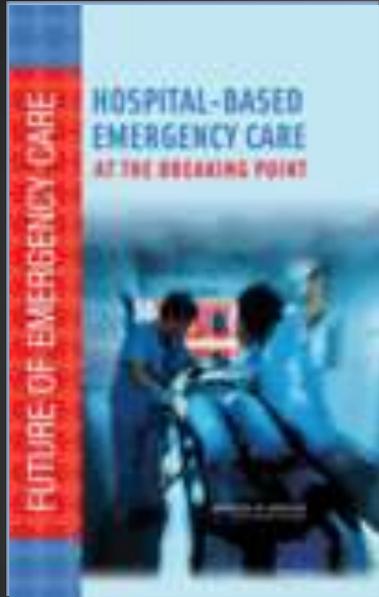
- *Il miglioramento dell'accesso alle cure primarie e territoriali*
- *L'aumento dei posti letto ospedalieri*
- *Lo sviluppo di unità di osservazione breve*
- *L'aumento del numero di operatori da dedicare al PS*
- *L'aumento degli spazi fisici del PS*
- *Il miglioramento dei servizi diagnostici collegati al PS*
- *Lo sviluppo di sistemi di allerta precoci*

Le proposte in Canada

- *Implementazione di database elettronico*
- *Sviluppo dei collegamenti tra PS e cure primarie*
- *Sviluppo di progetti pilota innovativi*
- *Impiego di infermieri altamente specializzati*
- *Creazione di vie di accesso privilegiate all'esecuzione di test diagnostici e strumentali, per velocizzare il flusso dei pazienti.*
- *Aumento del numero di strutture sanitarie di lungodegenza*
- *Aumento e sviluppo di nuovi programmi formativi per il personale*
- *Organizzazione di campagne informative per la popolazione*

Several studies demonstrated that the presence of, satisfaction with and effectiveness of a usual source of care (other than EDs) significantly decreased the utilization of ED

The changing profile of patients who used Emergency Department Services in the United States: 1997 to 2005- K.Tom Xu et Al. – Ann. Emerg. Med. 2009;54:805-810



Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point

*Committee on the Future of Emergency Care in the
United States Health System - 2007*

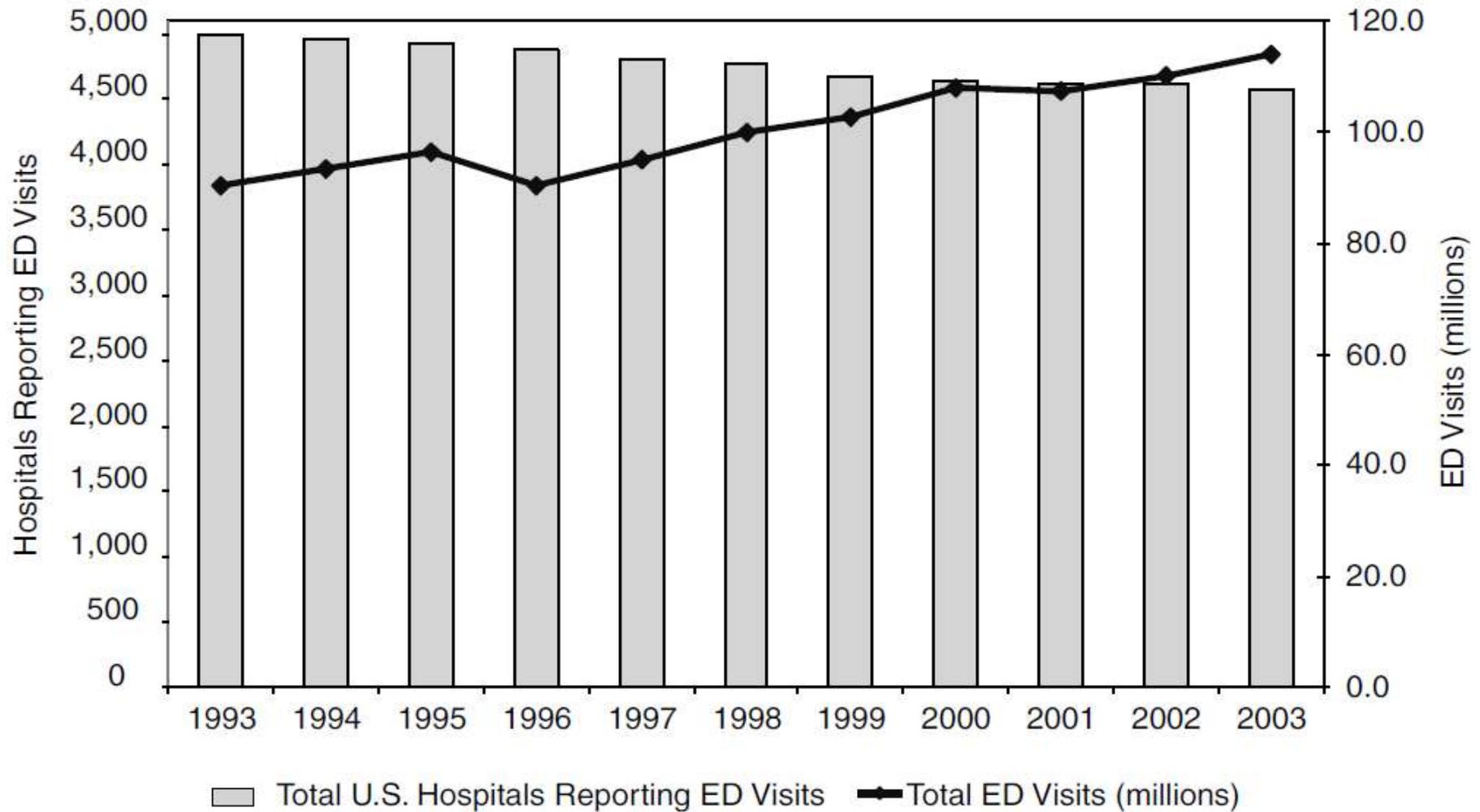


FIGURE ES-1 Hospital emergency departments versus numbers of visits.
 SOURCE: AHA, 2005b; McCaig and Burt, 2005.

- **Overcrowding**—ED overcrowding is a nationwide phenomenon, affecting rural and urban areas alike. In one study, 91 percent of EDs responding to a national survey reported overcrowding as a problem; almost 40 percent reported that overcrowding occurred daily. Overcrowding induces stress in providers and patients, and can lead to errors and impaired overall quality of care.

- **Boarding**—A consequence of crowded EDs is the practice of boarding—holding a patient who needs to be admitted in the ED until an inpatient bed becomes available. It is not unusual for patients in a busy hospital ED to be boarded for 48 hours or more. In a nationwide survey of nearly 90 EDs across the country, conducted on a typical Monday evening, 73 percent of hospitals reported boarding two or more patients. Boarding not only compromises the patient’s hospital experience, but also adds to an already stressful work environment for physicians and nurses and enhances the potential for errors, delays in treatment, and diminished quality of care.

- **Ambulance diversion**—Another consequence of crowding is ambulance diversion—when EDs become saturated to the point that patient safety is compromised, ambulances are diverted to alternative hospitals. Once a safety valve to be used in extreme situations, this has now become a commonplace event. A recent study reported that 501,000 ambulances were diverted in 2003, an average of 1 per minute. According to the American Hospital Association, nearly half of all hospitals, and close to 70 percent of urban hospitals, reported time on diversion in 2004. Ambulance diversion can lead to catastrophic delays in treatment for seriously ill or injured patients. It also frequently leads to treatment in facilities with inadequate expertise and resources appropriate to the patient's severity of illness, placing the patient at significant risk.

*Accanto a quest' aumento di utilizzo
abbiamo assistito ad una trasformazione globale
della stessa funzione
dei nostri PRONTO SOCCORSO*

- *La maggiore professionalità degli operatori di PS*
- *La riduzione dei posti letto per acuti , siamo infatti passati in Italia dai 5,3 posti letto per acuti ogni mille abitanti nel 1995 ai 3,2 per mille abitanti nel 2005*
- *la richiesta di maggior appropriatezza nei ricoveri*

hanno progressivamente mutato la funzione del Pronto Soccorso

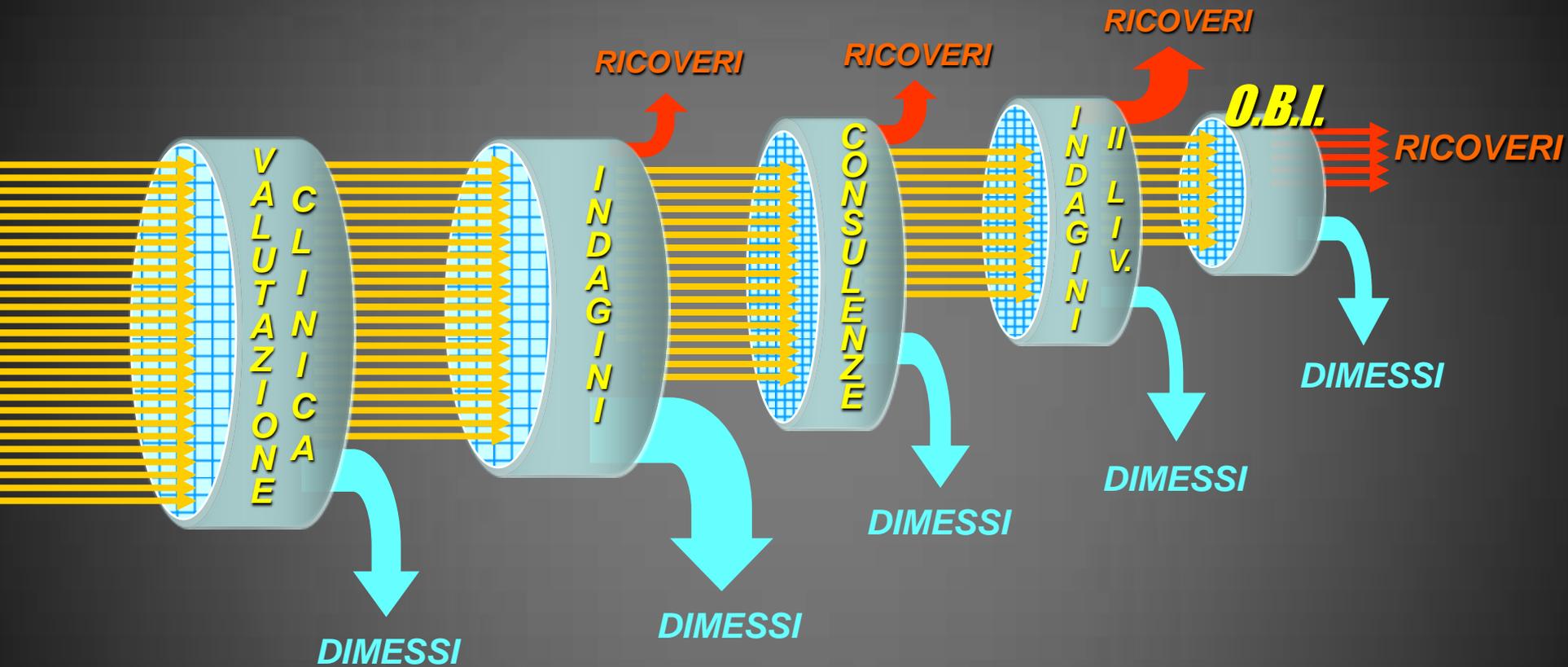
Da "Admit to work" a "Work to admit"

DA *“Admit to work”* A *“Work to admit”*

con maggiore permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso e migliore inquadramento diagnostico / terapeutico che ha indotto a dimettere dal PS con diagnosi, indicazioni terapeutiche e di percorso l'82,1% dei pazienti visitati nel 2005 contro il 77,3% nel 2000

(Fonte: Annuario statistico del SSN)

WORK TO ADMIT



DIMESSI: 82,1 %

RICOVERATI: 17,9 %

Fonte: Annuario Statistico Nazionale 2005

New Vision for the Role of Emergency Medical Services

Ricardo Martinez, MD

*From the National Highway
Traffic Safety Administration,
Washington DC.*

*Received for publication
July 23, 1998. Accepted for
publication August 3, 1998.*

*Presented at the American College
of Emergency Physicians Scientific
Assembly, October 16, 1997.*

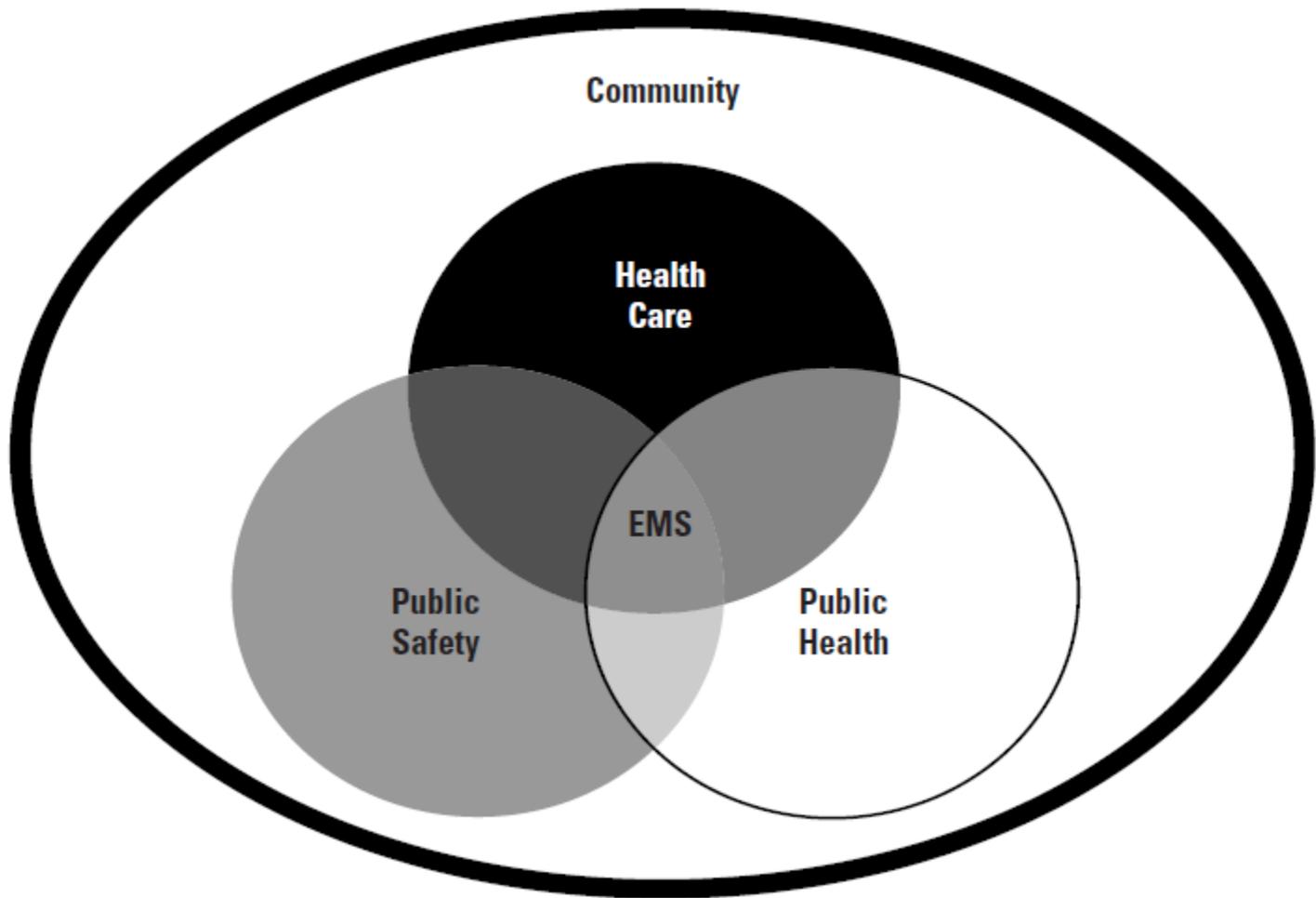
Address for reprints: Ricardo
Martinez, MD, NOA-01, National
Highway Traffic Safety
Administration, 400 7th Street SW,
Washington, DC 20590.

*Copyright © 1998 by the American
College of Emergency Physicians.*

0196-0644/98/\$5.00 + 0
47/1/93826

Thirty years ago, the National Academy of Science paper, *Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society*, created EMS as we know it today. The document has served us well, but recent shifts in health care require new insights, goals, skills, and resources for continued success in EMS. The 1996 document *EMS: Agenda for the Future* merges the many facets of EMS into a common vision and lays out 3 areas for change—building bridges, creating infrastructure, and developing new tools and resources. Emergency physicians' leadership is essential to steer the EMS community toward a productive future that will strengthen the nation's emergency medical safety net for the next 30 years.

[Martinez R: New vision for the role of emergency medical services. *Ann Emerg Med* November 1998;32:594-599.]



The role of EMS as the community's emergency medical safety net. EMS is the intersection of public safety, public health, and health care.

Grazie dell'attenzione