

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO**

DELIBERAZIONE Commissario Straordinario N. 396 DEL 20 GEN. 2012

OGGETTO: Linee di indirizzo per la valutazione della adeguatezza del Pronto Soccorso ospedalieri della ASP, in rapporto alle esigenze della utenza

STRUTTURA PROPONENTE STAFF della DIREZIONE GENERALE Proposta N. 260 del 13.01.2012 IL DIRETTORE U.O.C. RESPONSABILE DELLO STAFF Dr. Giuseppe Amico IL RESPONSABILE SERVIZIO Dr. Alfonso Cavaleri IL RESPONSABILE PROCEDIMENTO Dr. Alfonso Cavaleri	SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE Autorizzazione di spesa N. _____ del _____ Conto Economico _____ NULLA OSTA Il Direttore U.O.C. _____
--	---

in data 20 GEN. 2012 nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Salvatore Roberto MESSINA

Nominato con Decreto Assessoriale n.1722/11 del 15 settembre 2011, assistito dal Collaboratore Amministrativo Sig.ra Sabrina Terrasi in funzione di Segretario Verbalizzante.

Visto:

Il Piano Annuale dei Controlli 2011 nel Settore Assistenza in Emergenza Urgenza in ambito Ospedaliero, secondo quanto disposto dal Nucleo Ispettivo e Vigilanza dell'Area 2 del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale della Salute;

La legge regionale 3 novembre 1993 n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle Unità Sanitarie Locali" per come ancora applicabile ai sensi dell'art. 32 della predetta legge regionale n. 5/2009;

Il Progetto "Patient Safety & Emergency Department", Convenzione tra la Regione Siciliana e la Joint Commission International, riportante i nuovi standard JCI per l'anno 2011 e le relative note interpretative;

Il documento allegato "Linee di indirizzo per la valutazione della adeguatezza del Pronto Soccorso ospedalieri della ASP, in rapporto alle esigenze della utenza".

Considerato:

di dovere porre in essere risoluzioni atte a sanare le criticità riscontrate dal Nucleo Ispettivo e Vigilanza dell'Area 2 del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale della Salute;

di dovere dare seguito a quanto indicato e disposto dagli standard organizzativi per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere;

di dovere allinearsi agli standard organizzativi e logistici suggeriti dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) che da tempo collabora con l'Assessorato Regionale della Salute nell'ambito di progetti volti al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure prestate in ambito ospedaliero ed in particolare in Emergenza-urgenza.

Ritenuto e considerato quanto sopra

Sentito il parere FAVOREVOLE del Direttore Amministrativo

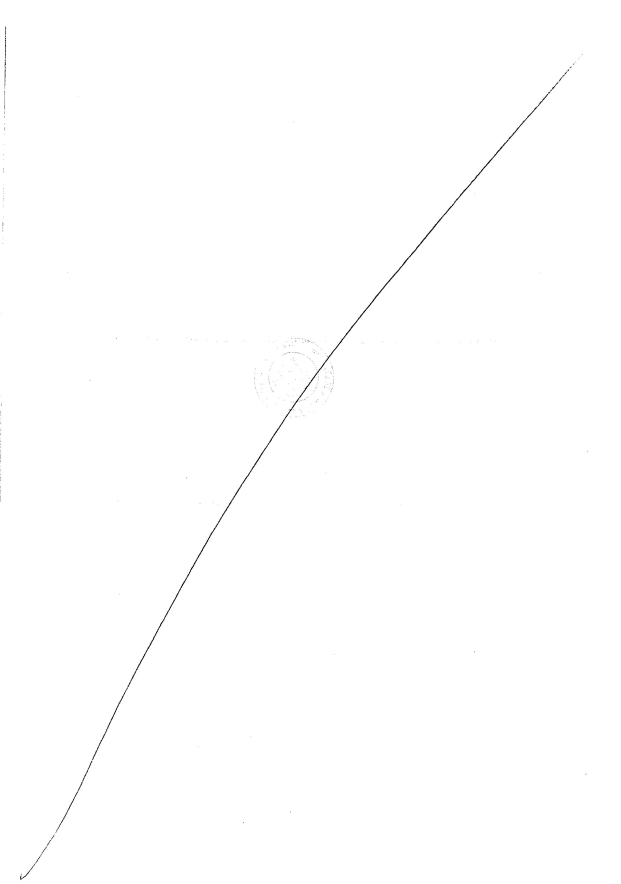
Sentito il parere FAVOREVOLE del Direttore Sanitario

DELIBERA

1. Di prendere atto del documento allegato "Linee di indirizzo per la valutazione della adeguatezza del Pronto Soccorso ospedalieri della ASP, in rapporto alle esigenze della utenza" che costituisce parte integrante di tale atto deliberativo;

2. Di notificare a tutte le macrostrutture aziendali il predetto documento;

- 3) *Come si incarica le seguenti* *Roberto Neri* *Antonio M...*
Di dare alla presente deliberazione clausola immediatamente esecutiva.



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Eugenio Bonanno

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Salvatore Roberto Messina

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Alfredo Zambuto

Il Segretario Verbalizzante

Collaboratore Amministrativo

Sig.ra Sabrina Terrasi

PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione, copia conforme all'originale, è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento ai sensi e per gli effetti della L.R. N. 30/93, art. 53 comma 2, a decorrere dal _____ e fino al _____ e che durante tale periodo _____ pervenute opposizioni.

L'Incaricato

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Eugenio Bonanno

REFERENTE UFFICIO ATTI DELIBERATIVI

Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. N. _____

ESECUTIVA NON SOGGETTA A CONTROLLO	ESTREMI RISCONTRO TUTORIO
☐ Delibera non soggetta al Controllo ai sensi dell'art. 16 comma 1 della L.R. n. 5 del 14/4/2009 e divenuta ESECUTIVA Decorso il termine di giorni 10 dalla data di Pubblicazione, previsto dalla L.R. n. 30/93, art. 53, comma 6	Delibera trasmessa all'Assessorato Regionale Sanità in data _____ prot. N. _____ SI ATTESTA Che l'Assessorato Regionale Sanità, esaminata la presente deliberazione,
☒ Delibera non soggetta al Controllo ai sensi dell'art. 16 comma 1 della L.R. n. 5 del 14/4/2009 e divenuta IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA Ai sensi della L.R. N. 30/93 art. 53, comma 7.	☐ Ha pronunciato l'approvazione con atto N. _____ del _____ come da allegato. ☐ Ha pronunciato l'annullamento con atto N. _____ del _____ come da allegato.

IL REFERENTE E UFFICIO ATTI DELIBERATIVI

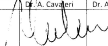
Collaboratore Amministrativo

Sig.ra Sabrina Terrasi



DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Linee di indirizzo per la valutazione della adeguatezza dei Pronto Soccorso ospedalieri in rapporto alle esigenze della utenza

data di emissione	revisione	redazione	verifica	approvazione
02.11.2010	0	Dr. A. Cavaleri	Dr. A. Seminerio (direttore sanitario)	Dr. G. Sciumè (direttore sanitario)
13.01.2012	1	Dr. A. Cavaleri	Dr. A. Zambuto (direttore sanitario)	Dr. S. Messina (direttore generale)
				

INDICE

INDICE	2
PREMESSA	3
IDENTIFICAZIONE DEI PARAMETRI PER I CRITERI DI VALUTAZIONE	5
IDENTIFICAZIONE DELLA METODOLOGIA DI VALUTAZIONE	7
IDENTIFICAZIONE DEGLI INDICATORI	7
INDICATORI DI INPUT O DI RISORSE	8
INDICATORI DI PROCESSO	8
INDICATORI DI OUTPUT O DI PERFORMANCE O PRESTAZIONE	9
INDICATORI DI OUTCOME	9
TIMING DELLE VALUTAZIONI	10



PREMESSA

Il tema della valutazione della qualità in sanità è certamente complesso, anche perché si tratta di un concetto multidimensionale. In senso generico con il termine valutare si intende calcolare il valore di qualcosa, stimare, determinare il pregio, la qualità, l'importanza di un oggetto o di una prestazione; ponderare, soppesare ai fini della attribuzione di un giudizio complessivo o un voto; fornire quindi una valutazione.

In altri termini, la valutazione è un giudizio che assegna ad una cosa un determinato valore e si fonda nell'assegnare ad un bene economico un determinato prezzo.

Essa può fare riferimento a:

- determinazione dei risultati ottenuti;
- determinazione dell'efficacia ed efficienza;
- determinazione della performance.



Il punto di vista mediante il quale si imposta la valutazione assume notevole importanza, poiché, come è ampiamente plausibile, al variare del soggetto responsabilizzato al giudizio di qualità, varieranno anche alcune variabili oggetto di studio: appare evidente come esista una forte contrapposizione tra la visione "assolutistica" del medico e quella "individualistica" del paziente.

In ogni caso, entrambe queste prospettive mostrano dei limiti: infatti, se da un lato è possibile astrarre dalla competenza tecnica del medico, dall'altro risulta altrettanto difficile non considerare la centralità del paziente, che sopporta i rischi e riscuote i benefici dell'intervento clinico. A fronte di tale circostanza, anche in conseguenza del vincolo di bilancio, è assai auspicabile l'introduzione di una filosofia intermedia, basata su una visione completa che tenga conto di criteri tecnici e di bisogni individuali, aggregati tuttavia sull'intera popolazione di assistiti.

Per quel che riguarda i parametri della valutazione delle condizioni operative dei Pronto Soccorso ospedalieri, ci si è attenuti al noto paradigma di Donabedian, che prevede tre possibili dimensioni rilevanti:

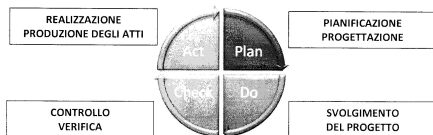
- **la struttura (o input)**
Si intende ogni elemento materiale e organizzativo stabile, componente il "teatro" in cui si verifica il processo di erogazione delle prestazioni assistenziali. Fanno parte di questa specificazione le risorse organizzative umane, fisiche, tecniche e finanziarie necessarie per garantire il funzionamento dei Servizi di Pronto Soccorso;
- **il processo**
L'insieme delle azioni che gli operatori eseguono a favore degli utenti. Una specificazione completa dei processi sanitari prevede la verifica del grado di perizia tecnica mostrata dagli operatori, oltre a tutti gli sforzi che i pazienti sopportano per curarsi. In altre parole, quindi, il processo rappresenta l'insieme delle attività assistenziali, determinate dall'interazione che si sviluppa tra il paziente e la struttura, in base a specifiche norme scientifiche, etiche e sociali.
- **l'esito (output e outcome)**
Consiste principalmente nel risultato che si riesce ad ottenere a favore di ciascun assistito, in termini di variazioni dello stato di salute attribuibile al processo assistenziale e che, dunque, deve essere valutato come conseguenza dell'attività sanitaria esplicata.

Moderne filosofie di valutazione aggiungono alle tre dimensioni sopra riportate, la **valutazione della valutazione** (o metavalutazione). Essa dovrebbe configurarsi come il controllo della validità del processo metodologico tramite un controllo intersoggettivo nell'ambito del lavoro scientifico dell'équipe di ricercatori coinvolti e come processo auto-riflessivo.

Nella elaborazione di queste linee di indirizzo è stata scelta una metodologia ispirata al famoso Ciclo della Qualità proposto da Deming e da Donabedian, e rivisto negli ultimi anni da Tonelli.

Gli elementi che costituiscono il ciclo sono: Plan (P), Do (D), Check (C) e Act (A), e sono bene esplicitate nello schema successivo:

P plan	Identificare i possibili problemi, selezionando il problema prioritario	
	Osservare e documentare la situazione attuale	Raccolta di dati
	Analizzare la situazione attuale	Analisi di dati
	Identificare le possibili cause	Decisioni orientate dall'analisi dei dati
	Determinare le cause reali	
	Definire gli obiettivi	
	Determinare i tempi e le azioni correttive	
D do	Attuazione degli obiettivi	
C check	Controllare	
A act	Produrre gli atti e standardizzare	



Un processo in cui le parti interagiscono in modo ciclico e consequenziale, già utilizzato con ottimi risultati nelle metodiche VRQ per la valutazione della qualità professionale e che è riproducibile in ogni momento della valutazione di un determinato percorso attuativo.

Il momento della valutazione è, infatti, una delle componenti del percorso valutativo finalizzato sia per contemplare i diversi obiettivi sia per produrre diversi effetti, adottando particolari criteri e utilizzando molteplici strumenti.

Tali componenti sono realizzati attraverso l'identificazione:

- dei "momenti" di valutazione;
- dei responsabili e dei beneficiari della valutazione;
- degli oggetti dell'analisi valutativa;
- dei criteri di valutazione;
- delle metodologie di analisi.



IDENTIFICAZIONE DEI PARAMETRI PER I CRITERI DI VALUTAZIONE

La Direzione Strategica ha ritenuto opportuno concentrare l'attenzione su quelle appena elencate.

A.S.P. 1 - AGRIGENTO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DIREZIONE SANITARIA
dr. Alberto Cavallini

Per ciò che concerne i criteri di valutazione sono stati identificati 10 principali parametri:

1. **efficacia:** attiene al livello di realizzazione degli obiettivi e costituisce uno strumento di misurazione dell'outcome. Può essere definita come capacità di un atto di produrre un particolare effetto, di raggiungere gli obiettivi prefissati;
2. **efficienza:** stabilisce un rapporto tra le attività erogate e le risorse utilizzate e serve per definire la qualità dell'output. È definibile come il complesso delle procedure che favoriscono il raggiungimento dell'esito migliore;
3. **equità:** riguarda l'accesso ai servizi e la loro capacità di evitare discriminazioni, sia in riferimento ai costi di accesso, sia alle modalità di erogazione;
4. **soddisfazione** (responsiveness): definisce in che misura il servizio risponde alle aspettative dell'utenza. Si riferisce alla qualità percepita dal cittadino, la cui soddisfazione è esito di un contesto organizzativo improntato all'umanizzazione dei rapporti e alla personalizzazione dei servizi;
5. **appropriatezza:** esprime la capacità del servizio di essere "centrato" rispetto al bisogno che intende soddisfare. Serve per verificare la congruenza qualitativa e quantitativa tra il sistema delle risorse (umane ed economiche) e il sistema della domanda e quindi valutare la fase di processo;
6. **accessibilità:** consiste nella disponibilità effettiva del servizio per tutti gli utenti, con l'abbattimento o almeno la riduzione delle distanze e delle barriere, da quelle fisiche e architettoniche a quelle di tipo psicologico-culturale.
7. **produttività:** si intende come la capacità di un servizio di raggiungere la più alta quantità possibile di prestazioni in relazione alle risorse disponibili in un dato tempo; il criterio di produttività pare difficile da svincolare dal suo "peccato originale", dal suo nascere nell'ambito della produzione economica di merci;
8. **tempestività:** intesa come l'attitudine del servizio ad intervenire il più rapidamente possibile e comunque prima che la situazione di danno o disagio si deteriori al punto da rendere inutile o di improbabile efficacia la prestazione di cura; in tal caso la tempestività è spesso una condizione dell'efficacia ed ha a che fare anche con il valore dell'equità;
9. **accettabilità:** che possiamo distinguere in accettabilità sociale (riguardante la capacità di un servizio di farsi accettare, in termini culturali e di valori, da tutti i propri referenti e non solo da élite) e in accettabilità professionale (che significa invece adeguatezza del trattamento di cura ai canoni o agli standard specialistici di quella data categoria di operatori); l'accettabilità corrisponde anche a ciò che le persone dovrebbero accettare in quanto assistenza sanitaria o ad esposizioni a rischi per la salute;
10. **sicurezza:** garanzia che una pratica di cura o di assistenza, mentre interviene per apportare un beneficio o una soluzione di un problema, non arrechi, nemmeno indirettamente, un altro danno o l'insorgere di un altro problema.

Questi 10 parametri individuati, rendono bene conto delle 3 dimensioni che sono alla base della qualità aziendale:

- **qualità organizzativa e gestionale:** uso efficace e produttivo di risorse per soddisfare le richieste dell'utente, all'interno dei limiti e delle direttive impartite. La valutazione di questa dimensione della qualità non si realizza semplicemente attraverso la rilevazione numerica delle dotazioni ma anche attraverso la valutazione delle modalità del loro utilizzo, della accessibilità, della relazionalità che intersecano;
- **qualità professionale:** concerne il giudizio dei professionisti sulla misura in cui il servizio soddisfa i bisogni degli utenti, così come stabiliti dai professionisti stessi. È connessa alle competenze possedute dal personale che lavora nei servizi valutati e attribuisce importanza all'aggiornamento professionale;
- **qualità valutata dal lato dell'utente:** attiene alle questioni degli ammalati sul servizio che viene loro fornito. Non concerne solo gli aspetti più tecnici della salute-malattia ma si riferisce alla capacità relazionale (cortesia, empatia, disponibilità, compliance) degli operatori di rispondere alle esigenze dei fruitori.

Le tre correlazioni che ne risultano possono essere lette come altrettanti lati di un ipotetico triangolo della qualità.



A.S.P. 1 AGRIGENTO
 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DIREZIONE SANITARIA
 dR. Alfonso Cavalieri

IDENTIFICAZIONE DELLA METODOLOGIA DI VALUTAZIONE

Un altro punto di grande rilievo per la Direzione Strategica circa le componenti del percorso valutativo – come precedentemente specificato – è l'identificazione delle metodologie e delle tecniche da utilizzare per la valutazione della adeguatezza del Pronto Soccorso.

Non appare infatti superfluo, data la complessità dell'oggetto di analisi, individuare preliminarmente alcuni filoni metodologici (ultimo punto delle componenti del percorso valutativo) con le rispettive tecniche di indagine e di trattamento dei dati.

L'analisi dei costi e dell'efficienza concerne l'impiego ottimale delle risorse per il conseguimento degli obiettivi/risultati. Gli strumenti di analisi (strategie cost-analitiche) più diffusi utilizzati in tal senso (l'analisi costi/benefici, l'analisi costi/efficacia e l'analisi costi-utilità non sono apparsi percorribili, poiché comporta un elevato standard di monitoraggio, al momento non disponibile in Azienda.

La metodologia della ricerca sociologica è apparsa decisamente preferibile, essendo caratterizzata da:

- **interviste non strutturate**, importanti per la loro grande capacità di penetrazione, approfondimento, flessibilità ed adesione alla soggettività del singolo operatore o utente e alla specificità del singolo caso, vanno cioè oltre i limiti dei questionari standardizzati;
- **l'osservazione** ("partecipante", "quasi-partecipante" e "diretta") intesa come tecnica specifica di rilevazione sul campo;
- **le survey** (somministrazione di questionari a campioni di cittadini), che rappresentano al momento l'unico strumento che permette di misurare e quantificare a basso costo ed agevolmente i livelli di soddisfazione.

Tale metodologia deve essere integrata da un ulteriore approccio metodologico che riguarda le attività di valutazione messe in atto da "pari" esperti (cioè appartenenti alla stessa categoria professionale dei valutati) che intervengono dall'esterno, e che formulino giudizi sulla scorta dei dati (indicatori ed osservazioni) acquisiti.

Una sorta di commissione molto ristretta di esperti (in numero di 3: un coordinatore, un medico e un infermiere con esperienza attiva almeno decennale in Pronto Soccorso) nominati dal Direttore Generale, a formare un gruppo ispettivo di verifica.

IDENTIFICAZIONE DGLI INDICATORI

A.S.P. 1- AGRIGENTO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DIREZIONE SANITARIA
dr. Alfonso Cavalieri

Un'altra componente decisiva per una corretta valutazione dei programmi sta nel costruire sistemi di indicatori. "Di Dio ci fidiamo. Tutti gli altri portano dati". Questo aforisma di Walter Deming sottolinea l'importanza di avere dati che generino indicatori validi, accurati e riproducibili.

La new economy insegna che la professionalità, la conoscenza e la acquisizione di dati quanto più oggettivi possibili sono il vero motore di qualsiasi Azienda, e che queste caratteristiche non sono possedute, bensì acquisite "step by step" per investimenti continui.

Ma un dato diventa un'informazione, un indicatore, una misura quando è rapportato a degli standard di riferimento: allora diventa capace di modificare la probabilità delle decisioni.

Scrivere Berwich: "Misurare senza cambiare è uno spreco. Cambiare senza misurare è sconsiderato".

La Direzione Strategica ha pertanto determinato i seguenti indicatori, suddivisi per aree:

- **indicatori di input (o di risorse)**: relativi a tutte le risorse infrastrutturali, tecnologiche, formative ed umane disponibili;
- **indicatori di processo**: relativi alle procedure, alle attività, ai metodi e all'organizzazione del lavoro;

- **indicatori di output (o di performance o di prestazioni):** riferiti o a esiti intermedi o a informazioni sul volume delle attività, sulla contabilità sociale;
- **indicatori di outcome:** riguardanti i risultati effettivi, gli esiti finali.

L'esperienza insegna come sia relativamente semplice costruire indicatori soddisfacenti di input (risorse) e output (prestazioni), ma come sia ben più difficile individuare indicatori soddisfacenti di processo e di outcome (indicatori che dicano cioè quando un caso è stato risolto).

INDICATORI DI INPUT O DI RISORSE

INDICATORE	VALORE ATTESO
PERSONALE MEDICO	di ruolo/incaricato a vario titolo
- ultimo corso BLS	non inferiore al 75%
	eseguito < 5 anni/non eseguito o > 5 anni
- dotazione organica/turno (PS+OB+MUR)	non inferiore al 75%
	<65.000 accessi/anno
	2+1+1h12
	> 65.000 accessi/anno
	3+1+1h20
PERSONALE INFERMIERISTICO	di ruolo/incaricato a vario titolo
- ultimo corso BLS	non inferiore al 75%
	eseguito < 5 anni/non eseguito o > 5 anni
- dotazione organica /turno (PS+OB+T+MUR)	non inferiore al 75%
	<65.000 accessi/anno
	2+1+1+1
	>65.000 accessi/anno
	3+2+1+1
PERSONALE AUSILIARIO	
CARRELLI DI EMERGENZA	SI/NO
CAMERA CALDA	SI
CPAP	SI/NO
RADIOLOGIA DEDICATA	SI
TAC ATTIVA h24	SI/NO
SALA PER CODICI ROSSI OPPORTUNAMENTE ATTREZZATA	SI
BARRIERE ARCHITETTONICHE	SI/NO
OSSERVAZIONE BREVE	SI/NO
- locali dedicati	SI
- posti letto adeguati	SI/NO
- set di attrezzature congruo	SI
TRIAGE h24	SI/NO
INFORMATIZZAZIONE CON SOFTWARE DEDICATO	SI/NO
- dati anagrafici	SI
- dati clinici	SI/NO
- immagini e referti	SI/NO
TELETAC	SI/NO

A.S.P. 1 - AGRIGENTO
 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
 DIREZIONE SANITARIA
 dr. Alfonso Chiriaci

INDICATORI DI PROCESSO

DATI RILEVATI	INDICATORE	VALORE ATTESO
PRESENZA DI LINEE GUIDA		
- politrauma	SI/NO	SI
- dolore toracico non traumatico	SI/NO	SI
- dolore addominale	SI/NO	SI
- triage	SI/NO	SI
- fast-track	SI/NO	SI
- trauma cranico minore	SI/NO	SI
- gestione effetti personali	SI/NO	SI
- lavaggio mani	SI/NO	SI
- comunicazione verbale dati critici	SI/NO	SI
- gestione soluzioni contenenti K conc.	SI/NO	SI
- trasferimenti secondari	SI/NO	SI
- isolamento paziente con malattia infett.	SI/NO	SI
- maxiemergenze	SI/NO	SI
PROCEDURE TELETAC EFFETTUATE	n. di procedure effettuate/totale casi NCH (*)	> 85%

(*) la casistica NCH è caratterizzata dalle seguenti diagnosi cliniche: (emorragia epidurale, ictus emorragico, emorragia subaracnoideale, tumori cerebrali, sindrome da compressione endocranica, idrocefalo, aneurisma endocranico, angioma cerebrale)

INDICATORI DI OUTPUT (O DI PERFORMANCE O DI PRESTAZIONI)

INDICATORE		VALORE ATTESO
TRIAGE	tempi di accesso alle cure per i diversi codici % di accessi che rientrano nello standard	Codice rosso: immediato Codice giallo: entro 20 min. Codice verde: entro 90 min. Codice bianco: indeterminato, 180 min
	n. codici rossi n. codici gialli n. codici verdi n. codici bianchi	
	Audit: n. ro di codici rossi deceduti sottoposti ad audit	
	Appropriatezza di attribuzione del codice: corrispondenza tra codice al triage e codice di esito	% di non corrispondenza
TRATTAMENTO IMA	Pazienti sottoposti a trombolisi	% di pazienti sottoposti a TI, oltre 60 min dall'accesso (door to needle)
	Pazienti sottoposti a PTCA	% di pazienti sottoposti a PTCA entro 60 min (door to balloon)
	Tempo di esecuzione di ECG in caso di dolore toracico	% di pazienti che eseguono ECG entro 10 min.
TRATTAMENTO ICTUS	Pazienti con deficit neurologico	% di pazienti che accedono alla visita medica entro 10 min.
ACCESSO ALLE SALE OPERATORIE IN EMERGENZA	Pazienti con emorragia retroperitoneale	% di pazienti che accedono alla sala operatoria entro 60 min.
	Pazienti con ematoma extradurale	% di pazienti che accedono alla sala operatoria entro 120 min.
PERCORSI DIAGNOSTICOTERAPEUTICI	Definizione di 1 percorso diagnostico terapeutico	Verifica degli scostamenti nei vari segmenti assistenziali
RITORNI NON PIANIFICATI, ABBANDONI, TEMPO DI PERMANENZA	Ritorni non pianificati n. pazienti	
	Dopo 24 h Dopo 48 h Dopo 72 ore < 10 gg.	
	Abbandono del PS prima della fine del trattamento	Num. % di pazienti
RICOVERI INAPPROPRIATI IN URGENZA	Permanenza in PS	< 2 h. % pazienti < 4 h. % pazienti < 6 h. % pazienti > 6 h. % pazienti
	Rapporto ricoveri urgenti/accessi	>18% (media nazionale)
	Direttive LEA	% ricoveri urgenti in area internistica con degenza 0-3 gg.
QUALITA' PERCEPITA	Questionario di gradimento articolato con vari item	% di gradimento > 90%

INDICATORI DI OUTCOME

A.S.P. 1 - AGRIGENTO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DIREZIONE SANITARIA
dR. Alfonso Cavalieri

INDICATORE	VALORE ATTESO
OSPEDALIZZAZIONE DI PAZIENTE DIMESSO < 48 h. CON DIAGNOSI DI TAL DA PS	da determinare
RIAMMISSIONE IN PS DI PAZIENTE DIMESSO < 48 h. CON DIAGNOSI DI DOLORE ADDOMINALE NON SPECIFICO	da determinare
OSPEDALIZZAZIONE DI PAZIENTE DIMESSO < 5 gg. CON DIAGNOSI DI DOLORE TORACICO ATIPICO	da determinare

In questa prima fase, stante la difficoltà di individuare indicatori appropriati, in considerazione anche della difficoltà logistica dell'acquisizione dei dati richiesti (informatizzazione del Pronto Soccorso non ancora completata), si è pensato di limitare al minimo la individuazione di tali indicatori, che saranno oggetto di maggior peso e considerazione in una prossima revisione del documento.

Anche per ciò che concerne i valori attesi, essendo particolarmente oneroso al momento per l'Azienda estrarre i dati necessari alla costruzione dell'indicatore (il software desueto non consente ricerche mirate, la analisi del cartaceo è estremamente dispendiosa e lunga...), si resta in attesa di tempi successivi per la determinazione dei valori attesi, da stabilire anche sulla scorta di studi non ancora pubblicati circa le percentuali medie regionali e nazionali di tale indicatore.

TIMING DELLE VERIFICHE

Le verifiche sulla adeguatezza dei Pronto Soccorso ospedalieri in rapporto alle esigenze della utenza sono previste in una prima fase a cadenza semestrale da realizzarsi preliminarmente con il supporto di tali servizi:

1. raccolta dei dati previsti

a cura del personale interno alle stesse UU.OO. oggetto di valutazione. Il processo di informatizzazione in corso di realizzazione potrà agevolare notevolmente tale fase

2. realizzazione ed analisi di programmi di customer satisfaction

a cura della UO Qualità. La pianificazione, la somministrazione e l'analisi di un programma di customer satisfaction rappresenta un momento di verifica della qualità dei servizi aziendali, anche se settorializzati all'area dei Pronto Soccorso, costituendo di fatto il compito istituzionalmente riconosciuto a tale UO

3. individuazione della Commissione di esperti

a cura della Direzione Sanitaria Aziendale, preferibilmente scegliendo personale esterno all'Azienda

4. periodo di osservazione (on site visit)

Non dovrebbe superare l'arco di tempo di 1 giorno, realizzandosi un periodo di osservazione di 2-4 ore al mattino e 2-4 ore il pomeriggio, tempistica in cui è compreso anche il reporting.

Tale reporting può essere agevolato e standardizzato tramite la realizzazione di schede di reporting con degli item precisi sulla scorta delle schede di valutazione del programma "Patient Safety & Emergency Department" di Joint Commission International (notevolmente semplificata).

5. audit interno sulla scorta dei dati desunti

a cura della direzione Sanitaria Aziendale, per la pianificazione di piani di miglioramento e la correzione di eventuali criticità riscontrate

