



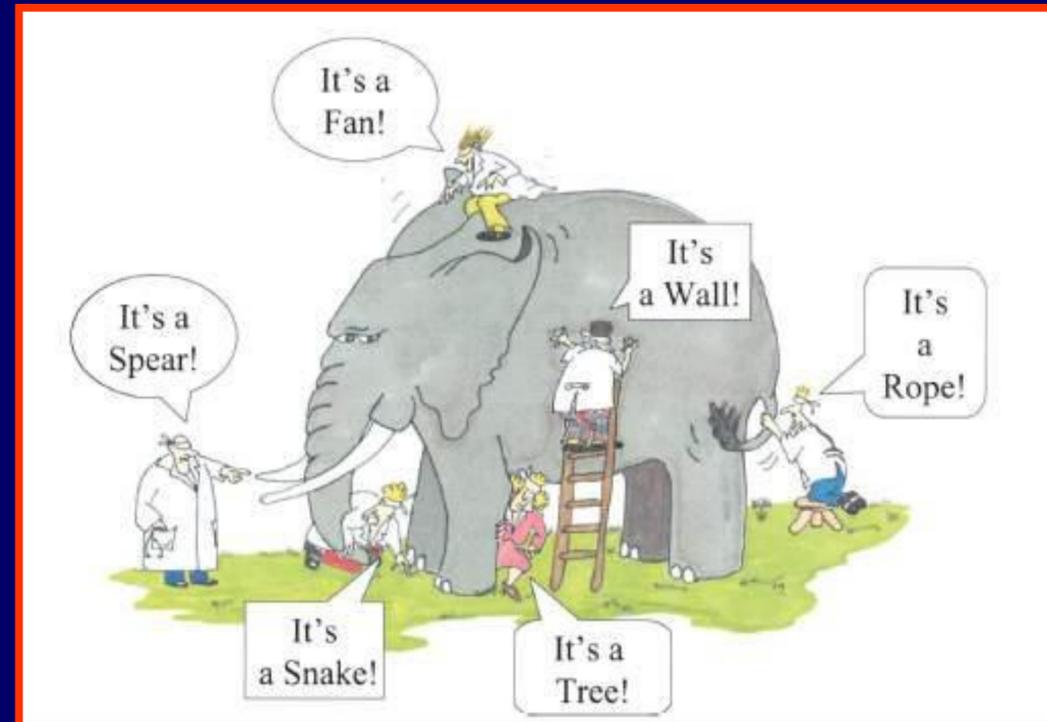
**La presa in carico
precoce del
paziente
internistico in
Pronto Soccorso:
progetto AMA**



Salvatore Lenti
U.O.C. Medicina interna/LDPA
P.O. Lorenzo Bonomo Andria ASL BT



The Blind Men and the Elephant
John Godfrey Saxe
(1816-1887)





**Medicina
interna 3.0**

**... internisti
non statici ma
dinamici ..**

**Area
Medica di
Ammissione**



4



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

*LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL
PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO
IN PRONTO SOCCORSO*

In una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, si parla di sovraffollamento (*overcrowding*). Tale fenomeno deve essere nettamente distinto dalle così dette "maxi-emergenze", il cui determinismo si basa su cause diverse e che richiedono l'attuazione di specifiche misure organizzative.

Tra le cause che determinano tale fenomeno, si considerano fattori in ingresso ("input"), fattori interni strutturali ("throughput") e fattori di uscita ("output").

5

Il **fattore *input*** si riferisce ad un eccessivo e rilevante accesso di utenti al Pronto Soccorso, determinato negli ultimi anni dall'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall'aumento del numero di pazienti complessi, dall'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura; è noto che una parte di tali bisogni assistenziali potrebbe trovare risposte adeguate già nell'ambito del contesto territoriale, attraverso gli strumenti della presa in carico all'interno di specifici percorsi assistenziali integrati tra territorio, ospedale e assetto domiciliare.

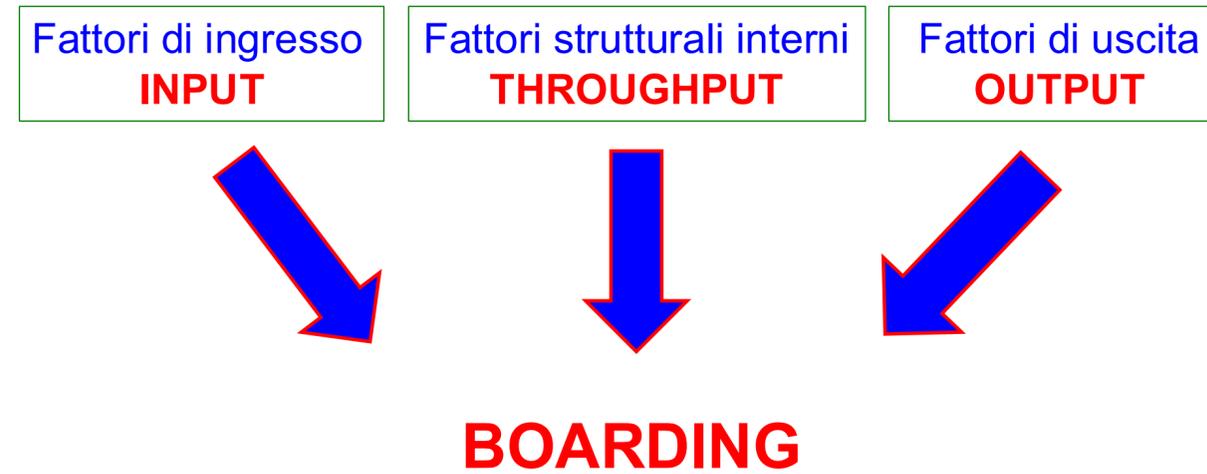
Il **fattore *throughput*** fa riferimento ad un rallentamento dei percorsi interni al Pronto Soccorso, in particolare delle fasi diagnostiche che necessitano della collaborazione dei servizi specialistici;

Il **fattore *output*** comprende sia la difficoltà a ricoverare per indisponibilità di posto letto nelle Unità Operative di destinazione, sia il prolungamento della durata di ricovero dovuta, ad esempio, ad un insufficiente livello di efficienza dei servizi diagnostici intraospedalieri, sia la difficoltà a dimettere i pazienti al termine dell'episodio di ricovero, con particolare riguardo ai pazienti in condizione di fragilità sul piano socio-sanitario. Anche tali difficoltà sono riconducibili in gran parte all'insufficienti diffusione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) intraospedalieri e integrati tra ospedale e territorio.



BOARDING

6



Prolungato stazionamento dei pazienti già valutati ed in attesa di posto letto all'interno del Pronto Soccorso, che determina notevole assorbimento di risorse operative soprattutto all'interno dei servizi di emergenza

7

Boarding

È la “cattiva pratica” di tenere pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o giorni per la mancanza di posti letto; rappresenta la causa primaria del sovraffollamento del Pronto Soccorso. Le conseguenze del *boarding* sono:

- **per i pazienti:** aumento della morbilità, della lunghezza del ricovero, della mortalità e aumento della sofferenza di quelli che aspettano distesi sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o anche giorni;
- **per gli operatori:** aumento dello stress e *burn out*, diminuzione della capacità di rispondere alle emergenze e ai disastri;
- **per il sistema:** la diversione o il blocco delle ambulanze, l'aumento dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.

Tali effetti negativi possono manifestarsi con diverse modalità; in particolare, sui Pazienti:

ridotta efficienza dei processi di valutazione e trattamento

- incremento dei tempi di attesa;
- riduzione della tutela della riservatezza;
- riduzione del livello di soddisfazione da parte del paziente;
- aumento del fenomeno dell'allontanamento da Pronto Soccorso prima del completamento del percorso clinico.

Gli effetti sugli Operatori possono essere così schematizzati:

- riduzione della motivazione e della gratificazione;
- aumento di incidenza del fenomeno di *burn-out*;
- aumento degli episodi subiti di violenza da parte degli utenti.

9

FATTORI DI USCITA

Su questo aspetto è possibile intervenire con diverse azioni tra le quali:

- Definizione di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica, quotidianamente a disposizione del Pronto Soccorso, al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio.
- Implementazione di un cruscotto in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili o che si renderanno disponibili in tempi brevi.
- Pianificazione di un numero di dimissioni medio pari al bisogno quotidiano del Pronto Soccorso, anche attraverso il monitoraggio della durata di degenza dei pazienti.
- Definizione di modalità che garantiscano la possibilità di dimissione dai reparti anche nei giorni prefestivi e festivi, soprattutto a ridosso del fine settimana, almeno per quei pazienti che dispongano già o non richiedano un percorso di presa in carico a livello territoriale.
- Adozione di specifiche procedure organizzative aziendali e interaziendali che garantiscano il rapido *back transfer* dei pazienti dai centri *Hub* di riferimento ai centri *Spoke*, con l'obiettivo prioritario di decongestionare i centri a maggior afflusso di pazienti.
- Definizione di accordi di rete con i presidi ospedalieri e/o cliniche, che non hanno ruolo nella rete dell'emergenza-urgenza, per la disponibilità di posti letto per acuti e per post-acuti.
- Istituzione della stanza/area di ricovero ("*Admission Room*"), aree dell'ospedale ed esterne al Pronto Soccorso, dedicate ai pazienti in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria da utilizzare nel caso di grave sovraffollamento.

10

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BT
(Andria - Barletta - Bisceglie - Canosa - Margherita di S. - Minervino - S. Ferdinando
di P. - Spinazzola - Trani - Trinitapoli)
76123 ANDRIA (BT)



DELIBERAZIONE DELLA DIRETTRICE GENERALE n. 2051 del 07 dicembre 2023

Varie senza spesa:

OGGETTO: Approvazione del Progetto sperimentale di Area Medica di Ammissione (AMA) – Presidio Ospedaliero “Bonomo” di Andria – ASL BT

PREMESSO CHE

- Una delle criticità che si registra su tutto il territorio nazionale è il fenomeno dei tempi di attesa al Pronto Soccorso, che riconosce diverse cause tra cui il sovraffollamento (*overcrowding*) e lo stazionamento dei pazienti in Pronto Soccorso in attesa di ricovero (*boarding*), che possono interferire con il regolare funzionamento della struttura stessa;
- Il Presidio Ospedaliero “Bonomo” di Andria, è costituito da Unità Operative integrate funzionalmente con la *mission* di tutela della salute del paziente e, attraverso la sinergia tra reparti e dipartimenti e l’integrazione delle competenze, ha come obiettivo il miglioramento degli *outcomes*, nonché la “riduzione del *boarding* del PS” e la “presa in carico precoce dei pazienti”;
- La carenza di personale medico del Pronto Soccorso del P.O. di Andria, che non consente, allo stato attuale, attività assistenziale in OBI 2, unitamente alla costante carenza di posti letti dell’intero P.O. e comunque nei PP.OO. aziendali ed extra-aziendali, rende necessario mettere in atto azioni per ridurre le attese dei pazienti di competenza internistica in Pronto Soccorso.

CONSIDERATO CHE

- Le criticità legate al *boarding*, ovvero lo stazionamento dei pazienti in Pronto Soccorso in attesa di ricovero che supera a volte anche le 48-72 ore, possono essere affrontate con una “presa in carico precoce” dei pazienti, sempre in Pronto Soccorso, da parte dei medici della UOC di Medicina Interna;
- Al fine di raggiungere gli obiettivi di “riduzione del *boarding* del Pronto Soccorso” e la “presa in carico precoce dei pazienti secondo un modello operativo concordato, tra il Pronto Soccorso e la Medicina Interna del Presidio Ospedaliero “Bonomo” di Andria, è stato redatto un Progetto Sperimentale di Area Medica di Ammissione (AMA) che si pone i seguenti obiettivi:

- ➔ - gestione in AMA di casistica specialistica
- ➔ - riduzione del boarding del DEA;
- ➔ - presa in carico precoce dei pazienti di pertinenza internistica al fine di ottenere una riduzione del tempo totale di degenza. Avvio precoce del percorso diagnostico terapeutico;
- ➔ - Garanzia, Appropriatelyzza dei ricoveri;

- Il presidio Ospedaliero di Andria ha proposto il “**Progetto sperimentale di Area Medica di Ammissione (AMA) – Presidio Ospedaliero “Bonomo” di Andria – ASL BT**” i cui referenti sono:

Dott. Vito Campanile	Direttore medico PO Andria
Dott. Salvatore Lenti	Direttore UOC medicina interna PO Andria
Dott. Ernesto La Salvia	Direttore PS PO Andria
Dott. Giuseppe Bartucci	Direttore Dipartimento medico ASL BAT
Dott. Giuseppe Dipaola	Direttore Dipartimento Emergenza ASL BAT
Dott. Emanuele Tatò	Direttore Dipartimento Direzioni Mediche
Dott.ssa Mara Masullo	Dirigente Responsabile Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management
Dott. Lorenzo Zingaro	F. F. coordinatore nursing PS Andria
Dott.ssa Carmen Luigia Russo	Data entry

12



Presa in carico precoce

Quando il paziente di pertinenza internistica ha terminato il percorso in PS (**condizione imprescindibile**), può essere indirizzato o verso il ricovero ordinario, direttamente in reparto, o tramite passaggio in AMA per ricovero differito in base alla disponibilità dei posti letto, o verso altro setting assistenziale, gestito direttamente dallo specialista internista.

Organizzazione AMA

Nel P.O. di Andria l'istituzione dell'AMA nel PS/DEA avverrà nella stanza OBI 2, con 5 posti letto dedicati.

La gestione è affidata ai Medici della Medicina Interna, il cui responsabile è il direttore della medesima UOC; viene garantita la presenza di **1 medico** della medicina interna al **mattino (8-14)** e al **pomeriggio (14-20)**, 6 giorni su 7; nelle ore notturne e nei festivi l'attività assistenziale dei pazienti in AMA sarà garantita dal **medico di guardia nella U.O. di Medicina Interna**.

I pazienti afferranno all'AMA nelle ore **diurne (8-20)** dei giorni feriali previo accordo tra il Medico del PS e il medico della Medicina Interna in servizio in AMA; nelle ore **notturne** e nei giorni **festivi** i pazienti **già presi in carico in AMA** continueranno ad essere gestiti dal medico in servizio nel reparto di Medicina Interna, mentre **i nuovi pazienti**, idonei per l'AMA, dovranno essere gestiti dal medico del Pronto Soccorso in OBI (anche nel caso di posto letto libero in AMA), fino alla presa in carico da parte del medico di AMA nel successivo turno feriale.

14

Percorso dei pazienti collocati in AMA

I pazienti inizialmente collocati in AMA potranno essere:

- ricoverati in ambiente medico o specialistico medico
- dimessi al proprio domicilio
- dimessi con attivazione di servizi o percorsi specifici (cure palliative, Day service, visite ambulatoriali, ecc).

OBIETTIVI

- gestione in AMA di casistica specialistica
- ridurre il boarding del DEA;
- presa in carico precoce dei pazienti di pertinenza internistica per ottenere una riduzione del tempo totale di degenza, in quanto il paziente in AMA inizia già il percorso diagnostico terapeutico;
- mantenere il filtro sui ricoveri internistici, garantendo maggiore appropriatezza.

15

Materiale e metodi

I dati sono stati raccolti nel periodo dal **11/12/2023 al 16/09/2024 (gruppo B)**, e sono stati messi a confronto con il periodo di riferimento precedente da **11/12/2022 a 16/09/2023 (gruppo A)**, in uno spazio OBI AMA aventi solo 5 posti letto e con 1 dirigente medico internista solo nelle ore diurne (8-20) nei giorni feriali.

16

Risultati

Gruppo A (11/12/22 – 16/09/23):

- pazienti presi in carico dal PS e poi ricoverati in medicina interna: **670**
- permanenza ore in PS (dall'accesso al triage al ricovero in medicina interna): ore **36**
- degenza media in medicina interna: giorni **7,39**

Gruppo B (11/12/23 – 16/09/24):

- pazienti presi in carico dall'AMA: **997**
 - o ricoveri in medicina interna da AMA: **845**
 - o dimissioni a domicilio da AMA: **141**
 - o ricoverati in LDPA: **11**
- permanenza ore in PS (dall'accesso al triage al ricovero in medicina interna): ore **35**
- permanenza ore dal triage PS all'AMA: ore **23**
- permanenza ore dall'AMA in reparto: ore **12**
- ¹⁷ degenza media in medicina interna: giorni **5,59**

Conclusioni

Dall'analisi dei dati di confronto tra i 2 gruppi si evince che:

- i pazienti internistici vengono **presi in carico in maniera precoce con almeno 12 ore di anticipo** e con **riduzione del boarding del 33%**
- totale **azione filtro** dei ricoveri in medicina interna (**100%**)
- **aumento del 22%** dei ricoveri in medicina interna rispetto al periodo precedente
- **dimessi il 18% dei pazienti** ricoverati in AMA
- **miglioramento della degenza media** in medicina interna: **giorni 1,8**

18

Confronto dati prima e dopo introduzione AMA

	Gruppo A	Gruppo B
	11/12/22 - 16/09/22	11/12/23 - 16/09/23
	Ante introd. AMA	Post introd. AMA
Pazienti Presi In Carico da PS e ricoverati IN MEDICINA	670	
Pazienti Presi In Carico da Ama		997
Pazienti Presi In Carico da Ama e poi ricoverati in Med. Interna		845
Permanenza in PS sino a Ricovero Medicina	36 ORE	
Permanenza in PS sino a Ricovero Ama		23 ORE
Permanenza in Ama sino a Ricovero Medicina		12 ORE
Degenza Media Ricoveri	7,39	5,59

Il dato significativo che emerge è la riduzione della degenza media che passa da 7,39 a 5,59

Controllo di Gestione Asl BAT
Dott. F. Nitti

Stima Costo Medio Giornata di Degenza

CONTO ECONOMICO 1° SEM 2024 MEDICINA ANDRIA

TOTALE RICAVI		2.723.928		
Costi Diretti	Consumo di beni farmac. ed economici	189.382		
	Personale e consulenze	2.159.421		
	Prestazioni interne acquistate	329.344		
	Servizi Economici	134.393		
	Manutenzioni e Godimento Beni Terzi	37.279		
	Utenze	1.124		
	Ammortamenti	6.167		
	Altri costi	1.192		
TOTALE COSTI DIRETTI		2.858.300		
Ribaltamenti	Direzioni sanitarie	86.158		
	Direzione Amministrativa e Costi Comuni	196.884		
	Farmacie	5.165		
	Pronto Soccorso	162.123		
	Sale Operatorie	11.750		
TOTALE COSTI INDIRETTI		462.080		
TOTALE COSTI		3.320.380		

TOTALE COSTI 1° SEM 24	3.320.380
GIORNATE DI DEGENZA 1° SEM 24	3.051
COSTO GG. DI DEGENZA	1.088

€ 3.320.380

Controllo di Gestione Asl BAT
Dott. F. Nitti

**Stima Risparmi annui reparto di Medicina di Andria
correlati alla riduzione della degenza media**

DEGENZA MEDIA ANTE INTRODUZIONE AMA	7,39
DEGENZA MEDIA POST INTRODUZIONE AMA	5,59
DIFFERENZA	1,80
RICOVERI PRIMO SEMESTRE ANNO 2024	537
GIORNATE DI DEGENZA RISPARMIATE SUL PRIMO SEM. 24 (1,8 * 537)	966,6
COSTO GIORNATA DI DEGENZA	1.088
RISPARMIO REALIZZATO SU UN SEMESTRE (966,6 * 1.088)	1.051.943
PROIEZIONE RISPARMIO SU BASE ANNUA	2.103.887 €

La stima dei minori costi sostenuti sul reparto di medicina di Andria in un anno per effetto della riduzione della degenza media **supera i 2 milioni di euro.**

**Controllo di Gestione Asl BAT
Dott. F. Nitti**

**Stima Risparmi annui REGIONE PUGLIA
correlati alla riduzione della degenza media**

REPARTI DI MEDICINA ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E PRIVATO ACCREDITATO				
FONTE DATI SISTEMA DIREZIONALE REGIONE PUGLIA - DISAR - DATI PRIMO QUADRIMESTRE 2024				
	ASL	AZIENDE OSPEDALIE RE	TOTALE AZIENDE SSR	PRIVATO ACC.TO
GIORNATE DI DEGENZA	78.430	20.251	98.681	32.051
RICOVERI	7.072	1.804	8.876	3.810
DEG. MEDIA	11,1	11,2	11,1	8,4
MAGGIORE DEGENZA MEDIA RISPETTO AD ANDRIA (Differenza fra degenza media regionale 11,1 e degenza media Medicina Andria)			5,53	
MAGGIORI GG. DEGENZA SU PRIMO QUADRIMESTRE (Maggiore degenza media regionale 5,53 per numero di ricoveri regione puglia 8.876)			49.064	
COSTO MEDIO GIORNATA DI DEGENZA			1.088,29	
RISPARMIO QUADRIMESTRALE REGIONE PUGLIA (Costo medio giornata di degenza € 1.088 * maggiori gg. Di degenza reg. puglia 49.064)			53.396.153	
PROIEZIONE RISPARMIO ANNUALE REGIONE PUGLIA			160.188.459 €	

Controllo di Gestione Asl BAT
Dott. F. Nitti

ALTRO ASPETTO NON DEL TUTTO IRRILEVANTE

	Gruppo A	Gruppo B
	11/12/22 - 16/09/22	11/12/23 - 16/09/23
	Ante introd. AMA	Post introd. AMA
Pazienti Presi In Carico da PS e ricoverati IN MEDICINA	670	845
Degenza Media Ricoveri	7,39	5,59

Con la riduzione della degenza media, a parità di posti letto, aumentano significativamente i ricoveri con conseguente riduzione delle attese di posto letto, riduzione delle liste di attesa, ricoveri fuori reparto e riduzione dei trasferimenti presso altre strutture ospedaliere.

**Controllo di Gestione Asl BAT
Dott. F. Nitti**

1 - Considerazioni

Il progetto Ama, rappresenta una opportunità per l'intera Regione, e **punta essenzialmente sulla tempestiva presa in carico del paziente già all'interno del pronto soccorso.**

Questo consente, attraverso l'avvio di trattamenti anche di tipo farmacologico adeguati, di ridurre drasticamente la durata del ricovero. Come dimostrato nelle precedenti slide, la durata del ricovero medio dopo l'introduzione dell'Ama, si riduce ad Andria di 1,8 giorni che, tenuto conto del costo medio per singola giornata di ricovero pari a circa mille euro, determina un risparmio di 1.800 euro a ricovero.

Moltiplicato per tutti i ricoveri effettuati presso la medicina di Andria in un anno, **il minor costo a parità di ricoveri è quantificabile in circa 2 milioni di euro**, solo in parte compensato dall'incremento di due medici (costo 200 mila euro), necessari a gestire i pazienti presenti in AMA.

2 - Considerazioni

Stesso ragionamento applicato all'intera Regione (reparti di medicina), dove si registra una degenza media di oltre 11 giorni, determinerebbe un risparmio stimato per ricovero di circa 5 mila euro che proiettato per i ricoveri attesi consentirebbe **un minor costo, a parità di ricoveri di circa 160 milioni di euro.**

Si aggiungono ai benefici di tipo economico, numerosi ulteriori benefici per il sistema atteso che, a parità di posti letto, si incrementerebbe il numero dei ricovero con riduzione delle liste di attesa, dei ricoveri fuon riduzione dei tempi di attesa e dei ricoveri fuori reparto.





*Nessuno può fischiare una
sinfonia...
Ci vuole una intera orchestra per
riprodurla*



Grazie a:

- *Colleghe e operatori della medicina interna e LDPA*
- *Colleghe e operatori del Pronto Soccorso*
- *Direzione medica del PO di Andria*
- *Direttori dipartimento medico e di emergenza*
- *Data entry nursing*
- *Specializzande*
- *Rischio clinico*
- *Direzione strategica*
- *Direttore dipartimento controllo di gestione*

. . . il fascino dell'armonia dei numeri



Grazie



Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)