

La gestione dei percorsi assistenziali dal dipartimento di emergenza al ricovero: una sintesi delle evidenze

Credé SH, O'Keefe C, Mason S et al

What is the evidence for the management of patients along the pathway from the emergency department to acute admission to reduce unplanned attendance and admission? An evidence synthesis

BMC Health Serv Res 2017; 17: 355

INTRODUZIONE

Gli accessi in pronto soccorso nelle strutture ospedaliere aumentano di anno in anno, determinando ulteriori pressioni sulla sostenibilità dei sistemi sanitari di ogni Paese. Diventa rilevante, quindi, indagare il percorso che il paziente compie dal dipartimento di emergenza verso la dimissione o un eventuale ricovero in ospedale. La letteratura mostra che l'evidenza è insufficiente relativamente agli interventi volti a ridurre lunghe attese in pronto soccorso che possono poi portare a ricoveri non programmati. Il paziente che arriva in emergenza è valutato, gestito e dimesso oppure ricoverato in ospedale. Prima del ricovero, il percorso include la valutazione del paziente in reparti specifici, e questo avviene in un lasso di tempo che va dalle 24 alle 72 ore. È proprio relativamente a questo intervallo di tempo che esiste poca evidenza. Obiettivo del presente lavoro è una revisione della letteratura esistente per indagare possibili interventi volti a ridurre le attese in pronto soccorso e gli eventuali ricoveri non programmati.

METODI

Sono stati consultati i seguenti database elettronici: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, la Cochrane Library e Web of Science, nel periodo 2000-2004. I termini di ricerca inseriti sono stati: servizi in emergenza, valutazione medica, ricoveri evitabili, carico della malattia, patologie croniche, comorbidità. La ricerca ha considerato solo pazienti adulti (con età maggiore o uguale a 16 anni) e articoli pubblicati in lingua inglese e condotti in Paesi appartenenti all'area OCSE. Commenti, lettere ed editoriali sono stati esclusi. Le evidenze incluse nella presente revisione fanno riferimento a studi osservazionali e trial clinici randomizzati pubblicati in riviste *peer reviewed*. Per essere considerato eleggibile, uno studio deve riportare almeno la valutazione di un esito legato all'attesa in pronto soccorso o a un eventuale ricovero non programmato.

RISULTATI

La ricerca ha inizialmente identificato 4545 lavori, dai quali sono state rimosse le voci duplicate dando luogo ad una selezione finale di 15 articoli. Sono stati poi inclusi altri 15 articoli ottenuti da strategie di ricerca aggiuntive (articoli recuperati da citazioni bibliografiche).

Dei 30 articoli complessivi, 19 sono trial clinici randomizzati e 11 sono studi osservazionali. La maggior parte dei lavori è stata condotta in Australia (8 studi), UK (7 studi), Stati Uniti (6 studi) e Canada (4 studi). I rimanenti lavori sono stati realizzati a Singapore, in Thailandia, Danimarca e Cina.

INTERVENTI CHE MERITEREBBERO DI ESSERE INDAGATI PER MIGLIORARE LA GESTIONE DEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA

La valutazione globale e lo screening dei pazienti anziani che giungono nel dipartimento di emergenza può essere efficace nel prevenire il ricovero ospedaliero e il ricorso al dipartimento di emergenza.

Il follow-up dei pazienti dopo la dimissione (da un dipartimento di emergenza o da un reparto per acuti) può diminuire i tassi di ricorso al dipartimento di emergenza e di riammissione ospedaliera.

Personale più anziano, opportunamente formato per gestire e trattare o indirizzare pazienti complessi, sembra aiutare a prevenire il ricovero ospedaliero.

Interventi sperimentati lontano dal contesto frenetico del dipartimento di emergenza potrebbero essere efficaci.

La creazione di aree di osservazione per pazienti dimessi direttamente dal dipartimento di emergenza per permettere al personale di avere il tempo necessario per pianificare la dimissione dei pazienti potrebbe ridurre la proporzione di accessi di ritorno al dipartimento di emergenza non programmati.

Dovrebbero essere condotte ulteriori ricerche di educazione centrata sul paziente dentro i dipartimenti di emergenza per specifiche patologie croniche.

Gli interventi condotti nel dipartimento di emergenza sono stati classificati in tre gruppi:

1. attività svolte durante l'attesa in pronto soccorso;
2. attività legate alla valutazione e gestione del paziente in pronto soccorso;
3. attività legate alla dimissione.

Due studi (di cui un trial clinico randomizzato), condotti nel setting assistenziale del dipartimento di emergenza, si sono rivelati efficaci nel ridurre la frequenza e l'ammissione in ospedale. Entrambi gli interventi comprendevano una componente comunitaria di dimissione. Paradossalmente tre interventi iniziati in pronto soccorso hanno mostrato un aumento di attesa nello stesso. Sei studi (di cui un trial clinico randomizzato) sono risultati efficaci nel ridurre il numero di ricoveri non programmati, l'attesa in pronto soccorso e l'eventuale riammissione. Gli altri studi non hanno mostrato risultati efficaci in relazione agli esiti oggetto di studio.

DISCUSSIONE

La presente revisione mette in luce un'evidenza limitata sugli interventi che riguardano il percorso del paziente dal pronto soccorso nel ridurre le attese e gli eventuali ricoveri evitabili. In effetti è estremamente difficile stabilire esattamente quali elementi di un intervento possano avere un impatto sull'esito finale. Non va dimenticato inoltre che la tipologia del problema sanitario e la severità delle condizioni di salute giocano un ruolo cruciale nello stabilire se un paziente è eleggibile o meno per un intervento, quale sia la natura di tale intervento e dove l'intervento debba essere effettuato. Quello che invece emerge con chiarezza dai risultati è che ricerche prospettiche ulteriori di alta qualità sono quanto mai necessarie: i ricercatori devono essere guidati dalla letteratura esistente su cosa effettivamente può rivelarsi efficace e devono utilizzare la metodologia dei trial clinici randomizzati e includere una fase pilota. Infine, gli interventi dovrebbero essere valutati facendo una scelta appropriata delle misure di esito in grado di stabilire il successo o meno di un intervento.

Letizia Orzella

*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas*

Il sistema sanitario cinese e l'epidemiologia clinica

Sun J, Gregersen H, Yuan W

Chinese health care system and clinical epidemiology

Clin Epidemiol 2017; 9: 167-178

INTRODUZIONE

In questo articolo Sun e colleghi evidenziano come le varie riforme del sistema sanitario cinese, attuate a partire dal 1949, abbiano permesso, nel lungo periodo, un miglioramento complessivo della salute collettiva e una riduzione delle storiche disuguaglianze di accesso alle cure tra popolazione urbana e rurale. Sono però ancora molte le sfide che il sistema deve affrontare in termini di riduzione delle disuguaglianze. Le recenti innovazioni, la riorganizzazione del sistema informativo sanitario e l'avvio di molti registri di patologia aprono, secondo gli autori, ampi spazi per futuri miglioramenti.

METODO

Gli autori procedono descrivendo l'evoluzione della distribuzione della popolazione cinese tra aree urbane e rurali e le riforme del sistema sanitario nelle sue varie tappe storiche. Delinano quindi i miglioramenti avviati nell'area dei registri di patologia e in tutto il sistema informativo sanitario, punto debole in un Paese così grande. Per gli autori queste sono aree fondamentali poiché sono alla base dello sviluppo della ricerca epidemiologica e dello studio delle diverse malattie. Inoltre aprono la strada a futuri ulteriori miglioramenti nella riduzione delle disuguaglianze di salute.

RISULTATI

Distribuzione della popolazione urbana e rurale e accesso al welfare

Quando nel 1949 fu fondata la Repubblica Popolare Cinese (RPC), circa il 90% della popolazione viveva in campagna svolgendo attività di tipo agricolo in condizioni di estrema povertà. Con lo sviluppo economico e il processo di urbanizzazione questa percentuale si è andata riducendo molto. Esistono però ancora due distinti registri di popolazione, sulla base dei quali si