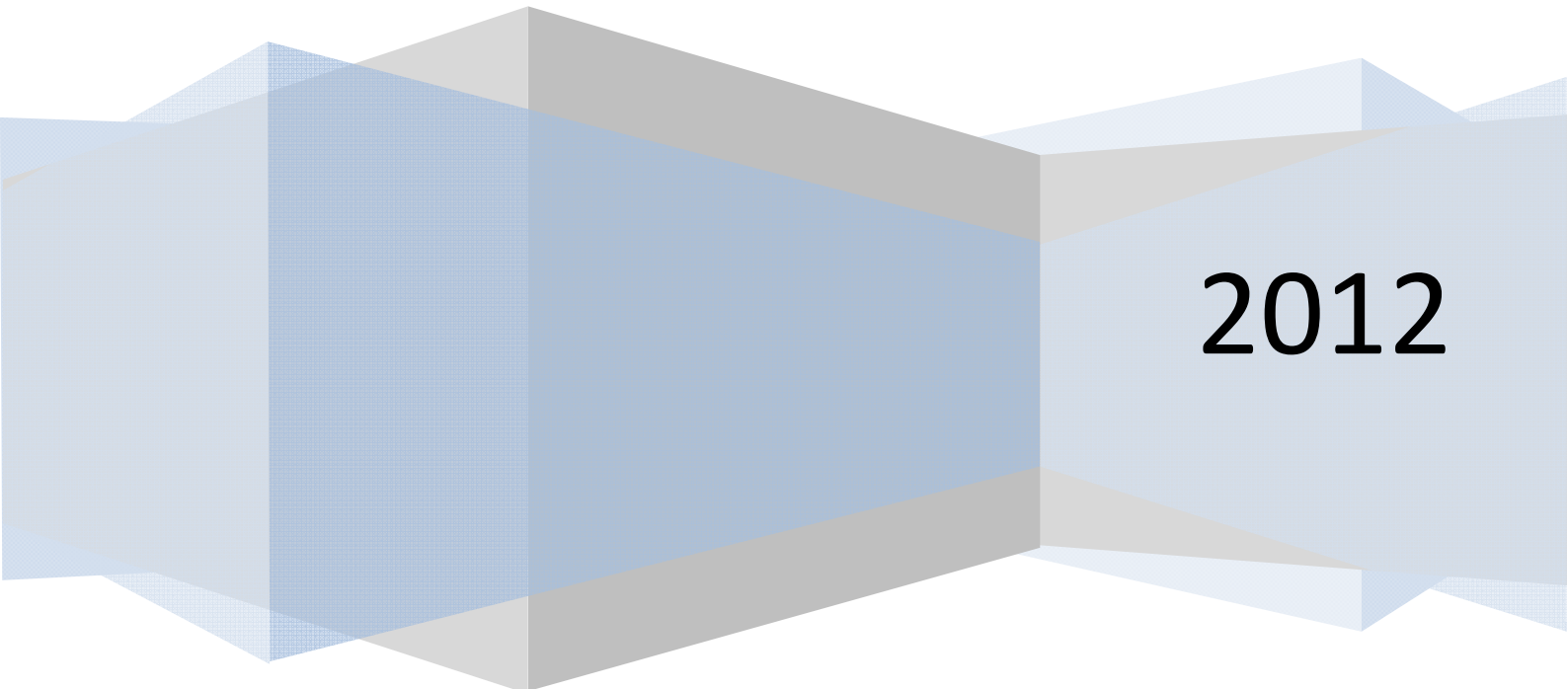


MCAU - Trapani

**Analisi dell'attività svolta
presso il Pronto Soccorso
di Trapani**

Personale Medico ed Infermieristico

massimo di martino



2012

Indice

1)	Analisi dei dati richiesti dall'Amministrazione	3
2)	Medici	9
	a) Premessa	9
	b) Storico	11
	c) Carico di lavoro	12
	d) Ticket	13
	e) Ricoveri	14
	f) Consulenze facilmente evitabili	15
	g) Rx evitabili	17
	h) Tempi	19
3)	Infermieri	20
	a) Triage	20
	b) Attività degli I. P.	28
4)	Indicatori sull'applicazione di protocolli e linee guida	29
5)	Conclusioni	36

Analisi dei dati richiesti dall'Amministrazione

Ogni mese viene inviato un report, voluto dall'Assessorato regionale alla Sanità, con i dati appresso elencati.

Tali dati sono analizzati raffrontandoli con quelli dell'anno precedente in modo da valutare come variano i principali indici di utilizzo del pronto soccorso.

I dati scelti derivano da precisi indicatori stabiliti dall'Assessorato Regionale alla Sanità, implementati da indicatori concordati con lo staff della Direzione Generale.

Valori 2012

2012	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	tot
Compl	1123	1143	1160	1069	1188	1149	1064	1130	1091	1165	1122	1064	13468
Dh	599	454	384	352	417	134	270	232	283	396	303	207	4031
Ds	243	144	149	107	129	119	67	77	122	139	124	69	1489
Ginec	120	149	140	110	138	338	130	154	123	118	117	72	1709
dh gin	54	51	49	36	58	45	53	38	37	55	38	17	531
Acc	359	380	386	328	417	186	277	337	347	39	388	362	3806
dh acc	545	403	335	316	359	89	217	194	246	341	265	190	3500
ric ps	644	614	634	631	633	625	657	639	621	649	617	630	7594
esito cons	452	514	476	446	469	412	405	427	427	440	447	468	5383
ric ps dir	192	100	158	185	164	213	252	212	194	209	170	162	2211
accessi non ric	2029	2121	2418	2299	2492	2451	2700	2828	2153	2054	1998	1878	27421
senza ticket	1367	1471	1700	1626	1755	1684	1922	1935	1573	1655	1601	1472	19761
con ticket	350	325	418	435	455	492	674	631	414	342	295	390	5221
esenti per legge	312	325	300	238	282	275	104	262	166	57	102	16	2439
Cadaveri	1	3	0	0	0	1	1	2	1	1	2	2	14
Deceduti	3	2	4	3	3	1	1	1	2	2	2	5	29
Trasferiti	3	6	11	1	4	7	1	3	9	5	9	12	71
118 ric	196	201	184	192	169	168	196	211	173	191	163	216	2260
118 non ric	199	267	240	244	263	238	303	291	237	209	201	205	2897
rossi ric	50	47	41	39	42	35	33	42	37	45	58	66	535
rossi non ric	14	26	24	12	17	17	17	12	21	24	25	22	231
gialli ric	219	230	226	197	214	200	211	225	205	241	220	234	2622
gialli non ric	335	396	404	397	363	287	340	341	301	331	404	331	4230
verdi ric	289	267	292	318	301	312	326	324	324	315	304	279	3651
verdi non ric	1018	1049	1272	1217	1375	1380	1565	1582	1251	1300	1172	1119	15300
bianchi ric	78	70	75	77	76	78	87	48	55	48	35	51	778
bianchi non ric	662	650	718	673	737	767	778	893	580	399	397	406	7660
ric ps<2 h	347	288	323	329	355	362	377	329	297	348	311	317	3983
dim ps<2h	1109	997	1172	1139	1337	1448	1508	1527	1101	1054	925	951	14268
ric ps>2 h	297	326	311	302	278	263	280	310	324	301	306	313	3611
dim ps>2h	920	1124	1246	1160	1155	1003	1192	1301	1052	1000	1073	927	13153

2011	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	tot
compl	1300	1132	1045	1121	1142	1071	1123	1165	1082	1162	1123	1291	13757
dh	782	532	604	542	425	400	1271	235	385	720	318	573	6787
ginec	155	108	135	132	118	95	81	62	70	87	124	13	1180
dh gin	54	45	46	50	128	123	143	138	145	141	116	113	1242
DS					54	57	85	37	41	44	125	51	494
acc	434	394	236	337	422	369	352	332	399	427	414	543	4659
dh acc	728	487	558	492	371	343	1186	198	344	676	193	522	6098
ric ps	711	630	674	652	592	579	628	695	538	594	593	635	7521
esito cons	473	455	460	441	385	360	385	430	352	428	409	407	4985
ric ps dir	238	175	214	211	207	219	243	265	186	166	184	228	2536
accessi non ric	2568	2344	2395	2597	2550	2547	2604	2873	2376	2201	2210	2149	29414
senza ticket	1378	1308	1524	1657	1596	1660	1601	1789	1512	1467	1463	1400	18355
con ticket	545	442	417	401	504	490	500	641	420	338	369	369	5436
esenti per legge	645	594	454	539	450	397	503	443	444	396	378	380	5623
cadaveri	1	2	1	2	2	1	2	3	2	0	1	1	18
deceduti	2	4	3	0	1	3	2	1	2	2	1	3	24
trasferiti	7	5	9	9	5	5	5	3	6	6	9	5	74
118 ric	183	149	204	191	170	174	176	202	156	177	168	194	2144
118 non ric	196	188	210	258	223	224	255	325	244	233	219	231	2806
rossi ric	87	67	68	72	46	55	44	64	45	50	36	60	694
rossi non ric	30	25	30	29	17	23	17	28	25	19	11	18	272
gialli ric	170	143	194	198	169	169	169	187	162	169	182	212	2124
gialli non ric	276	318	400	374	339	362	307	650	357	332	355	319	4389
verdi ric	314	324	329	283	298	270	313	333	256	303	308	267	3598
verdi non ric	1072	965	1094	1254	1240	1275	1277	1411	1130	1116	1097	1063	13994
bianchi ric	140	96	83	99	79	85	102	111	75	72	67	96	1105
bianchi non ric	1190	1036	871	940	954	887	1003	1084	864	734	747	749	11059
ric ps<2 h	448	367	377	409	369	318	382	397	319	318	327	374	4405
dim ps<2h	1599	1509	1376	1533	1652	1531	1694	1676	1417	1193	1184	1212	17576
ric ps>2 h	263	263	297	243	223	261	246	298	219	276	266	261	3116
dim ps>2h	969	835	1019	1064	898	1016	910	1197	959	1008	1026	937	11838

I valori sopra riportati, non hanno significato se non si analizzano le differenze fra i due anni.

Tali differenze sono state calcolate nella tabella della prossima pagina.

A seguire i commenti dello scrivente.

I commenti sull'U.O. di Ostetricia e Ginecologia sono notevolmente ridotti poiché tale U.O. ha una propria accettazione e un proprio Pronto Soccorso separato da quello generale del MCAU.

Differenza fra valori 2012-2011

2012-2011	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	tot	%
compl	-177	11	115	-52	46	78	-59	-35	9	3	-1	-227	-289	-2,10
dh	-183	-78	-220	-190	-8	-266	-1001	-3	-102	-324	-15	-366	-2756	-40,61
ds	88	36	14	-25	11	24	-14	15	52	52	0	56	309	26,19
ginec	66	104	94	60	10	215	-13	16	-22	-23	1	-41	467	37,60
dh gin	54	51	49	36	4	-12	-32	1	-4	11	-87	-34	37	7,49
acc	-75	-14	150	-9	-5	-183	-75	5	-52	-388	-26	-181	-853	-18,31
dh acc	-183	-84	-223	-176	-12	-254	-969	-4	-98	-335	72	-332	-2598	-42,60
ric ps	-67	-16	-40	-21	41	46	29	-56	83	55	24	-5	73	0,97
esito cons	-21	59	16	5	84	52	20	-3	75	12	38	61	398	7,98
ric ps dir	-46	-75	-56	-26	-43	-6	9	-53	8	43	-14	-66	-325	-12,82
accessi non ric	-539	-223	23	-298	-58	-96	96	-45	-223	-147	-212	-271	-1993	-6,78
senza ticket	-11	163	176	-31	159	24	321	146	61	188	138	72	1406	7,66
con ticket	-195	-117	1	34	-49	2	174	-10	-6	4	-74	21	-215	-3,96
esenti per legge	-333	-269	-154	-301	-168	-122	-399	-181	-278	-339	-276	-364	-3184	-56,62
cadaveri	0	1	-1	-2	-2	0	-1	-1	-1	1	1	1	-4	-22,22
deceduti	1	-2	1	3	2	-2	-1	0	0	0	1	2	5	20,83
trasferiti	-4	1	2	-8	-1	2	-4	0	3	-1	0	7	-3	-4,05
118 ric	13	52	-20	1	-1	-6	20	9	17	14	-5	22	116	5,41
118 non ric	3	79	30	-14	40	14	48	-34	-7	-24	-18	-26	91	3,24
rossi ric	-37	-20	-27	-33	-4	-20	-11	-22	-8	-5	22	6	-159	-22,91
rossi non ric	-16	1	-6	-17	0	-6	0	-16	-4	5	14	4	-41	-15,07
gialli ric	49	87	32	-1	45	31	42	38	43	72	38	22	498	23,45
gialli non ric	59	78	4	23	24	-75	33	-309	-56	-1	49	12	-159	-3,62
verdi ric	-25	-57	-37	35	3	42	13	-9	68	12	-4	12	53	1,47
verdi non ric	-54	84	178	-37	135	105	288	171	121	184	75	56	1306	9,33
bianchi ric	-62	-26	-8	-22	-3	-7	-15	-63	-20	-24	-32	-45	-327	-29,59
bianchi non ric	-528	-386	-153	-267	-217	-120	-225	-191	-284	-335	-350	-343	-3399	-30,74
ric ps<2 h	-101	-79	-54	-80	-14	44	-5	-68	-22	30	-16	-57	-422	-9,58
dim ps<2h	-490	-512	-204	-394	-315	-83	-186	-149	-316	-139	-259	-261	-3308	-18,82
ric ps>2 h	34	63	14	59	55	2	34	12	105	25	40	52	495	15,89
dim ps>2h	-49	289	227	96	257	-13	282	104	93	-8	47	-10	1315	11,11

I risultati sopra descritti sono frutto del cambio di vision di quest'amministrazione e dal cambiamento delle direttive regionali e nazionali che impongono un rafforzamento e un maggior ricorso alle strutture territoriali rispetto a quelle ospedaliere, a una maggiore attenzione verso l'appropriatezza e al blocco degli obiettivi passati che prevedevano solo incremento dell'attività svolta.

In questi dati appare immediatamente chiara la riduzione dei ricoveri ordinari complessivi, a esclusione di quelli riguardanti l'U.O. di Ginecologia.

Per quest'U.O. appare doveroso ricordare la chiusura dei punti nascita di Alcamo e Pantelleria, per cui l'incremento è da attribuire, secondo lo scrivente, allo spostamento di utenza che prima si rivolgeva a tali nosocomi.

La riduzione dei DH, a esclusione dell'U.O.C. di Ginecologia, appare notevole anche considerando l'incremento dell'attività in DS.

Appare evidente che parte dell'utenza è stata trasferita agli ambulatori, anche, territoriali.

L'attività di ricovero si è ridotta, in valore assoluto di circa 950 pazienti come ricoveri ordinari, pari a circa il 18%, di oltre 2100 pazienti come DH (considerando l'aumento dei DS), pari al 42%.

I ricoveri attraverso il P.S. sono restati stabili con un incremento < all'1%.

Circa questo dato appare corretto sottolineare due punti:

- 1) Che **la maggior parte dei ricoveri avviene tramite Pronto Soccorso**, come se gli ambulatori ospedalieri non fossero utilizzati a tal fine, nonostante i protocolli redatti con il territorio. Questo determina **il paradosso che i ricoveri attraverso il P.S. sono quasi il doppio rispetto a quelli programmati (accettazione sanitaria)**
- 2) Si sono ridotti e notevolmente, i ricoveri disposti dal medico di guardia del P.S. (quasi -13%), mentre sono aumentati quelli esito di consulenza, in cui, il consulente dispone il ricovero nel proprio reparto, il tutto alla luce di una stabilità del numero di consulenze richieste dai medici di Pronto Soccorso. Si tornerà sul punto quando si osserveranno le richieste di consulenza redatte dal medico di P.S.

Le osservazioni di cui sopra fanno sorgere il sospetto che il Pronto Soccorso sia utilizzato per eseguire ricoveri che potrebbero essere programmati e scaricarne la responsabilità sul MCAU. Si tratta di paziente al limite dell'urgenza, spesso con patologie croniche, possibilmente inappropriati in ordinario...

Da notare che è continuato il trend di riduzione degli accessi.

Tale evento notevole nelle dimensioni (-1993, pari al 6,78%) è da legare all'apertura dal mese di aprile 2011 del PPI e quindi i due dati relativi agli accessi (2012 e 2011) non sono perfettamente sovrapponibili, com'è possibile osservare guardando l'andamento mensile del raffronto fra i due anni.

Nonostante l'incremento della popolazione soggetta al ticket (da novembre è stata abolita l'esenzione per i minori di 14 anni) si è assistito a una riduzione del numero di pazienti dimessi come codice bianco (4%), da leggere, però insieme alla riduzione del numero dei codici bianchi al triage.

È evidente, infatti, che pur non essendoci una correlazione fra priorità attribuita al triage e codice bianco alla dimissione, una correlazione indiretta esiste: il paziente con priorità spesso è urgente.

Circa il numero di pazienti giunti cadavere, i deceduti e i trasferiti si tratta di numeri molto piccoli e quindi statisticamente non dimostrativi, ove una modifica di +/- 5 determina grosse variazioni percentuali.

Da notare un grande incremento dei pz accompagnati dal 118 in P.S.

Il numero di pazienti portati dal 118 e dimessi indica uno scarso filtro eseguito dal sistema 118 sul territorio.

Da notare un dato preoccupante che sarà analizzato maggiormente in seguito: la riduzione del numero di pazienti cui al triage è dato codice rosso.

Il dato sarà analizzato successivamente, quando si osserveranno i codici attribuiti per infermiere.

Il dato, letto insieme all'aumento sensibile dei codici gialli ricoverati (453 casi in più), fa pensare, in prima istanza, a una trasformazione di pz. cod. rosso in giallo.

L'incremento in valore assoluto (+1359) e in percentuale (+8% circa) dei codici verdi fa sospettare che qualche triagista abbia trasformato codici bianchi in verdi con conseguente in applicazione delle regole d'invio alle strutture territoriali, come da medicina difensiva infermieristica.

La riduzione di circa il 30% dei codici bianchi, quelli che hanno la maggior frequenza in P.S., deve essere letta, innanzi tutto insieme alla riduzione degli accessi, come un miglioramento dell'appropriatezza dell'accesso del paziente al P.S., risultato ottenuto grazie ad operazioni di informazione eseguita a tutti i livelli su tutte le strutture interessate al problema, dalle ospedaliere alle territoriali, dal Tribunale per i Diritti del Paziente al Medico di Medicina Generale alle strutture ambulatoriali.

Sicuramente è l'inizio di un processo non di un punto di arrivo.

Valori assoluti permanenza pz in P.S./OBI																
med	tot	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	>12	
3	206	20	59	49	30	17	10	6	2	2	1	0	1	1	2	
57	257	40	83	54	31	16	8	4	3	2	2	2	1	2	2	
62	305	40	96	69	41	21	12	6	3	2	1	2	2	1	1	
65	21	5	8	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
67	220	22	68	51	31	19	8	5	2	1	1	1	2	1	2	
75	230	25	69	51	34	20	9	5	4	2	1	1	1	1	2	
77	322	33	103	76	44	25	11	7	3	3	2	2	2	1	2	
79	307	36	99	73	42	20	11	6	3	2	1	2	2	1	1	
80	299	36	94	65	41	23	12	7	4	1	2	1	2	1	3	
81	281	36	92	60	41	20	8	5	3	1	1	1	2	2	2	
84	308	41	102	64	41	28	12	5	2	0	1	1	1	2	3	
86	248	28	80	56	37	17	9	4	3	2	1	1	3	1	1	
87	334	30	97	80	52	29	15	6	3	2	1	2	4	2	4	
88	251	24	78	61	40	16	10	4	4	2	1	2	1	2	2	
89	244	34	76	61	27	10	7	7	7	3	0	2	4	1	5	
tot	34951	4223	11088	7927	4949	2653	1351	729	449	284	228	248	305	219	298	

La tabella riporta il totale degli stazionamenti in ps/obi, nella tabella appresso, invece, sono rappresentati i tempi di permanenza dei pazienti in pronto soccorso/obi successivamente ricoverati.

Anche in queste due tabelle, al fine di lasciare non leggibile il medico, i valori per medico sono calcolati secondo la formula accessi/mesi di servizio.

Ne deriva che le somme orizzontali non corrispondono al totale di accessi.

Nell'ultima riga sono rappresentati i dati assoluti.

Valori permanenza Pronto Soccorso/OBI seguiti da ricovero															
med	tot	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	>12
3	43	5	14	12	5	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0
57	57	9	20	11	7	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
62	64	7	20	14	9	5	3	1	1	0	0	0	0	0	0
65	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
67	45	4	14	12	6	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
75	43	3	13	10	6	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0
77	77	9	26	19	10	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0
79	57	6	20	14	7	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
80	76	7	26	17	11	6	3	1	1	0	0	0	0	0	0
81	58	5	18	14	9	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0
84	53	3	21	12	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
86	63	6	20	15	9	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0
87	68	3	18	19	13	6	3	1	0	0	0	0	0	0	0
88	59	3	16	14	11	4	3	1	1	0	1	0	1	0	0
89	46	5	9	12	7	6	0	2	1	1	0	0	1	0	2
tot	7593	830	2498	1849	1100	550	292	142	104	63	42	27	36	15	45

L'OBI pur non essendo ufficialmente aperta, pur non avendo locali sufficienti a disposizione, pur essendo arrivate attrezzature solo nel settembre U.O., dimostra di funzionare:

il numero di pazienti trattati è aumentato di ben 1800 pazienti, arrivando a 16700 che hanno eseguito trattamenti e stazionamento in P.S. oltre le due ore.

Sono diminuiti i pazienti che sono restati in P.S. meno di due ore (valore assoluto -3700, percentuale circa -15%).

Si pensa che ciò sia dovuto alla combinazione della riduzione dei codici bianchi e a un'attività di medicina difensiva operata dai medici del P.S. associato alla necessità di aumentare la sicurezza della prestazione offerta al paziente.

Attenzione: i valori delle prime tabelle non sono comparabili con le ultime due poiché partono da modalità di calcolo differenti.

Attività medici

Premessa

La valutazione dell'attività svolta dal personale rappresenta uno dei momenti più delicati nei rapporti fra responsabile e dirigenti/personale dell'U.O.

La valutazione, infatti, spesso è letta come volontà punitiva che si scontra con l'ego del dipendente.

Tutti si è convinti di eseguire il proprio lavoro in termini di eccellenza sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo sotto tutti gli aspetti.

Chi valuta spesso ha problemi affettivi con il valutato, cosa che tende a trasformare il confronto in conflitto.

Si spera che l'analisi di dati numerici, non confutabili, reali, permetta di superare il problema della soggettività della valutazione e della conflittualità insita nel concetto, permettendo di passare a quello che è il reale intento dello scrivente:

che tutti gli operatori forniscano le stesse risposte all'utente

che le risposte siano le più aggiornate e rispondenti alle evidenze cliniche

il più appropriate possibile

con riduzione dell'inappropriatezza insita in molte richieste di prestazioni al MCAU.

Questi obiettivi sono stati descritti nelle prime pagine del manuale della qualità.

Il presente documento è fornito a tutto il personale affinché ciascuno apporti il proprio contributo, anche, in termine di contestazione, qualora le conclusioni non siano condivise.

Si spera solo che innanzi a una valutazione basata sui numeri, ciascuno inizi a esercitare una critica nei confronti del proprio operato, volta a rimettersi in gioco per migliorarsi.

Solo chi riesce a far autocritica riesce a imparare dai propri errori, se tale passaggio non avviene non solo non si riconoscono i propri errori, ma si perde un'occasione.

Ancora una volta si ripete che il MCAU è un'equipe formata da tutti gli operatori che vi lavorano.

Se ciascuno segue le proprie idee, si andrà avanti come le dita di una mano aperta, con scarsa possibilità di azione e con scarsa forza. Solo se le dita si uniscono fra loro, supportandosi a vicenda si chiudono a pugno e solo così può essere esercitata la forza, sia utilizzando attrezzi, sia direttamente ovvero si può agire con la delicatezza di cui una mano è capace.

Si riportano i principi base della valutazione che sono identici a quelli dello scorso anno.

Ci si scusa per la ripetizione ma è doverosa per informare il personale assunto nel 2012 che non conosce questo metodo di lavoro.

Fatta questa doverosa premessa, si comunicano le modalità con cui sono esposti i dati:

- i valori numerici dell'attività svolta da ogni medico dell'U.O., saranno raffrontati con quella degli altri colleghi, il tutto in forma anonima, con una chiave personale consegnata all'interessato. Interesse comune dovrebbe essere quello di non diffondere le chiavi fornite al fine di lasciare segrete le valutazioni;
- a tal fine, insieme ai valori assoluti saranno presentati dei valori percentuali al fine di confrontare i dati come se ciascun medico avesse visitato lo stesso numero di pz.;
- In giallo i valori più bassi, in rosso quelli maggiori, in nero quelli nella media. In particolare: Giallo <20% rispetto alla media, Rosso >20% rispetto alla media;
- non è detto che rosso sia negativo; la valutazione è legata a cosa si sta valutando;
- ogni punto è commentato dallo scrivente;
- sarà organizzata una riunione, dopo circa 10 gg dalla consegna della presente valutazione, in cui ognuno potrà eseguire i commenti ritenuti opportuni;
- il documento concordato sarà inviato agli organi valutatori;

Appare doveroso dire che:

- se si fosse utilizzato come indicatore $\pm 25\%$ tutti i medici sarebbero rientrati nella normalità (colore nero nelle tabelle);
- che normalmente, in questo tipo di valutazione è considerato corretto utilizzare $\pm 25\%$ perché sono in gioco aspetti estremamente personali circa le risposte da fornire agli utenti;
- lo scrivente, nel redigere la presente relazione, non era a conoscenza dell'accoppiamento chiave/medico, e ciò detto in piena onestà anche se si comprende che sul punto ci sarà notevole scetticismo;
- non saranno preparate e non sono previste graduatorie!

L'analisi dei dati, come concordato, è eseguita sui seguenti punti:

- 1) storico
- 2) carico di lavoro
- 3) ticket
- 4) ricoveri
- 5) consulenze facilmente evitabili
- 6) rx evitabili (rachide cervicale, caviglia, ossa nasali, dita (delle mani e dei piedi)
- 7) proposta di valutazione
- 8) punti di valutazione dati 2012 (da concordare)

1) storico

Appare corretto iniziare l'analisi valutando quale sarebbe stato l'andamento del numero degli accessi se non fossero intervenuti dei fattori esterni quali ticket, avvio del PPI e/o tali mezzi non fossero stati messi in opera.

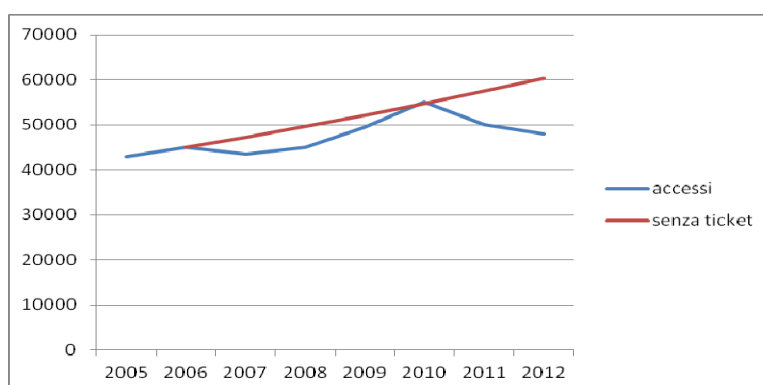
Storicamente l'incremento del numero di accessi era del 5% / anno con punte che arrivavano al 10% e minimi del 3%.

Appare corretto far notare che l'introduzione del ticket nel 2004 ha determinato effetti nel 2006 con incrementi che sono risultati in linea con la somma degli incrementi previsti, raggiungendo, così, nel 2007 i valori previsti dalla proiezione, senza ticket.

Nella tabella appresso si mostrano i dati reali e a fianco gli accessi previsti se non fossero intervenuti altri correttivi.

Nel grafico in rosso il numero di accessi calcolato, in azzurro quello reale.

	accessi	senza interventi
2012	48000	60304
2011	50000	57433
2010	55000	54698
2009	49500	52093
2008	45000	49613
2007	43500	47250
2006	45000	45000
2005	43000	
2004		



Si evince chiaramente che, senza interventi correttivi, il 2012 sarebbe stato chiuso ad oltre 60000 accessi, cosa che avrebbe determinato il collasso del sistema.

La riduzione degli accessi è stata utilizzata per migliorare l'assistenza.

Nel 2010 si è cominciato ad eseguire l'ecg al pronto soccorso (18000 ecg, a 10' ad ecg implica un tempo assistenziale di 3000 ore), nel 2011 cpap ed intraossea con evidenti miglioramenti nell'assistenza delle insufficienze respiratorie di qualsiasi origine, nel 2012 il monitoraggio dell'ecg e del tratto ST in particolare che permette di ridurre i rischi per il pz. che esegue la curva enzimatica e/o comunque per il paziente cardiopatico trattenuto in osservazione.

Volendo concludere il punto, la riduzione degli accessi è servita esclusivamente per migliorare l'assistenza, introducendo tecniche ed attività "nuove".

2) carico di lavoro

Durante il 2012, su 12 medici presenti a fine anno, ben 5 hanno avuto dei carichi di lavoro diversi poiché o sono andati in altre UU.OO. (dott.sse Braj e Sposito) o hanno lavorato per periodi diversi (dott. Salamone, Di Bona e dott.sse Saladino e Miccichè).

L'esposizione dei dati individuali determinerebbe, quindi, l'individuazione del sanitario, cosa che non è accettabile in base a quanto scritto in premessa.

Nella tabella seguente saranno mostrati i dati complessivi e il calcolo per medico come se avesse lavorato un solo mese.

Sono evidenziati i valori che si discostano dalla media del 25%, in rosso i valori inferiori, in azzurro i valori superiori.

medico	totale	cod_1	cod_2	cod_3	cod_4
3	206	1	38	108	57
57	257	6	50	140	59
62	305	6	61	163	74
65	21	1	4	11	4
67	220	4	39	119	56
75	263	6	52	142	63
77	322	8	69	163	80
79	307	6	57	176	67
80	299	6	55	160	77
81	281	7	57	151	65
84	246	3	35	138	69
86	248	3	52	134	58
87	334	6	70	216	83
88	251	8	52	147	43
89	244	11	71	126	36
totale	34950	776	6852	18953	8369
media	253,60	5,47	50,80	139,60	59,40

Togliendo il n.65, gli altri medici hanno un numero di accessi abbastanza simili tranne il 77 e l'83 che hanno un numero di pz. visitati superiori alla media. Se si togliesse 65 dal calcolo, tutti i medici avrebbero valori all'interno del +/- 25%.

Questa nota dimostra che non esistono medici che tendono a "scaricare" su altri e una corretta ed equa distribuzione dei turni.

2) Ticket

L'attribuzione del ticket indica tenere al proprio lavoro, voler mantenere degli standards qualitativi, cercare di rispettare e far rispettare le regole dell'appropriatezza nell'accesso al Pronto Soccorso.

Non attribuire il ticket se dovuto, invece, determina un minore scontro con il paziente, ma l'esposizione a problematiche legate all'invio dei flussi in assessorato e al ministero.

Nel flusso emur, in particolare, è codificata la diagnosi e non è molto complesso incrociare i dati diagnosi/ticket e valutare se un medico rispetta le regole dell'appropriatezza e quindi, come avvenuto per i farmaci soggetti a nota, eseguire richiami al medico.

Nell'ottica del MCAU di Trapani, non attribuire ticket o attribuirli in misura inferiore al corretto, implica fruire dei benefici conseguenti agli atteggiamenti corretti dei colleghi e, comportandosi non correttamente, fare la figura del buono nei confronti del paziente.

Il paziente di contro considera scorretto il medico che gli ha attribuito il ticket, creandosi un contenzioso che fa perdere di credibilità al servizio.

Appresso le statistiche e nell'ultima colonna i valori percentuali secondo la formula: n. ticket attribuiti*100/pazienti visitati.

sono evidenziati i medici che si discostano dalla media oltre il 2%; in rosso quelli che ne attribuiscono meno, in blu quelli che ne attribuiscono di più.

ticket

medico	tot ticket	cod_1	cod_2	cod_3	cod_4	%
3	124		1	22	101	12,04
57	152			4	148	4,92
62	139			6	133	3,79
65	21			1	20	8,17
67	276		2	42	232	10,43
75	71			1	70	2,57
77	96				96	2,48
79	295		2	28	265	8,00
80	325			17	308	9,05
81	287	1	3	37	246	8,50
84	22				22	1,78
86	235			18	217	7,87
87	84			11	73	5,58
88	24			1	23	2,39
totale	2151					6,26

Come stabilito nel 2011, questo parametro sarà considerato nella valutazione del 2012.

3) Ricoveri

Il raffronto del numero di pazienti ricoverati è uno dei parametri che dimostrano quanta medicina difensiva è eseguita (insieme a consulenze e radiografie evitabili).

Il valore soglia ove scatta la segnalazione è posta a +25% (rosso) o -25% (blu).

medico	totale	cod_1	cod_2	cod_3	cod_4
3	43	1	13	22	6
57	57	4	18	28	4
62	64	4	21	30	7
65	4	0	1	1	0
67	45	3	16	21	4
75	43	3	14	21	4
77	77	6	27	35	7
79	57	4	18	28	5
80	76	4	24	37	9
81	58	4	21	27	5
84	53	2	18	26	6
86	63	2	23	29	6
87	168	7	62	79	18
88	189	8	70	89	20
89	46	9	21	13	3
tot	7593	543	2621	3651	778
media	69,53	4,07	24,47	32,40	6,93

Dall'esame della tabella appare evidente che un certo numero di medici ricovera, in modo percentualmente rilevante, con maggiore facilità (rosso) rispetto agli altri.

Tale abitudine è codice di triage indipendente e raggiunge valori tripli rispetto ai colleghi nella media.

I valori dei colleghi che ricoverano meno (blu), tranne poche eccezioni, sono molto prossimi alla soglia del 25% posta come target base.

Si ritiene che l'analisi del dato debba essere fatta dal singolo medico, esattamente come nel passato, e ciascuno deve trovare gli eventuali correttivi da apportare al proprio modo di agire.

Dall'esame differenziale rispetto allo scorso anno è evidente che i medici segnalati nel passato hanno apportato quelle necessarie correzioni di rotta che li hanno fatto ritornare nell'alveo della media.

4) consulenze facilmente evitabili

Le consulenze devono essere richieste per risolvere dubbi diagnostici del medico e per problematiche urgenti.

Dovrebbero assolutamente essere evitate le consulenze che non hanno le caratteristiche di cui sopra, anche per l'apertura di percorsi territoriali (Punto di Primo Intervento).

Gli accordi con il territorio prevedono che il medico del PPI, in caso di assenza dello specialista territoriale può inviare all'ambulatorio ospedaliero nelle ore antimeridiane.

Resta il problema dei sabati e dei festivi in cui le strutture territoriali sono chiuse e in cui, per motivi esclusivamente sociali è ammesso il ricorso allo specialista ospedaliero se presente in ospedale.

Nelle ore antimeridiane feriali, dal lunedì al venerdì, infine, le consulenze pediatriche sono limitate solo alle urgenze reali essendo aperto sia l'ambulatorio pediatrico sia l'ufficio pagamento ticket.

Da quest'analisi risulta che devono essere considerate sentinelle le consulenze in dermatologia, oculistica e orl.

Le consulenze cardiologiche sono estrapolate in altra tabella poiché rappresentano, per numero, un evento particolarmente importante.

medico	tot	dermo	orl	oculistica	ginec	ch.ped	nefro	uro	chir	med	Pneumo	riani	psic	ped	ort	neuroI	neuro+eeg	utin
3	93	0	11	7	1	3	0	6	6	1	5	0	3	20	11	13	0	0
57	91	0	13	4	1	3	0	5	3	0	4	2	5	19	13	12	0	0
62	129	0	20	6	1	4	1	6	5	0	8	1	5	23	20	19	0	0
65	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
67	110	0	15	4	1	5	0	5	7	0	4	2	6	25	15	13	0	0
75	93	0	13	2	1	3	0	4	3	0	6	1	3	22	13	13	0	0
77	151	0	22	5	3	5	0	8	5	0	8	3	7	34	22	19	0	0
79	127	0	21	5	4	5	0	7	4	1	5	1	5	25	21	14	0	0
80	142	0	19	5	2	5	0	8	7	1	8	2	7	31	19	20	0	0
81	122	0	16	3	1	3	1	5	5	1	5	1	6	23	16	12	0	0
84	158	0	27	8	1	4	1	12	10	0	7	1	3	26	27	23	0	0
86	127	0	18	5	3	5	1	7	6	1	7	2	3	24	18	18	0	0
87	195	0	24	5	4	6	0	6	4	0	2	2	5	28	24	17	0	0
88	136	0	13	3	2	4	0	3	4	0	4	0	4	17	13	6	0	1
89	76	0	8	3	2	3	0	4	1	0	3	3	1	16	8	17	0	1
	158		227											319	227	201		
	46	54	6	615	297	590	85	828	710	100	785	248	688	1	6	2	8	37
	117,13	0,0	16,0	4,3	1,8	3,8	0,2	5,7	4,6	0,3	5,0	1,4	4,2	22,2	16,0	14,4	0,0	0,1
		0	7	3	0	7	7	3	7	3	7	0	0	7	7	0	0	3

Anche in questa tabella sono indicati i dati come se ogni medico avesse lavorato 1 mese secondo la formula prestazione/mesi lavorati.

La tabella dimostra che si è raggiunto lo scopo di ridurre le consulenze dermatologiche e oculistiche, il numero di consulenze ORL invece è nuovamente aumentato dopo una riduzione nel 2011.

Nel 2013 il fenomeno sarà tenuto sotto particolare attenzione perché non riguarda un singolo medico ma tutti i sanitari del MCAU.

medico	tot
3	45,15
57	35,37
62	42,23
65	32,68
67	49,91
75	35,28
77	46,85
79	41,33
80	47,45
81	43,38
84	64,02
86	21,26
87	51,83
88	60,83
89	31,15
media	43,25

medico	tot	% su accessi
3	65	31,36
57	71	27,44
62	73	23,95
65	5	24,90
67	84	38,03
75	82	30,92
77	90	28,02
79	60	19,42
80	96	32,19
81	54	19,14
84	56	22,53
86	75	30,13
87	81	24,19
88	68	30,62
89	82	33,61
tot/media	9426	27,76

Nella tabella a fianco il numero di consulenze richieste rapportate al numero di pazienti visitati, in percentuale, secondo la formula $\text{consulenze richieste} \cdot 100 / \text{numero visitati} \cdot \text{mesi di servizio}$.

Il dato è mostrato solo sul numero complessivo di richieste eseguite, infatti, scendere nello specifico delle singole specialità fornirebbe dati poco utili allo studio del problema.

Appare corretto far notare che l'analisi del fenomeno, con evidenziazione +/- 25%, mostra solo 2 medici per eccesso di consulenze.

Se l'analisi evidenziasse $\pm 25\%$ tre medici (65,86 e 89) diventerebbero blu.

Probabilmente il fenomeno è legato all'estrazione o alla provenienza di tali medici che ancora non si sono perfettamente adattati alla realtà locale.

analizzano le richieste di consulenza

Appreso si cardiologica.

Appare corretto, in premessa ricordare che fino al 2010 l'ecg non era eseguito in MCAU ma in cardiologia e che l'indirizzo dei due ultimi Direttori dell'U.O.C. di cardiologia era quello che la visita cardiologica fosse eseguita a tutti.

Si è quindi stratificata un'abitudine per cui i medici hanno perso l'abitudine di leggere l'ecg.

Nel corso degli ultimi due anni, con l'esecuzione dell'ecg in MCAU, sta riprendendo l'abitudine di leggere l'ecg inviando in Cardiologia i casi dubbi o per l'ecg o per le condizioni cliniche del paziente.

5) rx evitabili (rachide cervicale, caviglia, ossa nasali, dita (delle mani e dei piedi))

Premesso che l'esecuzione di un esame radiografico comporta rischi per il paziente legati all'esposizione dello stesso a radiazioni ionizzanti, volendo ridurre l'esposizione del paziente a radiazioni sono monitorati quegli esami che in base alla clinica possono essere più facilmente evitati, ovvero rachide cervicale, caviglia e dita delle mani e soprattutto dei piedi ovvero quelle che meno influiscono sugli esiti del paziente come l'rx delle ossa nasali o l'emitorace per fratture costali.

N. Pz che hanno eseguito ecografia			N. Pz che hanno eseguito Rx grafia			N. Pz che hanno eseguito TAC		
medico	totale	%	medico	totale	%	medico	totale	%
3	30	34,27184	3	55,00	26,89	3	13,00	6,41
57	64	5,668934	57	57,92	22,51	57	19,00	7,39
62	64	0,627387	62	93,58	30,63	62	21,17	6,93
65	6	146,6926	65	3,50	16,34	65	1,33	6,23
67	84	15,19849	67	67,17	30,47	67	14,75	6,69
75	48	2,926301	75	64,95	24,64	75	16,76	6,36
77	87	9,798345	77	85,25	26,45	77	26,33	8,17
79	69	0,461079	79	80,00	26,04	79	19,58	6,37
80	98	15,12114	80	82,08	27,43	80	22,58	7,55
81	75	14,34074	81	70,92	25,21	81	20,75	7,38
84	30	73,50081	84	60,20	24,39	84	21,40	8,67
86	87	5,122196	86	81,67	32,81	86	22,42	9,01
Pz sottoposti a rx rachide cervicale			87	90,22	26,98	87	22,44	6,71
			88	57,75	22,96	88	27,75	11,03
			89	43,00	17,62	89	19,00	7,79
89	3	265,1639						
tot/media	4052	44,92	tot/media	9405,00	25,43	tot/media	2595	7,51

Appare evidente che il numero di pazienti sottoposti a indagini radio/ecografiche sono percentualmente simili, segno che si sta raggiungendo un'unità d'intenti, si sta cominciando a parlare la stessa lingua. Non sono mostrate le richieste di rx dita (mani o piedi), ossa nasali ed emitorace, poiché di entità minima e si risalirebbe facilmente agli operatori che le hanno richieste.

medico	totale	%
3	5	2,43
57	2	0,87
62	10	3,19
65	0	0,39
67	4	1,74
75	4	1,41
77	6	1,91
79	3	1,11
80	1	0,31
81	4	1,30
84	5	1,86
86	1	0,40
87	2	0,53
88	1	0,40
89	2	0,82
tot/media	479	1,25

Il numero complessivo dei pz. sottoposti a tali esami appare minimo, spesso è eseguito a pz ricoverati, per completare le indagini ed evitare che il pz sia riportato in radiologia, quindi per esigenze di ricovero più che per problemi di pronto soccorso.

Tempi

medico	cod_1	cod_2	cod_3	cod_4
3	9,13	10,13	27,84	25,11
57	5,25	12,86	26,59	19,83
62	4,22	10,49	21,76	15,93
65	9,33	7,53	16,53	13,72
67	4,16	10,65	25,06	23,19
75	4,29	12,31	26,48	22,16
77	12,85	13,19	26,41	16,09
79	4,32	12,85	24,89	22,06
80	4,60	10,47	25,22	18,29
81	4,16	12,22	25,63	22,98
84	5,20	11,18	23,90	19,78
86	3,98	11,33	22,76	15,09
87	4,00	15,18	28,79	23,30
88	3,85	13,45	29,11	25,37
89	3,18	25,59	37,74	15,72
	5,5012	12,62924	25,91409	20,10918

Nella tabella a fianco i tempi medi di permanenza in pronto soccorso per medico e codice di priorità.

I criteri delle segnalazioni sono gli stessi sopradescritti.

L'esiguità delle segnalazioni si ritiene non debba essere commentato.

Nella tabella a fianco sono riportati i tempi di attesa medi, pre-visita, per medico e codice triage.

In rosso sono evidenziati i medici che hanno avuto tempi di attesa superiori alla media, in azzurro quelli con tempi inferiori.

Si tiene che non ci siano valori allarmanti o che possano essere interpretati come strumentali.

medico	cod_1	cod_2	cod_3	cod_4
3	102,13	183,90	131,28	92,73
57	87,91	185,64	103,26	86,04
62	145,64	169,83	119,80	79,36
65	43,17	113,35	73,87	72,31
67	136,64	196,60	120,80	98,15
75	144,38	209,88	120,55	76,01
77	107,80	187,46	118,66	88,45
79	117,51	178,05	108,00	77,97
80	122,17	190,18	120,26	79,07
81	114,27	183,20	108,98	74,75
84	125,00	186,21	112,56	74,06
86	106,53	191,58	112,73	77,27
87	159,70	209,74	119,75	90,32
88	149,09	198,64	106,45	74,07
89	231,73	181,01	91,26	85,72
	126,24	184,35	111,21	81,75

infermieri

L'infermiere del pronto soccorso deve essere in grado di svolgere la propria attività in punti diversi della catena produttiva dell'U.O.C. MCAU che possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- a) triage
- b) attività di sala rossa
- c) attività di sala non rossa
- d) attività in OBI
- e) attività sulle ambulanze
- f) responsabile del turno

a questi punti, nella valutazione annuale, devono aggiungersi:

- 1) puntualità
- 2) certificazioni (bls-d, triage, ecc)
- 3) partecipazione alle riunioni
- 4) altro

si cercherà di valutare l'attività di tutti nei punti sopra riportati.

a) **trriage**

Come ogni anno si è preparata una valutazione del singolo infermiere raffrontandone l'attività con quella dei colleghi.

L'attività è raffrontata considerando i valori percentuali ossia come se ogni infermiere avesse eseguito 100 triage.

Se i valori si discostano $\pm 20\%$ saranno segnalati opportunamente.

Su questo punto appare corretto far notare che è la prima volta che il range è ridotto al 20%. Si ricorda che si era partiti con $\pm 33\%$ e l'anno scorso si era valutato tutti con $\pm 25\%$.

Si ritiene, quindi, che ci sia stato un processo di miglioramento continuo nel tempo che si spera continui.

La presente relazione, anche se potrebbe sembrare dura, rispecchia il miglioramento avvenuto e bisogna notare che un numero percentualmente rilevante degli i.p. è cambiato.

L'analisi dei dati comincia con il numero di triage eseguiti

i.p	totale triage					% Triage			
	totale	Rosso	Giallo	Verde	Bianco	Rosso	Giallo	Verde	Bianco
8	1364	33	203	830	298	2,419355	14,8827	60,85044	21,84751
9	705	20	87	381	217	2,836879	12,34043	54,04255	30,78014
11	98	5	19	48	25	5,102041	19,38776	48,97959	25,5102
12	1396	35	291	718	352	2,507163	20,84527	51,43266	25,2149
13	1556	54	316	952	234	3,470437	20,30848	61,18252	15,03856
16	394	9	80	150	155	2,284264	20,30457	38,07107	39,3401
18	1492	37	248	773	434	2,479893	16,62198	51,80965	29,08847
19	46	2	10	25	9	4,347826	21,73913	54,34783	19,56522
21	2028	42	368	976	642	2,071006	18,14596	48,12623	31,6568
23	1770	48	315	782	625	2,711864	17,79661	44,18079	35,31073
28	3316	82	894	1577	763	2,472859	26,96019	47,5573	23,00965
29	639	16	132	251	240	2,503912	20,65728	39,28013	37,55869
36	1804	77	384	874	469	4,268293	21,28603	48,44789	25,99778
47	1945	47	461	1119	318	2,416452	23,7018	57,53213	16,34961
49	2485	52	358	1491	584	2,092555	14,40644	60	23,50101
55	3113	65	281	2149	617	2,088018	9,026662	69,03309	19,82011
56	1414	18	298	691	407	1,272984	21,07496	48,86846	28,78359
57	1619	20	242	976	381	1,23533	14,9475	60,28413	23,53305
58	2068	46	364	1294	364	2,224371	17,60155	62,57253	17,60155
59	3559	53	942	1760	804	1,489182	26,46811	49,45209	22,59062
60	99	4	21	32	42	4,040404	21,21212	32,32323	42,42424
61	1463	9	293	684	477	0,615174	20,02734	46,75325	32,60424
62	16	1	4	7	4	6,25	25	43,75	25
63	590	4	136	265	185	0,677966	23,05085	44,91525	31,35593
64	953	4	120	554	275	0,419727	12,59182	58,13221	28,85624
65	37	1	9	11	16	2,702703	24,32432	29,72973	43,24324
66	1	0	0	1	0	0	0	100	0
tot	35970	784	6876	19371	8937				
media	1332,22222	29,03704	254,6667	717,4444	331	2,481506	18,69296	52,28351	26,50304

Si evince chiaramente che il n. 19, 62 e 66 devono essere esclusi dalla valutazione per evidente insufficienza di casistica.

L'esame degli accessi permette di osservare una differenza sensibile fra dimessi dal P.S. (intendendo per dimessi sia i pz. inviati a domicilio sia quelli ricoverati) e i pz. che si sono allontanati prima della visita o perché inviati al P.P.I. o all'ambulatorio pediatrico.

L'introduzione del ticket per l'età pediatrica non ha avuto tempo di mostrare il proprio effetto poiché introdotto a fine Novembre 2012.

Il dato più saliente è la discrepanza fra pazienti che dicono di essere stati inviati al PPI rispetto a quelli registrati e realmente inviati.

Il triagista, che invia al PPI senza registrare il paziente, determina due danni:

- 1) la mancata registrazione di quanto fatto
- 2) un danno al paziente poiché se il pz. è rimandato al Pronto Soccorso dovrà considerare momento "0" (zero, iniziale) quello del nuovo accesso, quindi, perdendo posizioni nella lista d'attesa.

L'analisi del numero di codici rossi del 2012 rispetto al 2011 dimostra una riduzione di circa 200 attribuzioni.

Tale dato va contro la sensazione di aumento del numero dei pazienti gravi, avvertito da tutti, medici, infermieri e ausiliari.

Sicuramente tale sensazione non ha valore statistico; però notare un incremento di circa il 10% dei codici gialli, costante nel tempo, non è valore compatibile con la riduzione dei codici rossi e ciò, anche, alla luce dell'incremento dell'età media della popolazione e del numero di pazienti salvati, evidenziato in tutte le statistiche.

Si ricorda che non riconoscere un codice rosso implica rischi per il paziente che esegue un'attesa che non dovrebbe subire.

Sul punto si presterà maggiore attenzione in questa valutazione poiché è messo a rischio tutto il sistema.

Se si dovesse dimostrare vero il teorema appena descritto, responsabili di turno, medici, lo scrivente dovranno ripensare al modello di attribuzione del "privilege" esecuzione del triage.

Se gli i.p. 56, 57, 59, 61, 63 e 64 avessero attribuito la percentuale media di codici rossi, attribuiti dagli altri I.P., ci sarebbero stati circa 200 codici rossi in più e gli i.p. che in atto sono segnati in rosso sarebbero rientrati nella normalità, l'effetto di quanto appena scritto sull'incremento dei codici gialli sarebbe stato praticamente non modificato.

Le statistiche degli anni passati, inoltre, davano i codici rossi a una media del 2,2-2,5%, si ritiene improbabile che riducendosi gli accessi tale percentuale resti immutata o addirittura ridotta.

I pazienti gravi, le emergenze/urgenze hanno un solo punto di riferimento sul territorio: il nostro MCAU, per cui non esiste la scusa che si rivolgono ad altri Pronto Soccorso.

I pazienti che si rivolgono al territorio sono certamente quelli meno gravi: i codici bianchi innanzi tutto, una piccola parte dei codici verdi.

Su questi due codici, sul bianco in particolare, si sono notati gli effetti di quanto fatto con accordi col territorio e con i Medici di Medicina Generale in particolare, l'utilizzo della leva ticket, i passaggi sulle reti TV, che hanno determinato una maggiore coscienza circa l'uso corretto del P.S.

Al fine di valutare la correttezza del numero dei codici rossi si andranno ad osservare i seguenti aspetti:

- a) codice di accesso attribuito a pz. deceduti in PS
- b) codici accesso a pazienti con parola shock nella diagnosi di dimissione/ricovero
- c) codici di accesso attribuiti a persone ricoverate per ictus
- d) c.s. per insuff. Respiratoria

Deceduti in P.S.				
i.p.	tot	Ros	Gia	Ver
8	1	1		
11	2	2		
12	3	2		1
13	2	2		
18	2	1	1	
23	1	1		
28	3	2		1
29	1	1		
47	1			1
49	1	1		
55	8	6	2	
57	2	2		
59	2	1	1	
9	1	1		
12	1	1		
13	1	1		
28	3	3		
29	1	1		
36	1	1		
49	4	4		
57	1	1		
60	1	1		
	43	36	4	3

Ictus Cerebri					
i.p.	tot	Ros	Gia	Ver	Bia
8	14	3	1	10	
9	12	1	5	4	2
11	2			2	
12	16	3	4	9	
13	19	12	5	1	1
16	4	3		1	
18	28	5	9	14	
21	31	4	12	14	1
23	23	8	4	11	
28	51	19	22	9	1
29	18	4	5	8	1
36	35	16	11	8	
47	33	15	11	7	
49	34	12	2	19	1
55	38	8	11	18	1
56	17	1	6	7	3
57	23	2	12	9	
58	25	2	8	15	
59	71	8	43	20	
60	2			1	1
61	18	1	12	5	
63	8		6	1	1
64	9	2	3	4	
	531	129	192	197	13

Insufficienza respiratoria					
i.p.	tot	Ros	Gia	Ver	Bia
8	7	4	1	2	
9	6	2	3	1	
11	1		1		
12	13	4	3	6	
13	10	4	6		
16	2	1			1
18	8	3	3	2	
19	2	1		1	
21	15	4	7	4	
23	9	4	3	2	
28	22	6	13	3	
29	5	1	4		
36	9	4	2	3	
47	17	4	9	3	1
49	10	2	4	4	
55	16	6	2	7	1
56	14	3	8	3	
57	6	1	1	3	1
58	16	6	7	3	
59	31	10	17	3	1
61	12	1	9	2	
63	1		1		
64	6		4	2	
65	1	1			
	239	72	108	54	5

Shock					
i.p.	tot	Ros	Gia	Ver	Bia
8	1				1
11	1			1	
12	1		1		
13	3	2		1	
18	3	2	1		
21	2		1		1
23	3		2	1	
28	4	1	1	2	
36	4	4			
47	3	1	1	1	
49	2		2		
55	4	3		1	
57	1	1			
58	4	2		2	
59	2		1	1	
	38	16	10	10	2

Si tratta di pazienti evidentemente codici rossi non riconosciuti; la spiegazione, per una piccola parte di questi pazienti è che le condizioni si siano aggravate durante l'attesa o durante il percorso pre-ricovero.

e) Diagnosi urgenti ricoverati e con accesso diverso da codice rosso e in particolare: ictus, insufficienza respiratoria, shock

Dalle tabelle si evince che sicuramente quasi 250 pazienti (shock, deceduti, insufficienza respiratoria) non sono stati riconosciuti come codici rossi.

Circa il problema ictus bisognerebbe controllare un dato: se il problema è comparso \pm 3 ore.

In caso di comparsa da – di 3 ore, infatti, il codice attribuito dovrebbe essere rosso.

Circa 400 pazienti sono stati accolti con codice diverso da rosso e, cosa inaccettabile, 13 con codice bianco.

Comunque valutando in 20% il numero di casi non riconosciuti come codice rosso, sono circa 80 i rossi neurologici non riconosciuti che sommati a 250 precedenti determina un dato inaccettabile e su cui tutta l'equipe deve meditare poiché la responsabilità di quanto avvenuto è di tutti.

Se si lavora in squadra, tutti quanti devono contribuire al miglioramento: il medico di guardia, sotto la cui responsabilità è eseguito il triage; il responsabile del turno, che ha la responsabilità della squadra infermieristica; tutti gli infermieri che hanno l'obbligo di segnalare al triagista la discrepanza fra l'esito della visita e quanto da lui eseguito.

Se questi passaggi non avvengono, se si ritiene di essere infallibili, se si reagisce male alla critica non si è capito nulla del lavorare in equipe,

non esiste, infatti, nessuno che non commette errori e l'unico modo per evitare di ripeterli è essere informati su quanto stato fatto.

Si tratta di un modo di pensare che non vuole individuare colpevoli ma aumentare il livello di consapevolezza e di sicurezza per tutti.

Si ricorda che dietro ogni triage ci sta una persona, un paziente, con le sue aspettative, un infermiere esposto a problemi medico legali, l'equipe di sala, il responsabile dell'U.O. e infine, ma non meno importante l'immagine del servizio, del Presidio Ospedaliero, dell'ASP.

Ogni errore potrebbe mettere a rischio tutto il lavoro fatto!

Nella pagina seguente si passa all'esame delle schede utilizzate.

Da tenere sotto particolare osservazione l'uso della scheda persona indisposta diagnosi specifica.

L'uso di tale scheda, infatti, se toglie dagli impicci il triagista, dimostra che lo stesso non sa fare un corretto uso delle schede di triage.

Se un triagista non riesce a fare un corretto uso delle schede, forse è meglio che subisca un processo di aggiornamento nei tempi più rapidi possibili.

i.p.	Tot	allergia	cardiopulmo	cefalea	diabete	diagnosiaspecifica	diagnosispecifica	dispnea	disturbineurologici	disturbipsichici	doloreaddominale	doloreallaschiena	doloretoracico	emorragienontraumatiche	gravidanza	intossicazione	parametritali	perditadiconoscenza	problemicardiaci	traumamaggiore	traumaminore
8	1364	18	34	9	3		251	66	45	7	139	23	162	25	1	14	32	21	1	152	361
9	705	10	24	13	6		156	28	21	1	63	25	79	13		5	18	21		28	194
11	98	1	7	1			22	6	2		6	4	9	1			5	2		18	14
12	1396	22	48	14	5		299	73	44	4	148	15	154	37		12	29	37		85	370
13	1556	46	58	3	16		297	77	40	5	129	61	179	38		11	39	38		138	381
16	394	11	14	2	1		88	20	7	4	39	14	43	10		2	10	19		31	79
18	1492	24	40	18	13		298	85	47	25	155	24	154	39		12	33	45	1	177	302
19	46	1		2			8	3	1		4	2	7				2	2		2	12
21	2028	49	68	42	14		430	75	60	3	198	46	190	52	1	24	39	62		110	565
23	1770	35	39	21	7		417	76	46	7	158	38	209	46		12	39	55		124	441
28	3316	44	96	37	12	1	703	160	81		312	34	456	80		19	68	121		694	398
29	639	12	18	5	3		140	47	36	1	61	17	68	16		6	12	17		29	151
36	1804	24	43	25	7		335	66	71	8	153	31	269	44		13	69	62	1	105	478
47	1945	32	65	28	8		403	103	62	4	165	46	189	43		13	31	87		204	462
49	2485	48	66	22	12		546	95	72	8	224	62	243	60	1	26	38	72		232	658
55	3113	34	71	26	7		673	117	91	1	293	66	324	59	1	34	52	92	1	96	1075
56	1414	13	40	11	8	1	371	77	27	3	122	30	160	25		13	18	43		28	424
57	1619	45	37	34	9	1	360	59	45	5	208	10	148	40		13	21	45	1	99	439
58	2068	20	70	16	14	4	489	71	75	12	190	55	221	40		17	47	31	13	104	579
59	3559	71	132	47	7		723	184	143	45	400	46	381	67	1	31	33	105	2	210	931
60	99	1	4	2			18	5	5	1	13	3	13	3		1	6	1		11	12
61	1463	12	30	39			360	64	66	8	137	27	160	26		16	10	28	1	165	314
62	16				2		5				2		2			1	1	1		2	
63	590	5	12	12			153	45	26	5	47	3	56	15		8	5	16		69	113
64	953	6	24	6		31	277	34	23	3	93	22	73	20		5	2	10	1	52	271
65	37		3				6	2			4		5	3			1	1			12
66	1																			1	
	35970	584	1043	435	154	38	7828	1638	1136	160	3463	704	3954	802	5	308	660	1034	22	2966	9036

Nella tabella sopra si osservano il numero di volte che è stata utilizzata una scheda.

La tabella ha valore relativo.

Molto più importante la successiva in cui sono mostrati le percentuali di utilizzo delle schede rispetto al numero di pazienti triagiati.

Se i valori si discostano $\pm 20\%$ dalla media saranno segnalati opportunamente.

i.p.	Tot	allergia	cardiopulmo	cefalea	diabete	diagnosiaspecifica	diagnosispecifica	dispnea	disturbineturologici	disturbpsichici	doloreaddominale	doloreallasciena	doloretoracico	iche	gravidanza	intossicazione	parametritali	perditadiconoscenza	problemicardiaci	traumamaggiore	traumaminore
8	1364	1,3 2	2,4 9	0,6 6	0,2 2	0,0 0	18,4 0	4,8 4	3,3 0	0,5 1	10,1 9	1,6 9	11,8 8	1,8 3	0,0 7	1,0 3	2,3 5	1,5 4	0,0 7	11,1 4	26,4 7
9	705	1,4 2	3,4 0	1,8 4	0,8 5	0,0 0	22,1 3	3,9 7	2,9 8	0,1 4	8,94	3,5 5	11,2 1	1,8 4	0,0 0	0,7 1	2,5 5	2,9 8	0,0 0	3,97	27,5 2
12	1396	0,0 7	3,4 4	1,0 0	0,3 6	0,0 0	21,4 2	5,2 3	3,1 5	0,2 9	10,6 0	1,0 7	11,0 3	2,6 5	0,0 0	0,8 6	2,0 8	2,6 5	0,0 0	6,09	26,5 0
13	1556	1,4 1	3,7 3	0,1 9	1,0 3	0,0 0	19,0 9	4,9 5	2,5 7	0,3 2	8,29	3,9 2	11,5 0	2,4 4	0,0 0	0,7 1	2,5 1	2,4 4	0,0 0	8,87	24,4 9
18	1492	3,0 8	2,6 8	1,2 1	0,8 7	0,0 0	19,9 7	5,7 0	3,1 5	1,6 8	10,3 9	1,6 1	10,3 2	2,6 1	0,0 0	0,8 0	2,2 1	3,0 2	0,0 7	11,8 6	20,2 4
21	2028	0,5 4	3,3 5	2,0 7	0,6 9	0,0 0	21,2 0	3,7 0	2,9 6	0,1 5	9,76	2,2 7	9,37	2,5 6	0,0 5	1,1 8	1,9 2	3,0 6	0,0 0	5,42	27,8 6
23	1770	1,3 6	2,2 0	1,1 9	0,4 0	0,0 0	23,5 6	4,2 9	2,6 0	0,4 0	8,93	2,1 5	11,8 1	2,6 0	0,0 0	0,6 8	2,2 0	3,1 1	0,0 0	7,01	24,9 2
28	3316	0,0 3	2,9 0	1,1 2	0,3 6	0,0 3	21,2 0	4,8 3	2,4 4	0,0 0	9,41	1,0 3	13,7 5	2,4 1	0,0 0	0,5 7	2,0 5	3,6 5	0,0 0	20,9 3	12,0 0
29	639	7,6 7	2,8 2	0,7 8	0,4 7	0,0 0	21,9 1	7,3 6	5,6 3	0,1 6	9,55	2,6 6	10,6 4	2,5 0	0,0 0	0,9 4	1,8 8	2,6 6	0,0 0	4,54	23,6 3
36	1804	1,9 4	2,3 8	1,3 9	0,3 9	0,0 0	18,5 7	3,6 6	3,9 4	0,4 4	8,48	1,7 2	14,9 1	2,4 4	0,0 0	0,7 2	3,8 2	3,4 4	0,0 6	5,82	26,5 0
47	1945	2,2 6	3,3 4	1,4 4	0,4 1	0,0 0	20,7 2	5,3 0	3,1 9	0,2 1	8,48	2,3 7	9,72	2,2 1	0,0 0	0,6 7	1,5 9	4,4 7	0,0 0	10,4 9	23,7 5
49	2485	0,4 8	2,6 6	0,8 9	0,4 8	0,0 0	21,9 7	3,8 2	2,9 0	0,3 2	9,01	2,4 9	9,78	2,4 1	0,0 4	1,0 5	1,5 3	2,9 0	0,0 0	9,34	26,4 8
55	3113	0,7 7	2,2 8	0,8 4	0,2 2	0,0 0	21,6 2	3,7 6	2,9 2	0,3 0	9,41	2,1 2	10,4 1	1,9 0	0,0 3	1,0 9	1,6 7	2,9 6	0,0 3	3,08	34,5 3
56	1414	2,2 6	2,8 3	0,7 8	0,5 7	0,0 7	26,2 4	5,4 5	1,9 1	0,2 1	8,63	2,1 2	11,3 2	1,7 7	0,0 0	0,9 2	1,2 7	3,0 4	0,0 0	1,98	29,9 9
57	1619	2,9 6	2,2 9	2,1 0	0,5 6	0,0 6	22,2 4	3,6 4	2,7 8	0,3 1	12,8 5	0,6 2	9,14	2,4 7	0,0 0	0,8 0	1,3 0	2,7 8	0,0 6	6,11	27,1 2
58	2068	1,6 4	3,3 8	0,7 7	0,6 8	0,1 9	23,6 5	3,4 3	3,6 3	0,5 8	9,19	2,6 6	10,6 9	1,9 3	0,0 0	0,8 2	2,2 7	1,5 0	0,6 3	5,03	28,0 0
59	3559	0,3 7	3,7 1	1,3 2	0,2 0	0,0 0	20,3 1	5,1 7	4,0 2	1,2 6	11,2 4	1,2 9	10,7 1	1,8 8	0,0 3	0,8 7	0,9 3	2,9 5	0,0 6	5,90	26,1 6
61	1463	3,0 8	2,0 5	2,6 7	0,0 0	0,0 0	24,6 1	4,3 7	4,5 1	0,5 5	9,36	1,8 5	10,9 4	1,7 8	0,0 0	1,0 9	0,6 8	1,9 1	0,0 7	11,2 8	21,4 6
63	590	3,3 9	2,0 3	2,0 3	0,0 0	0,0 0	25,9 3	7,6 3	4,4 1	0,8 5	7,97	0,5 1	9,49	2,5 4	0,0 0	1,3 6	0,8 5	2,7 1	0,0 0	11,6 9	19,1 5
64	953	7,4 5	2,5 2	0,6 3	0,0 0	3,2 5	29,0 7	3,5 7	2,4 1	0,3 1	9,76	2,3 1	7,66	2,1 0	0,0 0	0,5 2	0,2 1	1,0 5	0,1 0	5,46	28,4 4
	media	2,1 8	2,8 2	1,2 5	0,4 4	0,1 8	22,1 9	4,7 3	3,2 7	0,4 4	9,52	2,0 0	10,8 1	2,2 4	0,0 1	0,8 7	1,7 9	2,7 4	0,0 6	7,80	25,2 6

i.p.	Tot	problemi cardiologici	dolore addominale/schiena	neurologici	trauma	problemi cardiologici	dolore addominale/schiena	neurologici	trauma
8	1364	218	162	75	513	15,98	11,88	5,50	37,61
9	705	124	88	55	222	17,59	12,48	7,80	31,49
12	1396	239	163	95	455	17,12	11,68	6,81	32,59
13	1556	275	190	81	519	17,67	12,21	5,21	33,35
18	1492	240	179	110	479	16,09	12,00	7,37	32,10
21	2028	320	244	164	675	15,78	12,03	8,09	33,28
23	1770	303	196	122	565	17,12	11,07	6,89	31,92
28	3316	673	346	239	1092	20,30	10,43	7,21	32,93
29	639	103	78	58	180	16,12	12,21	9,08	28,17
36	1804	375	184	158	583	20,79	10,20	8,76	32,32
47	1945	341	211	177	666	17,53	10,85	9,10	34,24
49	2485	381	286	166	890	15,33	11,51	6,68	35,81
55	3113	488	359	209	1171	15,68	11,53	6,71	37,62
56	1414	243	152	81	452	17,19	10,75	5,75	31,97
57	1619	231	218	124	538	14,27	13,47	7,66	33,23
58	2068	335	245	122	683	16,20	11,85	5,90	33,03
59	3559	620	446	295	1141	17,42	12,53	8,29	32,06
61	1463	219	164	133	479	14,97	11,21	9,09	32,74
63	590	84	50	54	182	14,24	8,47	9,15	30,85
64	953	108	115	39	323	11,33	12,07	4,09	33,89
				media		16,44	11,52	7,26	33,06

Queste tabelle mostrano le macro aree del P.S.

Si vuol far notare che i traumi (somma dell'uso scheda trauma maggiore + minore) è praticamente simile per tutti gli infermieri.

Nella prima parte della tabella sono indicati il numero di volte in cui è stato utilizzata la scheda, nella seconda parte le % rispetto al numero di triage eseguiti secondo la formula: $n.\text{volte di utilizzo della scheda} \times 100 / n.\text{trriage eseguiti dall'IP}$. (2' colonna).

Pochissimi infermieri hanno variazioni sensibili, ma tali infermieri devono rivedere il proprio approccio al paziente.

I responsabili di squadra, in prima istanza, tutti gli altri devono provvedere a capire cosa accade, il perché dell'essere fuori range!

Non si procede oltre nell'analisi del triage pur restando a disposizione per ulteriori approfondimenti.

La gravità delle segnalazioni sul codice rosso implica che a metà anno sarà rieseguito il lavoro, solo sul punto distinguendo 1' trimestre vs 2' semestre.

attività degli i.p.

	tot	catetere vescicale	esami	ass.sutura	ecg	medicazioni
8	1364	27	244	26	264	35
9	705	27	324	24	393	49
11	98	44	535	48	554	69
12	1396	27	394	24	393	49
13	1556	24	547	91	668	149
16	394	30	387	26	426	55
18	1492	30	499	47	568	47
21	2028	46	466	68	499	115
23	1770	62	514	65	593	93
28	3316	22	229	22	291	43
29	639	20	300	25	362	31
36	1804	57	495	51	536	59
47	1945	25	447	33	560	54
49	2485	12	245	23	299	22
55	3113	14	215	18	271	23
56	1414	4	53	5	70	6
57	1619	49	594	81	722	151
58	2068	19	309	21	365	36
59	3559	16	225	13	305	21
60	99	34	614	65	699	99
61	1463	56	527	40	604	66
64	953	16	200	18	215	36
	35280	661	8363	834	9657	1308

Intanto grazie perché si è cominciato a registrare cosa è fatto.

Si ribadisce si è cominciato poiché i numeri continuano a non combaciare:

infatti, se sono transitati 38000 pazienti dal P.S. e nel calcolo sono presi in considerazione tutti i pz cui è stato fatto qualcosa, ne deriva che il numero di registrazioni dovrebbe essere molto superiore a quello dei pazienti dimessi.

I dati dimostrano che alcuni infermieri lavorano circa 3 volte in più rispetto ad altri, ma non sono mai pervenute note sul punto.

Il numero di pazienti sottoposti a sutura appare molto ridotto rispetto alle aspettative, rispetto ai pz triagiati per ferita, ecc.

Sicuramente il processo di registrazione dell'atto infermieristico è iniziato, ma ancora non si è ben compresa l'utilità e la necessità di quanto sopra.

Indicatori sui Protocolli e linee guida di U.O. e grado di raggiungimento

progr	Titolo protocollo/linea guida	indicatore	Valore att.
Pr003	Protocollo inserimento linee guida, percorsi assistenziali, protocolli, ecc.	Indicatore Numero protocolli introdotti in cui si applica il presente protocollo / numero totale protocolli	1
PR004	Gestione Infermieristica Codice Rosso.	Numero di codici rossi accompagnati in sala visita dal triagista / totale codici rossi	98/100
PR005	Triage	Numero schede triage compilate / Numero di accessi al Pronto Soccorso Numero di codici bianchi e verdi visitati / totale accessi bianchi e verdi (Numero pazienti ritornati / totale pazienti inviati) x 100	>Anno precedente 100/100 >Anno precedente 95% <20% 7 casi in tutto l'anno
PR010	Medicazione.		
PR011	Ausiliari.	Numero di schede affidamento attrezzature ad altri reparti compilate * n. giorni dell'anno Mancanza di attrezzature non segnalate sulle schede	365 schede/anno 100% 0 attrezzature mancanti non segnalate
PR012	Alcolemia.	<i>n. alcolemie eseguite / n. accessi venosi eseguiti su guidatori che</i>	> 90%

		<p><i>hanno subito incidente stradale</i></p> <p><i>n. drugs test eseguiti / n. cateterismi vescicali eseguiti</i></p> <p><i>numero di referti medici correttamente eseguiti / numero di prelievi indotti dalle FF.O. in pz. accompagnati dalle FF.O.</i></p>	<p>92%</p> <p>> 90%</p> <p>98%</p> <p>100%</p> <p>100% (4 casi)</p>
PRO13	<u>Scheda Infermieristica.</u>	<p>Per parametro si intende ciascuna registrazione (es.: farmaco praticato, procedura o valore misurato)</p> <p>(n. di parametri inseriti/totale accessi) x 100</p> <p>(n. di pz. su cui è stata utilizzata almeno una volta la scheda/totale accessi) x 100</p> <p>Tale valore sarà calcolato globalmente e per singolo operatore</p> <p>La valutazione dei risultati ottenuti sarà oggetto di discussione, annualmente, in apposita riunione di audit</p>	<p>progressivo incremento delle percentuali sopra descritta fino ad ottenere (entro 3 anni) che ne 100% dei pz. venga utilizzata, almeno una volta scheda infermieristica</p> <p>raddoppiato rispetto al 2011</p>
PRO15	<u>Protocollo trauma cranico minore.</u>	<p>1. Numero RX cranio</p> <p>2. numero pz. con gcs<14*100 / Numero TC cranio-encefaliche</p> <p>3. Numero di pazienti con lesione post-traumatica intracranica non diagnosticata</p> <p>4. Consegna del foglio con i consigli comportamentali all'accompagnatore *100 / pz con diagnosi di trauma cranico minore</p>	<p>0 0 eseguite</p> <p>90%</p> <p>100%</p> <p>3. Valore prossimo allo 0</p> <p>Per quanto a conoscenza 0</p> <p>4. >90%</p> <p>98%</p>
PRO18	<u>Ticket Pronto</u>	Pz visitati dal medico *100 / ticket	<+-25% rispetto alla mediana

	<u>Soccorso.</u>	attribuiti Pz visitati dal medico per codice di triage *100 / ticket attribuiti per codice di triage	<+-25% rispetto alla mediana Vedi relazione
<u>PR023</u>	<u>Maschera laringea.</u>	Numero maschere laringee utilizzate	> dell'anno precedente <i>Raggiunto +15 maschere</i>
<u>PR025</u>	<u>P: Ricoveri Non Urgenti.</u>	Ricoveri eseguiti attraverso il Pronto Soccorso Ricoveri eseguiti attraverso il Pronto Soccorso per medico	< rispetto all'anno precedente < rispetto all'anno precedente vedi relazione
<u>PR026</u>	<u>Prevenzione episodi lipotimici.</u>	n. eventi avversi o near misses verificatisi per la presenza di accompagnatori nelle stanze visita o per caduta da comoda o barella	0 accettabile 2 near misses 1 evento avverso /anno 0 nel 2012
<u>PR027</u>	<u>Segnalazione avvelenamenti, assunzione di cibi quasi o avariati o contraffatti o fitofarmaci.</u>	Rispetto del protocollo	5 casi nel 2012 6 protocollo rispettato in tutti i casi
<u>PC028</u>	<u>Iter provette per esami di laboratorio</u>	n. contestazioni della patologia clinica circa corretto uso delle provette n. contestazioni della patologia clinica circa arrivo dei campioni	<2 1 solo caso segnalato
<u>PC029</u>	<u>Criteri di valutazione del personale</u> (contiene, anche, gli obiettivi dell'U.O. per infermieri e medici)	Vedi prospetto nel documento	Vedi relazione

PC030	Protocollo Sbarelamento	n. segnalazioni sul punto	<2 Nessuna segnalazione
PC031	Protocollo TeleConsulenza neurologica	n. di teleconsulti richiesti per medico (valore assoluto) n. di risposte del neurochirurgo inserite nel fascicolo del paziente o in cartella clinica*100/n. teleconsulti richiesti	>Anno precedente >80% Circa 100% in più rispetto al 2011, obiettivo del Direttore Generale raggiunto
PR032	Protocollo Compilazione del Referto Medico e referto non obbligatorio	Rispetto del protocollo	100% dei referti compilati secondo protocollo
PR033	Protocollo ricovero paziente con anemia non emorragica	Numero di ricoveri eseguiti per DRG	<2011 Vedi relazione
	Linee Guida Tirocinanti e volontari		
	Linee Guida esecuzione consulenze interne		
PR036	Linee guida per gli autisti: disinfezione e verifica ambulanze	1. n. disinfezioni / anno 2. n. pazienti affetti da m. infettive trasportati*100/n. sanificazioni eseguite al rientro dal trasferimento	1) >10 2) >90% Le ambulanze sono state sanificate e disinfettate s protocollo
PR037	Carta della salute		
PR038	Rapporti con il PTE, PPI, Ambulatorio infermieristico	n. pazienti inviati al PPI*100/tot.codici bianchi+verdi	>5% Vedi relazione

	territoriale		
PR039	Infermiere responsabile del turno	Vedi griglia nel protocollo	
	Gestione del sangue e trasfusioni		
PR041	Prevenzione delle cadute e paziente fragile	Eventi avversi verificatisi	0
PR042	Identificazione del paziente	1) n. correzioni di cognome e nome sulle schede di dimissione ad opera della Capo Sala *100/numero schede dimissione 2) n. Correzioni cognome o nome ad opera della Capo Sala *100/ numero schede dimissione	1) <0.1% 2) <1% Le correzioni sono state estremamente saltuarie
	Igiene delle mani		
PR044	Richiesta consulenze altri nosocomi	n. consulenze, esami rx grafici richiesti per conto altri nosocomi provinciali	<10 Non sono state eseguite consulenze per conto di altri nosocomi provinciali, tranne 1 pz proveniente da Salerno
PR045	Modifica Protocollo trasferimento	n. schede compilate ed allegate al foglio di viaggio * 100/ totale trasferimenti senza medico	>90% Le schede sono state compilate per tutti i pz. ad esclusione di quelli accompagnati da cardiologo o anestesista
PR046	Trattamento dati paziente "anonimo"	N.pz "anonimi descritti correttamente*100/tot.pz."anonimi"	>90% 3 pazienti anonimi in tutto il 2012 100%
PR047	Violenza	n.applicazione completa del protocollo * 100/ totale pz. presentatisi per violenza	>75% 2 casi in tutto il 2012, protocollo applicato
PR050	Consenso	n. di schede triage firmate*100/totale schede triage	>80%

	Informato	compilate	Escludendo i codici rossi, superato il 85%
PR051	Protocollo Uso del Massaggiatore Cardiaco Esterno	Numero di segnalazioni di applicazione del protocollo*100/arresti cardiaci su cui è stato praticato MCE	>95% Utilizzato ad ogni arresto cardiaco con possibilità di ripresa (100%)
PR052	Trasferimento Cardiochirurgia ISMETT	n.pz con rispetto del protocollo*100/totale trasferimenti ISMETT	<5% Il protocollo è stato applicato nel 100% dei casi (2)
PR053	Frattura anca over 65	Segnalazioni del Direttore U.O.C. Ortopedia *100/numero ricoverati per frattura anca over 65	<3% Nessuna segnalazione
PR054	Protocollo Gestione Farmaci	N. schede utilizzate check list farmaci/anno	>340 365 schede compilate
PR055	Assistenza Infermieristica durante i trasferimenti	numero segnalazioni farmaci presenti in ambulanza*100/numero trasferimenti eseguiti	<10% Non sono stati trovati farmaci "orfani" in ambulanze
	CPAP di Boussignac	Utilizzo > 2011	È stata utilizzata in 58 casi
	Accordo territorio/ P.S. diabete		
Pr058	Assistenza al paziente in condizioni critiche o potenzialmente critiche che necessitano di procedure o interventi da eseguire al di fuori del MCAU	<p>a) numero di pazienti accompagnati da medico e/o infermiere</p> <p>b) congruità fra le segnalazioni infermieristiche e registrazioni sul sistema informatico (n.cod.bianchi e verdi accompagnati *100/tot bianchi e verdi)</p> <p>c) numero di pazienti, in carico al MCAU, che necessitano di intervento di anestesista al di fuori dei locali del P.S., con specialista chiamato da personale diverso da quello</p>	<p>a) valore assoluto 35 casi</p> <p>b)<2% congruità assoluta fra valori attribuiti al triade ed es</p>

		del MCAU	<10% rispetto al totale dei pazienti accompagnati da medico e/o infermiere 7 casi in tutto il 2012
PR059	Procedura chiama tutti	1) 1 simulazione di chiamata/anno 2) Numero chiamate eseguite*100/ Numero chiamate eseguite	≤ 1 1 chiamata da sanità marittima 1 simulazione aeroportuale >80% 90%
PCR 061	1 2 3 4 5 6	Numero totale di accessi in Pronto Soccorso Numero Ricoveri OBI % di trattamento in OBI vs accessi P.S. % di ricoveri in altre UU.OO. dopo OBI trasferiti in altri istituti dopo O.B.I. rientri in O.B.I. entro 48 ore	Vedi relazione " " " "

Conclusioni

La valutazione mostra un processo dinamico con miglioramento della qualità della prestazione fornita.

Esistono alcune ombre legate all'innesto di ben 5 medici sui 12 presenti in servizio contemporaneamente a fine anno e sui 14 che hanno lavorato nel corso dell'anno.

I nuovi medici hanno dimostrato di essere in fase di adattamento avanzato e di rispettare le istruzioni operative ricevute.

Le stesse considerazioni devono esser fatte per gli infermieri.

Per questi esiste qualche ombra in più, infatti, l'adattamento al sistema triage appare più complesso e, forse, per il numero elevato d'innesti, 7 su 20, i "vecchi" non son riusciti a formare i "nuovi" e qualche vecchio ha mostrato fenomeni di regressione.

La considerazione che si è ridotto il range entro cui avvenivano le valutazioni da 25 a 20 % indica chiaramente che il processo di miglioramento procede in modo lineare.