

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 28 LUGLIO 2023

Sovraffollamento dei Pronto soccorso. La necessità (e la proposta) di un nuovo paradigma per migliorare la gestione dei soggetti con malattie croniche

Questo il tema al centro del confronto tra manager e policy-maker in occasione del seminario organizzato dal CERISMAS (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario) dell'Università Cattolica dal titolo "Ri-progettare la gestione delle operations per una sanità di valore: quali evidenze"

Il sovraffollamento dei Pronto Soccorso, la gestione del paziente anziano fragile, le malattie croniche complesse sono alcuni temi chiave nella complessiva gestione dei flussi di pazienti.

Questi temi sono stati oggetto di confronto tra manager e policy-maker in occasione del seminario organizzato dal CERISMAS (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario) dell'Università Cattolica dal titolo "Ri-progettare la gestione delle operations per una sanità di valore: quali evidenze".

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso, attraverso un modello statistico che ha utilizzato i dati di dieci ospedali, sono state identificate le variabili organizzative che rappresentano le cause più rilevanti (statisticamente significative p-value <0,01) dei tempi di permanenza al PS.

Parafrasando in parole i risultati del modello si può dire che:

- Se capito al PS in un giorno in cui ci sono più anziani e più codici gialli e rossi aspetto di più.
- Se capito al PS in un giorno con più arrivi aspetto di più.
- Se capito in un ospedale con un basso rapporto tra infermieri e numero di accessi aspetto di più.
- Se capito in un giorno con molti ricoveri da PS e relativamente poche dimissioni da reparto aspetto di più.

Problemi noti che, però, per essere effettivamente risolti, necessitano di un cambio di paradigma. È necessario pensare a un nuovo concept di Pronto Soccorso aperto alla città con percorsi separati e dedicati ai codici minori come per esempio see and treat, fast track e ambulatori codici minori.

Anche i pazienti anziani fragili al Pronto Soccorso si caratterizzano per una serie di specificità, infatti:

- hanno una maggiore probabilità di ricovero: il tasso di ricovero da PS, mediamente attorno al 15% nella popolazione under 65, sale al 30% nella popolazione over 65, al 40% tra gli over 75 e raggiunge il 50% tra gli over 85.
- Spendono più tempo al PS e, una volta ricoverati, hanno degenze medie statisticamente più alte rispetto alla popolazione under 65.

Anche in questo caso è necessario creare - fuori e dentro l'ospedale - percorsi dedicati a questa categoria di pazienti quali, per esempio:

- area fisica al PS dedicata al paziente anziano (e.g. OBI geriatrico);
- aree di degenza multidisciplinari come l'orto geriatria;
- formazione specifica dei Medici di Medicina Generale con la creazione di figure nuove come il Geriatra di Libera Scelta.

Infine, anche il tema del disequilibrio tra domanda e offerta di posti letto è una problematica conosciuta ma, anche in questo caso, esistono diverse possibili soluzioni quali, per esempio:

- creare uno spazio (come la Discharge Room) per agevolare le dimissioni da reparto;
- spostare i pazienti in attesa di ricovero in un'area dedicata all'interno del Pronto Soccorso (Admission Unit);
- incentivare le dimissioni da reparto durante la mattina (prima di mezzogiorno);
- creare un setting low care a gestione infermieristica;
- sfruttare la tecnologia (e.g. telemedicina) per spostare "pezzi" di attività a casa del paziente.

Un ultimo tema rilevante è la gestione delle malattie croniche. Una survey (realizzata con il contributo non condizionante di UCB) condotta su persone con epilessia mostra su un campione di circa 600 pazienti che la realizzazione di una presa in carico integrata garantisce una migliore soddisfazione e minori costi.

In particolare, la "probabilità" di essere complessivamente soddisfatto dell'esperienza di gestione della epilessia per un paziente che ha sperimentato una presa in carico integrata è maggiore di un fattore 2,6 (cioè, il 160% in più) rispetto alla «probabilità» di esser soddisfatto di un paziente che non ha sperimentato una presa in carico integrata.

Per quanto riguarda invece i costi annui, se si considerano i costi a carico del SSN (esami, visite, ricoveri e accessi al PS), le spese out-of-pocket e i costi indiretti, un paziente, che non sperimenta una presa in carico integrata, costa all'anno mediamente circa 800 Euro in più (3.650 Euro contro 4.448 Euro).

Da un punto di vista di policy è, quindi, importante capire le condizioni per realizzare una effettiva presa in carico integrata a partire da una ridefinizione del sistema di finanziamento oggi impostato su un modello di remunerazione della singola prestazione e non della presa in carico complessiva del paziente.

Stefano Villa

Valeria Belvedere

Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario - CERISMAS, Università Cattolica