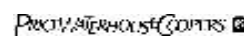




Pronto Soccorso e Sistema 118

3 Aprile 2007

PROGETTO
MATTONI SSN



Progetto Mattone Pronto Soccorso e Sistema 118

Il Progetto Mattone “Pronto Soccorso e Sistema 118” nasce dall’esigenza di rendere disponibili, in modo integrato con gli altri “Mattoni”, con riferimento al sistema d’emergenza e 118, strumenti e metodologie condivisi per consentire l’interscambio informativo tra il livello nazionale del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) ed i Sistemi Sanitari Regionali.

Il progetto è coordinato dalla Regione Lazio in collaborazione con le Regioni Liguria (regione associata), Piemonte, Marche, Sicilia e Calabria, con il Ministero della Salute (MdS) e con l’Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) .

Obiettivi del progetto

Obiettivo generale del progetto è la definizione di strumenti operativi che forniscano ai diversi livelli di governo del sistema sanitario le informazioni necessarie per una corretta programmazione ed un continuo miglioramento dell'efficacia del sistema dell'emergenza, sia per quanto riguarda la fase preospedaliera che quella ospedaliera.

Obiettivi specifici del progetto sono:

- ❑ la definizione di contenuti informativi minimi per la rilevazione delle informazioni**
- ❑ la definizione di sistemi di codifica e classificazione delle prestazioni erogate e di valutazione dei pazienti**
- ❑ la definizione di metodologie per la valutazione della domanda di prestazioni e della qualità dell'assistenza erogata alla popolazione**
- ❑ la definizione di metodologie per la stima del fabbisogno assistenziale e per la stima dei costi**
- ❑ la definizione di modelli formativi relativi ai diversi temi, rivolti ai diversi livelli di responsabilità ed alle diverse professionalità coinvolte**

Organizzazione in milestone del progetto

1.1 Ricognizione nazionale e internazionale

1.2 Pronto Soccorso

1.2.1 Prestazioni, attività e strumenti dell'emergenza

1.2.2 Analisi delle attività, descrizione dell'offerta, valutazione di esito e di appropriatezza per il PS

1.2.3 Tracciato Record

1.2.4 Predisposizione di modelli formativi relativi al PS

1.3 Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (triage PS e 118)

1.4 118

1.4.1 Prestazioni, attività e strumenti del 118

1.4.2 Descrizione dell'offerta e dell'interoperabilità del 118

1.4.3 Tracciato record

1.4.4 Predisposizione di modelli formativi per il 118

1.5 Valutazione dei costi dell'emergenza

1.6 Valutazione del fabbisogno assistenziale



Milestone completata e approvata



Milestone presentata oggi

La realizzazione dei prodotti definiti nel Progetto Mattone “Pronto Soccorso e Sistema 118” potrà essere il punto di partenza per:

- ❑ L’attivazione di flussi informativi nazionali**
 - per il Pronto Soccorso**
 - per il Sistema 118**
 - per la valutazione dei costi dell’emergenza**
- ❑ La diffusione di modelli formativi per il personale operante nell’emergenza**
- ❑ La diffusione di modelli organizzativi condivisi per la valutazione dell’urgenza del trattamento dei pazienti (triage)**

Attivazione di flussi informativi prevista dal progetto



Pronto Soccorso

Pronto Soccorso

Per le attività di Pronto Soccorso sono stati definiti ed approvati dalla Cabina di Regia:

- ❑ I contenuti informativi minimi (milestone 1.2.3 “Tracciato record e flusso informativo per il Pronto Soccorso”), relativi alle informazioni riguardanti le fasi relative all’accesso in PS (accoglienza e assegnazione della priorità di accesso, presa in carico e trattamento sanitario dell’assistito, esito dell’accesso in pronto soccorso, valorizzazione dello stesso ed eventuale applicazione del ticket)
- ❑ I sistemi di codifica e classificazione delle prestazioni erogate (milestone 1.2.1 “Prestazioni, attività e strumenti dell’emergenza”)

Tutte le altre milestone sono state approvate dal Gruppo di Lavoro Ristretto e dal Gruppo di Lavoro Allargato, quando previsto.

Analisi dell'attività, descrizione dell'offerta, valutazioni di esito e di appropriatezza (milestone 1.2.2)

I dati relativi all'attività di Pronto Soccorso devono essere integrati con i dati sulle strutture di Pronto Soccorso, al fine di avere a disposizione, sia a livello regionale che nazionale, un quadro complessivo dell'offerta dei servizi di emergenza.

Le informazioni da raccogliere proposte devono essere considerate come integrazione dei dati di struttura e di organizzazione delle Aziende Sanitarie e delle strutture di ricovero già previsti per il Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute.

Definizione del set d'informazioni per la descrizione dell'offerta

Le informazioni di cui si propone la raccolta, specifiche per l'area dell'emergenza, possono essere suddivise in:

- Funzioni EMERGENZA URGENZA**
- Funzioni CLINICO - ASSISTENZIALI**
- Funzioni SUPPORTO CLINICO**

Funzioni EMERGENZA URGENZA (1/6)

Specifiche tipologiche

Tipologia di servizio di emergenza	PS	DEA I	DEA II
Accettazione medica ed amministrativa in PS	SI		NO
Accettazione medica ed amministrativa autonoma	SI		NO
Funzionamento del triage	H24		H12
Logistica del triage	Globale		Bancone
Elisuperficie	H24	Diurna	Non disponibile

Triage di bancone: la valutazione viene svolta dall' infermiere che si trova in una postazione aperta (bancone di accettazione) situata all'ingresso del P.S. e consiste in una rapida intervista ed analisi del reperto visivo dell'operatore.

Triage globale: l'infermiere nel formulare il giudizio di priorità prende in considerazione la totalità dei problemi di salute del paziente e rileva tutti i parametri vitali.

Funzioni EMERGENZA URGENZA (2/6)

Figure professionali ^[1] ^[2]

N. personale	Organico autonomo (PS/DEA) (1)	Proveniente da altri reparti o servizi (2)	Turno diurno (3)	Turno notturno (4)	Reperibilità (5)	Consulente (6)
Responsabile PS						
Medico d'emergenza						
Internista						
Anestesista-rianimatore						
Ortopedico-traumatologo						
Radiologo per: radiologia tradizionale						
Radiologo per: TC						

^[1] Le colonne da 3 a 6 descrivono l'organizzazione del lavoro, pertanto è necessario indicare, per ciascuna figura professionale, il numero di personale con riferimento al numero complessivo, indicato nella colonna 1 e 2.

^[2] Per le voci interessate indicare in ogni caso un valore numerico anche se uguale a "0".

Funzioni EMERGENZA URGENZA (3/6)

Figure professionali

N. personale	Organico autonomo (PS/DEA) (1)	Proveniente da altri reparti o servizi (2)	Turno diurno (3)	Turno notturno (4)	Reperibilità (5)	Consulente (6)
Radiologo per: RMN						
Radiologo per: neuroradiologia						
Radiologo per: interventistica						
Radiologo per: ecografia						
Laboratorista e/o tossicologo						
Cardiologo						
Neurologo						
Ginecologo						
Pediatra						
Oculista						

Funzioni EMERGENZA URGENZA (4/6)

Figure professionali

N. personale	Organico autonomo (PS/DEA) (1)	Proveniente da altri reparti o servizi (2)	Turno diurno (3)	Turno notturno (4)	Reperibilità (5)	Consulente (6)
Otoiatra						
Psichiatra						
Angiologo						
Gastroenterologo						
Chirurgo						
Chirurgo vascolare						
Cardiochirurgo						
Neurochirurgo						
Endoscopista digestivo						
Broncoscopista						

Funzioni EMERGENZA URGENZA (5/6)

Figure professionali

N. personale	Organico autonomo (PS/DEA) (1)	Proveniente da altri reparti o servizi (2)	Turno diurno (3)	Turno notturno (4)	Reperibilità (5)	Consulente (6)
Infermiere coordinatore di PS						
Infermiere coordinatore area degenza						
Infermiere						
Infermiere addetto al "triage"						
Operatore tecnico ausiliario (OTA)						
Capo tecnico radiologia						
Capo tecnico laboratorio						
Tecnico radiologia						

Funzioni EMERGENZA URGENZA (6/6)

Figure professionali

N. personale	Organico autonomo (PS/DEA) (1)	Proveniente da altri reparti o servizi (2)	Turno diurno (3)	Turno notturno (4)	Reperibilità (5)	Consulente (6)
Tecnico laboratorio						
Tecnici per gestione dati e trasmissioni						
Tecnici di endoscopia						
Altre figure						

Funzioni CLINICO – ASSISTENZIALI^[3]

Per ciascuna specialità di ricovero, denominata secondo il codice ministeriale, si raccolgono il numero di posti letto attivi dedicati all'emergenza, il numero di posti letto attivi subintensivi, il numero totale di posti letto attivi:

Specialità di ricovero e cura (codice disciplina del Ministero)	N° posti letto attivi dedicati all'emergenza	N° posti letto attivi subintensiva	N° totale posti letto attivi
Nome reparto			

^[3] Per le voci interessate indicare in ogni caso un valore numerico anche se uguale a "0".

Funzioni SUPPORTO CLINICO ^[4] (1/2)

Disponibilità del servizio ospedaliero	Assente	N° totale con 24 H	N° totale con 12 H (con rep. notte)	N° totale con 12 H (senza rep. notte)	N° totale con 6 H
Diagnostica per immagini					
TAC					
RMN					
Neuroradiologia					
Radiologia vascolare					
Radiologia interventistica					
Endoscopia digestiva					
Diagnostica di laboratorio					
Chimico-clinico					
Microbiologico					
Immunoistochimico					

^[4] Per le voci interessate indicare in ogni caso un valore numerico anche se uguale a “0”.

Funzioni SUPPORTO CLINICO (2/2)

Disponibilità del servizio ospedaliero	Assente	N° totale con 24 H	N° totale con 12 H (con rep. notte)	N° totale con 12 H (senza rep. notte)	N° totale con 6 H
Immunoematologia ed emostrasfusione					
Tossicologico					
Centro trasfusionale					
Emoteca					
Emodinamica					
Diagnostica					
Interventistica					
Camera iperbarica					
Blocco operatorio					
Altre alte specializzazioni					

Flusso informativo

La rilevazione delle informazioni relative alla descrizione dell'offerta dei servizi di emergenza coinvolge tutte le strutture pubbliche e private attualmente operanti nell'ambito del Sistema dell'Emergenza Sanitaria:

- DEA di II livello;
- DEA di I livello;
- PS Ospedalieri.

Tutte le Direzioni Sanitarie delle strutture interessate dovrebbero essere tenute alla periodica raccolta e comunicazione dei dati, anche in caso di nessuna variazione intercorsa dalla comunicazione precedente.

La periodicità potrebbe coincidere con quella fissata per i dati di attività di pronto soccorso (vedi tracciato record di PS, codice milestone 1.2.3).

I dati raccolti potranno essere inviati all'Assessorato della Sanità regionale di appartenenza che, a sua volta, dopo la verifica di qualità dei dati, li invierà al Ministero della Salute.

Risultati della sperimentazione nel Lazio

È stata effettuata una sperimentazione nel Lazio, in cui è stata eseguita una ricognizione e mappatura di tutte le strutture sanitarie presenti sul territorio della regione Lazio con annessi i servizi di emergenza, utilizzando il set minimo di informazioni descritto e sviluppando un applicativo informatico dedicato per l'acquisizione dei dati relativi alle diverse funzioni assistenziali e all'articolazione morfologico-organizzativa delle aziende di appartenenza.

Rispondenza per gruppo di informazioni suddivisa per livello di servizio di emergenza

	PS			DEA I			DEA II			% Tot. Resp.
	Inf. Richieste	Inf. Rilevate	% Resp.	Inf. Richieste	Inf. Rilevate	% Resp.	Inf. Richieste	Inf. Rilevate	% Resp.	
Funzioni EMERGENZA URGENZA	34	32	94,12	18	15	83,33	7	6	85,71	89,83
Funzioni CLINICO-ASSISTENZIALI	34	26	76,47	18	13	72,22	7	7	100,0	77,97
Funzioni SUPPORTO CLINICO	34	19	55,88	18	11	61,11	7	6	85,71	61,02

La percentuale di rispondenza calcolata per singola funzione è risultata del 90% per la funzione “emergenza-urgenza”, del 78% per la funzione “clinico-assistenziale” e del 61% per la funzione “supporto clinico”.

Valutazione dell'attività di Pronto Soccorso

In base ai dati precedentemente definiti è possibile misurare e valutare la domanda di prestazioni e la qualità dell'assistenza erogata alla popolazione, attraverso l'uso di opportuni indicatori quantitativi, che devono essere:

- significativi, cioè affrontare temi rilevanti anche per l'utenza;
- validi, cioè accurati e precisi;
- rilevabili, cioè i dati devono essere disponibili senza eccessivi costi di raccolta;
- sensibili, cioè devono registrare i miglioramenti e i peggioramenti.

Esempi di indicatori per la valutazione dell'attività di Pronto Soccorso (1/4)

Si riportano a titolo esemplificativo alcuni indicatori che possono essere utilizzati per descrivere e valutare l'attività dei Pronto Soccorso.

Tali indicatori possono essere applicati ai dati di attività di tutti i PS/DEA generali, non includendo quelli esclusivamente specialistici (odontoiatrici, oftalmici, pediatrici, ostetrici, traumatologici).

Indicatori specifici per descrivere la domanda di prestazioni di emergenza:

- Tasso di accesso in PS
- Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture di PS
- Indice di dipendenza del PS/DEA dalla popolazione
- Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto a variabili di interesse
- Quota di domanda potenzialmente orientabile verso altre strutture**
- Distribuzione degli accessi per numerosità dei primi 30 IR-DRG
- Peso medio per accesso (IR-DRG, APG)
-

Esempi di indicatori per la valutazione dell'attività di Pronto Soccorso (2/4)

Indicatori di accessibilità:

- Tempo di attesa in Pronto Soccorso per codice triage**
- Numero medio di accessi giornalieri in PS per unità di personale infermieristico
- Numero medio di accessi giornalieri in PS per unità di personale medico
- Tempo medio di permanenza in Pronto Soccorso
- Tempo medio di trattamento in Pronto Soccorso
- Capacità di ricovero del PS/DEA**
- Disponibilità al ricovero da PS**
-

Esempi di indicatori per la valutazione dell'attività di Pronto Soccorso (3/4)

Indicatori di appropriatezza (della domanda, delle prestazioni effettuate):

- Percentuale di accessi a rischio di inappropriatezza**
- Appropriatezza delle prestazioni per specifiche patologie (patologia neurovascolare)
-

Indicatori di efficacia:

- Accessi in PS ripetuti entro 24 h**
- Accessi in PS ripetuti entro 7 giorni
-

Esempi di indicatori per la valutazione dell'attività di Pronto Soccorso (4/4)

Per ciascun indicatore è stata predisposta una scheda riassuntiva nella quale sono riportati:

- la dimensione o tipologia dell'indicatore;
- un breve rationale con l'ambito e le finalità per cui calcolare l'indicatore;
- la definizione delle modalità di calcolo dell'indicatore con relativi numeratore e denominatore;
- eventuali note in cui si specificano riferimenti ulteriori per il calcolo dell'indicatore;
- le fonti dei dati da utilizzare per il calcolo;
- lo standard di riferimento con cui confrontare il valore calcolato dell'indicatore;
- gli eventuali risultati della sperimentazione effettuata sui dati della Regione Lazio.

I risultati della sperimentazione vengono riportati sotto forma di tabelle, nelle quali viene indicato per ciascun livello di complessità assistenziale:

- il valore più basso calcolato tra tutti gli istituti,
- il valore più alto calcolato tra tutti gli istituti,
- il valore dell'indicatore calcolato sull'attività di tutte le strutture.

Esempio: Quota di domanda potenzialmente orientabile verso altre strutture (1/2)

Tipologia: Indicatori descrittivi della domanda

Razionale: La richiesta di prestazione di pronto soccorso può avvenire secondo tre modalità:

- arrivo autonomo in PS da parte del paziente
- arrivo in PS per trasferimento da altra struttura ospedaliera
- arrivo del paziente tramite trasporto conseguente ad un soccorso primario attivato da una Centrale Operativa 118.

La prima modalità identifica quelle richieste di prestazioni di pronto soccorso, che non sono state precedute da alcun contatto del paziente con i servizi sanitari e che quindi non possono essere orientate verso specifiche strutture ospedaliere; le altre due modalità identificano invece quelle richieste di prestazioni di pronto soccorso che seguono un precedente contatto del paziente con i servizi sanitari e che quindi possono essere potenzialmente orientate verso determinati pronto soccorso. L'analisi della quota di prestazioni di pronto soccorso potenzialmente orientabili permette quindi di misurare il numero di accessi che non è possibile sottrarre allo specifico pronto soccorso con interventi organizzativi o normativi e valutare indirettamente la propensione della popolazione dell'area territoriale corrispondente al bacino di residenza del singolo PS ad usufruire del servizio 118 prima di recarsi al PS.

Numeratore: Accessi in PS con modalità di arrivo ambulanza 118, ambulanza pubblica, elisoccorso oppure con invio trasferito

Denominatore: Totale accessi in PS

Quota di domanda potenzialmente orientabile verso altre strutture (2/2)

Fonte dei dati: Archivio accessi in PS

Parametro di riferimento: Valore regionale

Risultati della sperimentazione: L'indicatore è stato calcolato sugli accessi in PS dell'anno 2005.

LIVELLO DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	MINIMO (%)	MASSIMO (%)	REGIONALE (%)
PS	0.6	19.3	10.1
DEA I	8	18.4	13.6
DEA II	7.6	15	11.4
Totale PS/DEA	0.6	19.3	11.8

Tempo di attesa in Pronto Soccorso per codice triage (1/2)

Dimensione: Indicatori di accessibilità

Razionale: Il triage è una procedura operativa di assegnazione dell'ordine di visita dei pazienti al Pronto Soccorso sulla base del livello di urgenza riscontrato al momento dell'accoglienza.

Secondo l'Accordo del 25 Ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome (Conferenza Stato-Regioni), il triage viene effettuato attraverso l'assegnazione di uno dei seguenti codici colore: rosso (molto critico. Si definisce molto critico un intervento di emergenza); giallo (mediamente critico. Si definisce mediamente critico un intervento indifferibile); verde (poco critico. Si definisce poco critico un intervento differibile); bianco (non critico. Si definisce non critico un servizio che con ragionevole certezza non ha necessità di essere espletato in tempi brevi).

Il tempo di attesa (tempo effettivo che intercorre dall'assegnazione del codice colore e la presa in carico del paziente da parte del medico) è influenzato sia dalla capacità assistenziale del PS che dal volume di prestazioni di emergenza richieste, e la sua misurazione può costituire dunque un importante strumento di valutazione di processo del sistema emergenza.

Dall'analisi dei tempi di attesa è infatti possibile valutare la capacità del singolo PS di rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in cui un eventuale ritardo può compromettere la funzionalità di un organo vitale o mettere a rischio la vita stessa del paziente (codici rosso e giallo); la capacità del singolo PS di far fronte in modo adeguato ai casi con urgenza differibile, che rappresentano la maggioranza degli accessi, garantendo tempi di attesa in linea con le medie regionali; il bilanciamento delle aree di afferenza territoriali della rete dell'emergenza, nel caso la dilatazione dei tempi di attesa sia associata ad un grande volume di accessi.

Tempo di attesa in Pronto Soccorso per codice triage (2/2)

Dall'analisi dei tempi di attesa vanno esclusi i codici bianchi che, per definizione, sono assegnati a pazienti che non presentano urgenza e per i quali il tempo di attesa non ha quindi effetto sull'esito del trattamento sanitario.

Definizione: Tempo di attesa mediano per codice colore (rosso, giallo o verde)

Note: Tempo di attesa: differenza tra data/ora di presa in carico da parte del medico e data/ora di arrivo in PS.

Sono esclusi dalla selezione i giunti cadavere.

L'indicatore può essere calcolato per fascia oraria di attività.

Fonte dei dati: Archivio accessi in PS

Parametro di riferimento: Valore regionale

Capacità di ricovero del PS/DEA

Tipologia: Indicatori di accessibilità

Razionale: Quando le condizioni cliniche del paziente rendono necessario il ricovero, il medico di pronto soccorso valuta: in prima istanza, se le cure necessarie in virtù delle condizioni cliniche del paziente possono essere erogate presso la propria struttura ospedaliera o se è necessario un trasferimento in continuità di soccorso; in seconda istanza, se c'è nella propria struttura in quel momento disponibilità di posti letto nella specialità di ricovero a cui il paziente è destinato. Si può pertanto verificare il caso che nonostante l'ospedale possa ricevere il paziente sulla base delle proprie capacità di cura, lo stesso non sia effettivamente in grado di ricoverarlo perché non ha, in quel momento, disponibilità di posti letto. In questo caso si rende necessario il trasferimento del paziente verso un'altra struttura ospedaliera e ciò indica l'incapacità dell'ospedale di rispondere ad una richiesta di ricovero da parte del proprio pronto soccorso.

Numeratore: Accessi in PS con esito ricovero

Denominatore: Accessi in PS con esito ricovero o trasferimento per mancanza di posto letto

Fonte dei dati: Archivio accessi in PS

Parametro di riferimento: Valore regionale per stesso livello di complessità assistenziale

Risultati della sperimentazione: L'indicatore è stato calcolato sugli accessi dell'anno 2005.

LIVELLO DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	MINIMO (%)	MASSIMO (%)	REGIONALE (%)
PS	77.2	100	93.8
DEA I	81.7	99.9	95.4
DEA II	81.8	99.2	95
Totale PS/DEA	77.2	100	94.9

Disponibilità al ricovero da PS

Tipologia: Indicatori di accessibilità

Razionale: L'attività ospedaliera di un ospedale sede di PS/DEA include i ricoveri programmati e quelli derivanti da richieste provenienti dal PS/DEA. L'ospedale può essere costretto a sbilanciare la sua attività verso i ricoveri in emergenza, qualora la richiesta di ricovero in emergenza fosse estremamente rilevante in relazione alla propria dotazione, specifica per reparto, di posti letto.

L'analisi della quota di accessi in PS con esito ricovero sul totale dei ricoveri acuti ordinari permette quindi di valutare la propensione dell'ospedale nel fornire il ricovero da pronto soccorso.

Numeratore: Accessi in PS con esito ricovero

Denominatore: Ricoveri acuti ordinari

Note Sono esclusi dalla selezione i giunti cadavere. L'indicatore può essere calcolato per area di specialità di ricovero

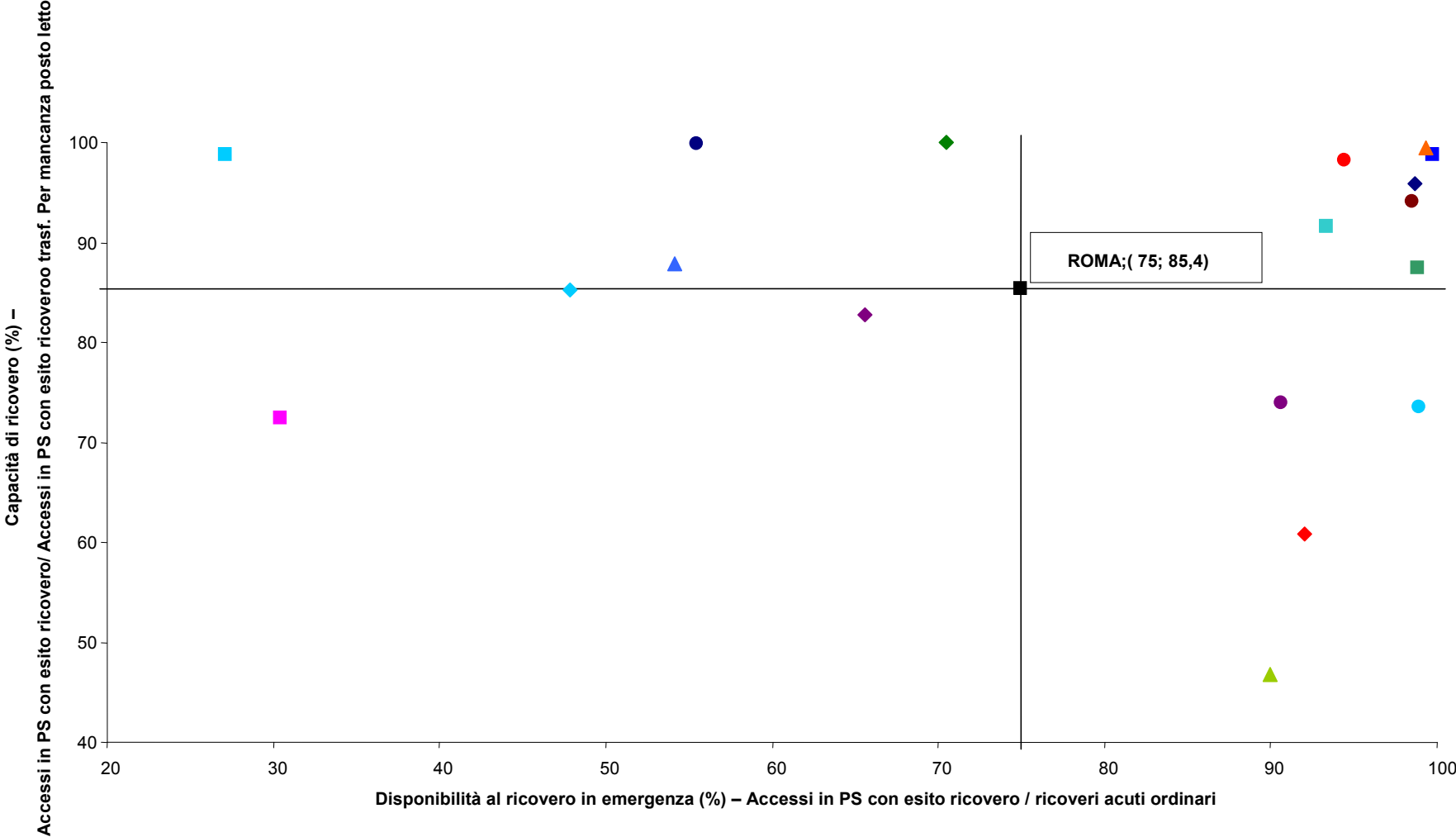
Fonte dei dati: Archivio accessi in PS, Archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Parametro di riferimento: Valore regionale per stesso livello di complessità assistenziale

Risultati della sperimentazione: L'indicatore è stato calcolato sugli accessi dell'anno 2005.

LIVELLO DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	MINIMO (%)	MASSIMO (%)	REGIONALE (%)
PS	24.2	106.1	60.6
DEA I	50.6	87.5	70.5
DEA II	31.9	78.7	51.6
Totale PS/DEA	24.2	106.1	60.9

PS/DEA generali di Roma: capacità di ricovero vs disponibilità al ricovero da Pronto Soccorso



Percentuale di accessi a rischio di inappropriatelyzza (1/2)

Dimensione : Indicatori di appropriatezza della domanda

Razionale: I servizi di Pronto Soccorso si collocano al confine tra i servizi di assistenza territoriale ed i servizi di assistenza ospedaliera, garantendo la loro disponibilità 7 giorni la settimana e 24h al giorno. Considerando che ciò che identifica una prestazione di pronto soccorso non è spesso la prestazione in sé, ma l'urgenza con cui la prestazione deve essere erogata, la valutazione del rischio di inappropriatelyzza delle prestazioni erogate in pronto soccorso deve essere effettuata a partire dall'analisi del livello di urgenza delle suddette prestazioni, identificato dal codice triage attribuito all'accoglienza.

In particolare gli accessi potenzialmente a rischio d'inappropriatelyzza sono da ricercarsi all'interno degli accessi codificati come codice bianco ('non urgenza') e di quelli codificati come codice verde ('urgenza differibile').

L'analisi degli accessi a rischio di inappropriatelyzza permette di valutare la quota di attività che potrebbe essere svolta nei servizi di assistenza territoriale e quindi potenzialmente filtrabile per diminuire il carico di lavoro dei PS, e stimare la domanda insoddisfatta di prestazioni di assistenza territoriale.

Percentuale di accessi a rischio di inappropriatelyzza (2/2)

Numeratore: Accessi in PS che soddisfano almeno una delle seguenti condizioni:

- triage bianco ed esito “a domicilio” o esito “Il paziente abbandona il PS prima della visita medica” o “Il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura del referto”
- triage verde ed esito “a domicilio” con unica prestazione visita generale ed invio diverso da MMG o pediatra di libera scelta, specialista, medico della continuità assistenziale, operatore di mezzo di soccorso 118

Denominatore: Totale degli accessi in PS in cui è stato effettuato il triage

Fonte dei dati: Archivio accessi in PS

Parametro di riferimento: Valore regionale

Risultati della sperimentazione: L'indicatore è stato calcolato sugli accessi dell'anno 2005.

LIVELLO DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	MINIMO (%)	MASSIMO (%)	REGIONALE (%)
PS	5.9	45	19
DEA I	8.9	41.5	24.7
DEA II	8	31.7	19.3
Totale PS/DEA	5.9	45	21.3

Accessi in PS ripetuti entro 24 h

Tipologia: Indicatori di efficacia

Razionale: Una prestazione di Pronto Soccorso ha come obiettivo quello di rispondere adeguatamente alla richiesta di assistenza in emergenza proveniente da un paziente in determinate condizioni cliniche. La prestazione può concludersi con la risoluzione del problema e la dimissione a domicilio oppure con il ricovero.

Qualora il paziente si ripresenta di nuovo ad un Pronto Soccorso entro 24 h, ciò potrebbe indicare:

- che il precedente trattamento in pronto soccorso non è risultato adeguato alle condizioni cliniche del paziente
- che non è stata individuata con precisione la diagnosi del paziente.

L'analisi degli accessi in PS ripetuti entro 24 ore permette quindi di valutare l'efficacia delle prestazioni di pronto soccorso.

Numeratore: Accessi in Pronto Soccorso ripetuti dalla stessa persona in qualsiasi PS/DEA entro 24 h dalla dimissione a domicilio dell'accesso precedente.

Denominatore: Accessi in Pronto soccorso con esito dimissione a domicilio

Fonte dei dati: Archivio accessi in PS

Parametro di riferimento: Valore regionale

Valutazione del fabbisogno assistenziale in Pronto Soccorso (milestone 1.6) (1/2)

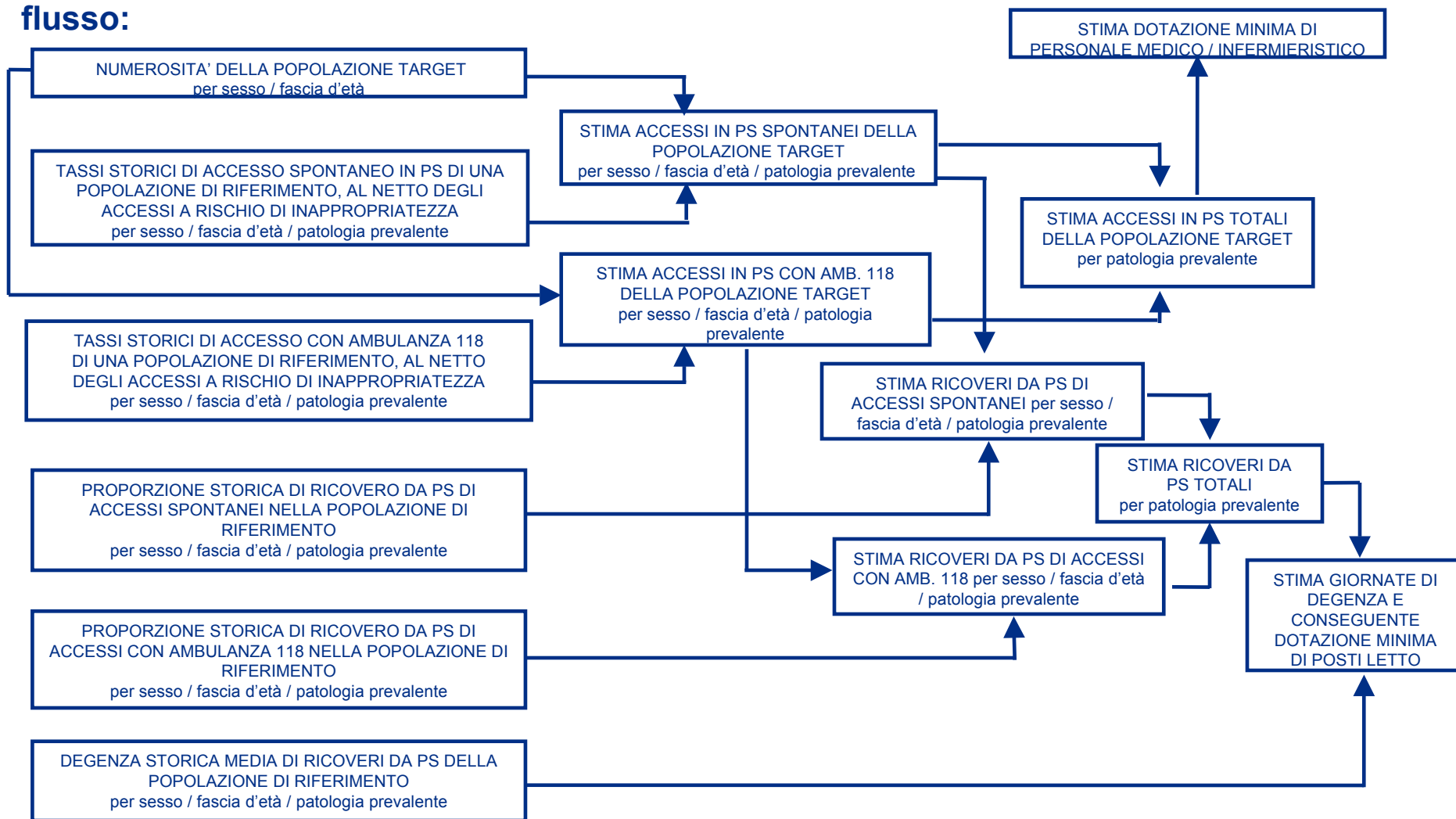
I dati relativi all'attività di Pronto Soccorso possono essere utilizzati per stimare:

- Il fabbisogno di prestazioni di pronto soccorso di una popolazione target in termini di:
 - volumi di accessi annui in Pronto Soccorso di pazienti giunti con mezzi propri o con ambulanza 118
 - volume di ricoveri annui generati dagli accessi in Pronto Soccorso

- Le risorse assistenziali necessarie per il pronto soccorso ospedaliero a cui la popolazione target afferisce in termini di:
 - dotazione minima di personale medico-infermieristico
 - dotazione minima di posti letto necessari a soddisfare la richiesta di ricovero dal Pronto Soccorso

Valutazione del fabbisogno assistenziale in Pronto Soccorso (milestone 1.6) (2/2)

La metodologia proposta può essere riassunta secondo il seguente diagramma di flusso:



Metodologia per la stima del fabbisogno del personale

È stata effettuata una ricognizione relativa a studi svolti in materia di fabbisogno del personale in ambito di pronto soccorso ospedaliero di cui si segnalano tre studi:

- A) “Standard tecnologici organizzativi e di personale delle strutture di Pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza” della Società Italiana Medicina d’Emergenza-Urgenza (SIMEU);
- B) “Elaborazione di standard di dotazione organica per singole professionalità e specifici livelli funzionali”, pubblicata dalla Regione Emilia-Romagna nel 1996;
- C) “Tempi e percentuali di riferimento regionali per la determinazione delle piante organiche delle Aziende USL e Ospedaliere” (TPRR), redatto nel 1996 dalla Scuola di Management dell’Università Luiss Guido Carli

Tali studi indicano delle metodologie per la stima del fabbisogno del personale di pronto soccorso basate sul volume degli accessi.

Ulteriori fattori per la stima del numero di accessi

Le stime relative agli accessi annui in Pronto Soccorso dovranno essere opportunamente integrate tenendo conto di:

1. trasferimenti di pazienti da altri istituti, i cui volumi sono fortemente dipendenti dall'organizzazione delle reti dell'emergenza delle singole regioni
2. presenza sul territorio di riferimento di popolazione immigrata o non residente
3. accessi stagionali legati a flussi turistici