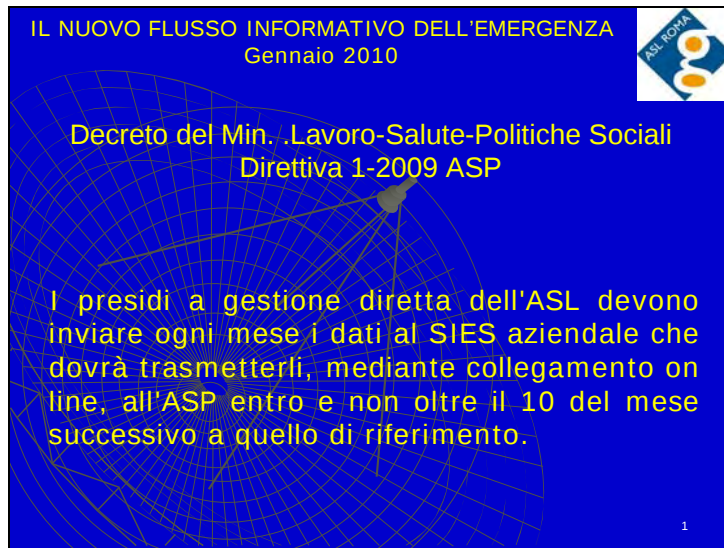


Diapositiva 1



IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010

Decreto del Min. .Lavoro-Salute-Politiche Sociali
Direttiva 1-2009 ASP

I presidi a gestione diretta dell'ASL devono inviare ogni mese i dati al SIES aziendale che dovrà trasmetterli, mediante collegamento on line, all'ASP entro e non oltre il 10 del mese successivo a quello di riferimento.

1

Il decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 17/12/08 ha introdotto in Italia un nuovo flusso informativo relativo all'area dell'emergenza; la Regione Lazio ha recepito il decreto pubblicandolo sul BURL del 28/01/09; l'Agenzia di Sanità Pubblica il 28/10/09 ha emanato la Direttiva n. 1 relativa all'aggiornamento del flusso informativo dell'emergenza (SIES).

Il nuovo flusso prevedeva l'invio dei dati dei presidi a gestione diretta da parte dell'ASL di appartenenza.

In momenti successivi l'ASP ha deciso che ciascun presidio, **anche quelli a gestione diretta**, provvedesse direttamente all'invio dei dati entro il 10 del mese successivo a quello di competenza.

.

Diapositiva 2

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



Decreto del Min. .Lavoro-Salute-Politiche Sociali
Direttiva 1-2009 ASP

Gli istituti che non provvederanno saranno ritenuti inadempienti e dovranno chiedere delega all'ASP mediante modulo disponibile sul sito ASP alla pagina dedicata al flusso informativo SIES.

2

Il SIES Aziendale potrà verificare che i presidi adempiano tempestivamente all'obbligo di invio dati e potrà leggere sul sito quanto avviene nella trasmissione-accettazione.
I presidi inadempienti dovranno chiedere una delega all'invio, per motivi tecnici, attraverso il sito dedicato.

Diapositiva 3

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



Criticità:

- monitoraggio MENSILE degli invii
- controllo dei dati registrati negli archivi
- tempestività della trasmissione al SIES aziendale
- ritorni ai singoli ospedali degli errori per la correzione
- tempi ristretti e sovrapposizione con altri flussi

3

Diviene importante che ogni presidio controlli costantemente la qualità dei dati registrati perché i tempi sono brevi anche se è stato eliminato il passaggio attraverso il SIES Aziendale (che avrebbe ulteriormente ridotto i tempi utili).

Diapositiva 4



Diapositiva 5



I servizi di emergenza sono diversificati per specialità (ove esistente). I presidi della nostra Azienda sono tutti di tipo “generale”.

Diapositiva 6

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



età presunta da indicare quando la data di nascita sia sconosciuta

0	0-30 giorni
1	1 mese – 12 mesi
2	1 -5 anni
3	6- 14 anni
4	15 – 64 anni
5	65 -80 anni
6	oltre 80 anni

6

ETA' PRESUNTA: quando il paziente non è in grado di fornire dati anagrafici certi si dovrà indicare un'età presunta secondo la tabella riportata sopra.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



codice univoco assistito:
italiano = Codice Fiscale
europeo TEAM = codice della TEAM
STP – ENI = codice STP o ENI
ignoto = XXXXXXXX ... (venti X)

7

IL CODICE DELL'ASSISTITO: per tutti i cittadini italiani è il codice fiscale; per i cittadini dell'Unione Europea, di nazionalità diversa dall'italiana, sarà il codice della tessera TEAM; il codice della tessera STP per gli stranieri non comunitari che non sono in regola con le norme di ingresso e soggiorno; il codice ENI per i cittadini Europei che erano in Italia prima dell'ingresso del loro Paese nell'Unione Europea e non sono in possesso della TEAM. Gli stranieri non europei ma in regola con le norme di ingresso e soggiorno ma privi di copertura sanitaria sono ritenuti "paganti" o in proprio o mediante assicurazione privata. Quando il codice univoco non fosse rilevabile si devono registrare 20 "X".

Diapositiva 8

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010

ASL ROMA

tessera TEAM: fronte



8

Diapositiva 9



Questa immagine e la precedente mostrano la tessera TEAM, i dati in essa contenuti devono essere registrati manualmente, senza ausilio di sistemi automatici, con l'eccezione del codice fiscale contenuto nel codice a barre e nella banda magnetica presenti sul retro.

Diapositiva 10

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



numero tessera TEAM:

- numero riportato nel campo 8 della TEAM (per cittadini dell'Unione Europea, dell'Islanda, del Liechtenstein, della Norvegia e della Svizzera)

10

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



tessera TEAM: retro

NUMERO TESSERA



TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



1 Cognome

2 Nome

3 Data di nascita

4 Sesso

5 Numero di identificazione personale

6 Numero di identificazione dell'istituzione

7 Numero di identificazione della tessera

8 Scadenza

00380001200020215981

11

Diapositiva 12

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



identificativo centrale operativa:
da compilare se "modalità di arrivo" è = 1 "ambulanza 118"
o = 2 "elicottero 118"

12001 Roma
12002 Frosinone
12003 Latina
12004 Rieti
12005 Viterbo

registrato su scheda soccorso consegnata dall'equipaggio del mezzo

12

Ciascun paziente che verrà portato da mezzi di soccorso del 118 sarà fornito di una scheda di soccorso che riporterà il codice della centrale operativa. Questo codice andrà riportato nell'archivio SIES.

Diapositiva 13

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



modalità di arrivo:

- 1 ambulanza 118
- 2 ambulanza pubblica
- 3 ambulanza privata
- 4 autonomo (mezzi propri)
- 5 elicottero 118
- 6 altro elicottero
- 7 mezzo di soccorso 118 di altre regioni
- 8 altro (Polizia, Esercito, VVFF, . . .)

13

LA MODALITA' DI ARRIVO: si arricchisce di nuove voci riportate in rosso.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



problema principale (1/3):

- 01 coma
- 02 **sindrome neurologica acuta** ex convulsione
- 03 altri sintomi del sistema nervoso
- 04 dolore addominale
- 05 dolore toracico
- 06 dispnea
- 07 dolore precordiale
- 08 shock
- 09 emorragia non traumatica
- 10 trauma o ustione
- 11 intossicazione
- 12 **febbre** ex altro tipo di dolore

14

PROBLEMA PRINCIPALE: il codice 02 ed il codice 12 hanno subito una variazione di significato.

Diapositiva 15

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



problema principale (2/3):

- 13 reazione allergica ex febbre
- 14 alterazione del ritmo ex altri sintomi o disturbi
- 15 ipertensione arteriosa ex richiesta di ric. progr.
- 16 stato di agitazione psicomotoria
- 17 sintomi o disturbi oculistici
- 18 sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici
- 19 sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici
- 20 sintomi o disturbi dermatologici

15

PROBLEMA PRINCIPALE: i codici 13, 14 e 15 hanno subito una variazione di significato. I codici successivi al 15 sono di nuova introduzione.

Diapositiva 16

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



problema principale (3/3):

- 21 sintomi o disturbi odontostomatologici
- 22 sintomi o disturbi urologici
- 23 altri sintomi o disturbi
- 24 accertamenti medico-legali
- 25 problema sociale

16

Diapositiva 17

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



In caso di trauma: (1/2)

- 0 tentativo di suicidio
- 1 aggressione ex lavoro
- 2 autolesionismo senza tentativo di suicidio (senza volontà suicida) ex casa
- 3 lavoro (attività fisica, manuale) ex strada
- 4 lavoro (attività di concetto) ex aggressione
- 5 incidente domestico (escluso per i collaboratori familiari) ex autolesionismo

17

TRAUMA: Sono cambiati i significati dei codici.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



In caso di trauma: (2/2)

- 6 incidente scolastico (escluso personale docente e ausiliario) ex altro
- 7 incidente sportivo (attività non professionali)
- 8 incidente stradale (con coinvolgimento di mezzi di trasporto)
- 9 incidente in altri luoghi (chiusi o aperti senza coinvolgimento di mezzi di trasporto)

18

TRAUMA Il codice 6 esclude il personale scolastico che rientra nel trauma da lavoro di concetto. I codici oltre il 6 sono di nuova introduzione.

Diapositiva 19



SINTOMI: I codici 1 e 2 già esistevano ma assumono significati diversi.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



Triage all'ingresso in Pronto Soccorso:

- 0 = non più utilizzato ex giunto cadavere
- 1 = rosso
- 2 = giallo
- 3 = verde
- 4 = bianco
- 5 = non eseguito

20

TRIAGE: Il codice 0 non esiste più. Questa informazione andrà inserita al momento di descrivere l'esito.

Diapositiva 21

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



Triage rivalutato: prima della visita, in caso di
modifica dello stato di urgenza

- 1 = rosso
- 2 = giallo
- 3 = verde
- 4 = bianco

21

TRIAGE RIVALUTATO: Questo tipo di triage deve essere eseguito, prima dell'ingresso del paziente in sala visita, se le condizioni del paziente sono cambiate.

Diapositiva 22



PRESA IN CARICO: deve essere registrata al momento dell'ingresso in sala visita e sarà presente nel flusso informativo permettendo un'analisi più dettagliata dell'attività di PS (anche dei tempi di attesa reali ecc.).

Diapositiva 23



CODIFICA DELLE DIAGNOSI E DELLE PROCEDURE: viene adottata anche per il pronto soccorso la versione 2007 del sistema di codifica, come per i ricoveri.



OBI: L'area di pronto soccorso definita "Osservazione Breve Intensiva" si distingue dal reparto di "Osservazione Breve" (anche definito Medicina d'Urgenza). La prima, OBI, è in realtà una situazione di **osservazione senza ricovero**, la seconda è **un ricovero** per completamento iter diagnostico e terapeutico. L'attivazione dell'OBI è prevista per particolari situazioni definite da specifiche norme elaborate dall'Agenzia di Sanità Pubblica.

Diapositiva 26



APPROPRIATEZZA ACCESSO: Questo è il terzo momento di valutazione nel percorso dell'emergenza, è definito dal medico ed è quello di "valutazione" definitiva della gravità del paziente gestito dal pronto soccorso.

Diapositiva 27



ESITO: Compare in questa fase “esito” il codice 0 per il “giunto cadavere” che non è più presente al triage all’ingresso.

Diapositiva 28

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



esito

- 6 non risponde alla chiamata (abbandona il PS prima della visita medica)
- 7 trasferito al PS richiedente dopo la consulenza
- 8 si allontana spontaneamente (abbandona il PS mentre sono in corso gli accertamenti)
- 9 avvio a strutture ambulatoriali

28

ESITO: Il codice 6 ha cambiato significato e sono stati aggiunti nuovi codici.

Diapositiva 29



MOTIVO DEL TRASFERIMENTO: Nuova informazione che consentirà una più precisa ricerca dei ricoveri per trasferimento; ma anche una valutazione dell'inadeguata dotazione di posti letto del presidio.

Diapositiva 30

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



referto compilato

- 1 INAIL ex sì
- 2 AUTORITA' GIUDIZIARIA ex no
- 3 ASL PER MORSO DI ANIMALE (cane e canidi)
- 9 ALTRO

30

REFERTO: cambia il significato di questa informazione.



ONERE: Questo nuovo campo deve permettere di conoscere chi deve “pagare” la prestazione. Il SSN per tutti i cittadini Italiani, dell’UE e dei Paesi con convenzioni nonché tutti gli “stranieri” che dimostrano di aver diritto all’assistenza in quanto versano i contributi al SSN.

Il Ministero degli Interni solo per gli STP ed ENI cui vengono erogate prestazioni d’urgenza.

La voce 4 “compartecipazione alla spesa” è riservato agli assistiti dal SSN che devono pagare il ticket in base alle normative vigenti. Attualmente riguarda, nel Lazio, i pazienti con triage “bianco”.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



tipo esenzione

- 1 = non esente
- 2 = esente totale
- 3 = esente per età e reddito
- 4 = esente per patologia
- 5 = esente per categoria (pensionati sociali e familiari a carico, disoccupati e familiari a carico, titolari di pensioni al minimo con più di 60 anni e familiari a carico)

32

TIPO ESENZIONE: solo per i casi di pazienti con onere SSN e codice di triage "bianco" che hanno diritto all'esenzione, si deve indicare quale tipo di esenzione deve essere applicata.

Diapositiva 33

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



tipo esenzione

- 6 donne in gravidanza
- 7 esente parziale per invalidità
- 8 altre categorie esenti (accertamenti per malattie rare, soggetti affetti da HIV, tossicodipendenti in trattamento di disassuefazione, donatori, detenuti, STP, militari/forze armate)
- 9 esente per codice triage

33

TIPO ESENZIONE:



CODICE ESENZIONE: si dovrà indicare il codice ministeriale dell'esenzione cui ha diritto l'utente; si fa riferimento alla circolare ministeriale 1717 del 2005 che elenca codici diversificati per il tipo di invalidità, di reddito, di patologia, eccetera.

Diapositiva 35



RISCOSSIONE TICKET: l'informazione dovrà servire per identificare i soggetti che avendo il dovere di compartecipare alla spesa non hanno ottemperato.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



file mobilità

tipo attestato

- 1 = TEAM italiana
- 2 = TEAM non italiana
- 3 = altro attestato
- 4 = tessera STP
- 5 = attestato di Paese in convenzione
- 6 = SASN
- 7 = assicurazione privata

36

FILE MOBILITA': si tratta di informazioni aggiuntive che vanno rilevate quando si presenta uno straniero, un Italiano con tessera TEAM straniera, un navigante (marina o aeronautica), un pagante mediante assicurazione privata.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



file mobilità

sigla estera:
per cittadini con assicurazioni, che siano UE o
stranieri in regola con le norme di ingresso e
soggiorno, che siano residenti o in temporaneo
soggiorno in Italia, con onere a carico di
istituzioni estere

37

Diapositiva 38



IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



file mobilità

codice qualifica beneficiario: solo per lavoratori

- 1 lavoratore subordinato
- 2 lavoratore autonomo
- 9 lavoratore frontaliero subordinato
- 10 lavoratore frontaliero autonomo
- 11 lavoratore disoccupato

39

Diapositiva 40

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



file mobilità

codice attestato

codifica secondo la tabella allegata alla DGR 20
del 2008

40

Diapositiva 41

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA Gennaio 2010	
AUS1	Modello E111 Australia
CHI3	Modello E123 Svizzera
CHI4	Modello E112 Svizzera
CV106	Modello 106 Capoverde
CV111	Modello 111 Capoverde
CV112	Modello 112 Capoverde
CV120	Modello 120 Capoverde
CV123	Modello 123 Capoverde
E106	Modello E106
E110	Modello E110 (per prestazioni erogate prima del 01/06/2004)
E111	Modello E111 (per prestazioni erogate prima del 01/06/2004)
E112	Modello E112



Diapositiva 42

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA Gennaio 2010	
E119	Modello E119
E122	Modello E122 (per prestazioni erogate prima del 01/01/1998)
E123	Modello 6123
E120	Modello E120
EHIC	Tessera di assicurazione Sanitaria Europea (TESS)
HR106	Modello 106 Croazia
HR109	Modello 109 Croazia
HR111	Modello 111 Croazia
HR112	Modello 112 Croazia
HR121	Modello 121 Croazia
HR123	Modello 123 Croazia
IB2	Modelli E111 e E106 Brasile



Diapositiva 43

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA Gennaio 2010	
IRA1	Modello E111 Argentina
IT12	Modello E106 ex Jugoslavia
IT7	Modello E111 ex Jugoslavia
IT8	Modello E112 ex Jugoslavia
ITS	Modello E106 ex Jugoslavia
MIC7	Modello E106 Monaco
MIC8	Modello E111 Monaco
MIC9	Modello E112 Monaco
REPL	Certificato provvisorio che sostituisce la Tessera di assicurazione Sanitaria Europea
SM8	Modello E112 San Marino
SM8B	Modello E111 San Marino
SS123	Modello 123 Santa Sede
TN11	Modello E111 Tunisia
TN14	Modello 6123 Tunisia
TN8	Modello E106 Tunisia



Diapositiva 1



Diapositiva 2

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



Decreto Legislativo 286 1998;
Art. 1

1. Il presente testo unico, in attuazione dell'articolo 10, secondo comma, della Costituzione, si applica, salvo che sia diversamente disposto, ai cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea e agli apolidi, di seguito indicati come stranieri.

2

Il decreto legislativo 286 del 1998 definisce “straniero” il cittadino che non appartiene ad uno degli stati dell’Unione Europea.

Diapositiva 3

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



Decreto Legislativo 286 1998;
Art. 34

1. Hanno l'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale e hanno parita' di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal Servizio sanitario nazionale e alla sua validita' temporale:

3

soggetti che possono essere iscritti al SSN:

Diapositiva 4

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



Decreto Legislativo 286 1998;
Art. 34

a) gli stranieri regolarmente soggiornanti che
abbiano in corso regolari attività di lavoro
subordinato o di lavoro autonomo o siano
iscritti nelle liste di collocamento;

4

per “straniero” si intende sempre un cittadino appartenente ad un Paese non aderente all’Unione Europea.

Sono “regolarmente soggiornanti” quelli dotati di permesso di soggiorno.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



Decreto Legislativo 286 1998;
Art. 34

b) gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza.

5

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



Decreto Legislativo 286 1998;
Art. 35

1. Per le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale devono essere corrisposte, dai soggetti tenuti al pagamento di tali prestazioni, le tariffe determinate dalle regioni e province autonome ai sensi dell'articolo 8, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

6

Gli “stranieri”, cioè i cittadini di Paesi che non aderiscono all’Unione Europea, che non sono iscritti al SSN devono pagare le prestazioni.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



Decreto Legislativo 286 1998;
Art. 35

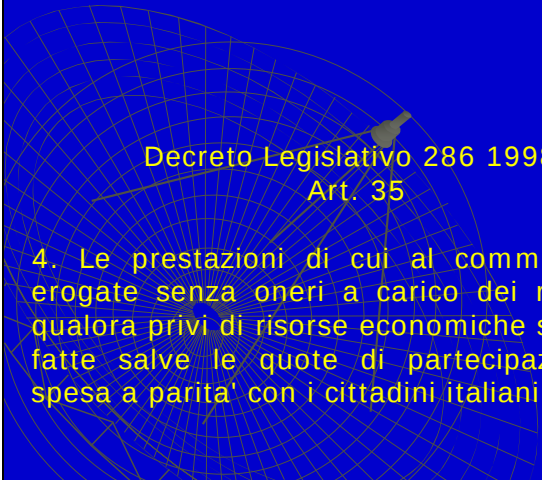
3. Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorche' continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

7

I cittadini di Paesi che non aderiscono all'Unione Europea, che sono entrati in Italia senza avere il permesso di soggiorno rientrano nella categoria degli STP. A questi lo Stato garantisce le cure "urgenti" e quelle "essenziali" ed inoltre estende a questi soggetti i programmi di medicina preventiva.

Diapositiva 8

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



Decreto Legislativo 286 1998;
Art. 35

4. Le prestazioni di cui al comma 3 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

8

Quando non dispongano di risorse sufficienti le prestazioni indicate sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



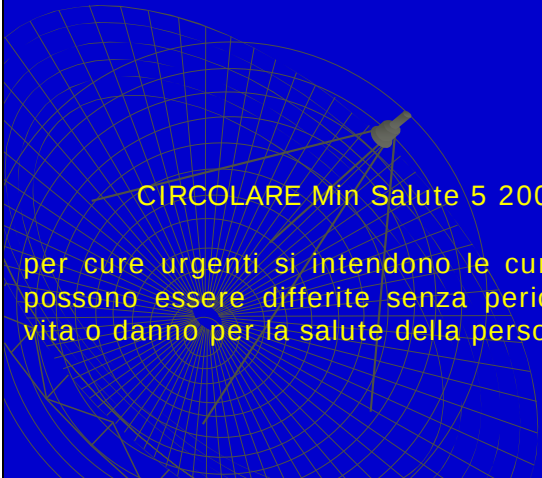
Decreto Legislativo 286 1998;
Art. 35

6. Fermo restando il finanziamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali a carico del Ministero dell'Interno, agli oneri recati dalle rimanenti prestazioni contemplate nel comma 3, nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche sufficienti, si provvede nell'ambito delle disponibilit  del Fondo sanitario nazionale, con corrispondente riduzione dei programmi riferiti agli interventi di emergenza.

9

Il Ministero degli Interni finanzia le prestazioni “urgenti”; le restanti prestazioni, anche se erogate a cittadini “stranieri” senza risorse economiche sono a carico del SSN.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



CIRCOLARE Min Salute 5 2000;

per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona;

10

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



CIRCOLARE Min Salute 5 2000;

per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

11

Questa definizione fornita dal Ministero, finisce con rendere “essenziali” tutte le prestazioni che non sono “urgenti” quando potrebbero, nel tempo, determinare maggior danno alla salute o rischi per la vita.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



CIRCOLARE Min Salute 5 2000;

È stato, altresì, affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso.

12

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



CIRCOLARE Min Salute 5 2000;

L'unità sanitaria locale territorialmente competente avrà cura di richiedere:

- 1) al Ministero dell'interno il rimborso relativo all'onere delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, per malattia ed infortunio, e cioè quelle urgenti erogate tramite pronto soccorso e quelle essenziali, ancorché continuative, erogate in regime di ricovero od in via ambulatoriale;

13

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



CIRCOLARE Min. Salute 5 2000;

2) alla propria regione il rimborso relativo all'onere delle prestazioni indicate nei punti a), b), c), d), e) del suddetto comma 3 dell'art. 35 del testo unico.

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità; b) la tutela della salute del minore; c) le vaccinazioni; d) gli interventi di profilassi internazionale; e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

14

Diapositiva 1



La DGR del 23 novembre 2007 n. 946 ha introdotto nella Regione Lazio l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) individuando nel gennaio 2008, come indicato nel piano di rientro (DGR 65/2007 e DGR 149/2007), l'inizio delle attività.

Laziosanità-Asp è incaricata della identificazione, "anche attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare", di un elenco di quadri clinici destinati ad essere trattati in OBI.

Il presente lavoro identifica i quadri sintomatologici rispetto ai quali l'attivazione dell' OBI può consentire di promuovere l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri riducendo i ricoveri brevi (come previsto dalla DGR 946/07 di attuazione del piano di rientro) e di ridurre le dimissioni precoci da PS.

Diapositiva 2

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



**PROGETTO ASP 20/10/2009;
OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA**

Le "Observation units" o "clinical decision units (CDUs)" sono aree interne agli ospedali, spesso adiacenti o interne al dipartimento di emergenza, che costituiscono una soluzione intermedia fra la dimissione ed il ricovero per quei pazienti che necessitano di un periodo di osservazione solitamente inferiore alle 24 ore. Si tratta generalmente di pazienti i cui sintomi non rappresentano un quadro di gravità tale da richiedere immediato ricovero ma che non possono essere dimessi a domicilio senza prima ulteriori accertamenti diagnostici o un primo trattamento. I pazienti possono essere tanto adulti quanto pediatrici con dolori toracici, addominali, insufficienza cardiaca congestizia, asma, dolori lombari, disidratazione, gastroenterite, bronchiolite, convulsioni o avvelenamento accidentale.

2

Soluzione intermedia fra la dimissione ed il ricovero per quei pazienti che necessitano di un periodo di osservazione solitamente inferiore alle 24 ore.

Diapositiva 3

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



**PROGETTO ASP 20/10/2009;
OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA**

Secondo una dichiarazione dell'American Emergency Physicians del 2008 le Observation Units dovrebbero rispondere ai seguenti requisiti: disporre di un'area dedicata, essere posta sotto la direzione di un medico o di un infermiere specializzati in medicina di emergenza con una delega amministrativa, disporre di procedure e processi decisionali scritti ed approvati dal personale di emergenza; dette procedure e processi dovrebbero definire: i criteri di ammissione, dimissione e ricovero ospedaliero per i pazienti, la definizione del medico che ha la responsabilità dei pazienti che transitano nell'area, la definizione delle responsabilità dei medici e degli infermieri nel corso della giornata ed in quali circostanze è necessario richiedere l'intervento del medico responsabile. La durata massima del periodo di osservazione, i criteri per il monitoraggio della qualità del servizio.

3

American Emergency Physicians, 2008

La Observation Unit dovrebbe rispondere ai seguenti requisiti:

- disporre di un'area dedicata,
- essere posta sotto la direzione di un medico o di un infermiere specializzati in medicina di emergenza con una delega amministrativa,
- disporre di procedure e processi decisionali scritti ed approvati dal personale di emergenza.

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;
OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

In Italia, tale modalità organizzativa è recepita negli anni '90 con l'obiettivo di favorire l'appropriatezza dei ricoveri, per la parte che si origina da accessi non programmati degli utenti alle strutture ospedaliere.

La OBI costituisce una possibilità, per gli operatori delle strutture di Pronto Soccorso, di utilizzare in forma concentrata nel tempo appropriati strumenti diagnostici e terapeutici, nell'ambito di linee guida condivise, e di osservare, nel breve periodo, l'evoluzione del quadro clinico del paziente, prima di decidere circa la necessità del ricovero nei casi in cui questa non risulti già evidente dal quadro di presentazione al Pronto Soccorso del paziente, garantendo una maggiore appropriatezza dell'ammissione del paziente nell'ospedale e contribuendo ad un corretto impiego delle risorse a disposizione.

4

La OBI costituisce una possibilità di osservare, **nell'ambito del pronto soccorso**, l'evoluzione del quadro clinico del paziente, **prima di decidere circa la necessità del ricovero**, garantendo una maggiore appropriatezza del ricovero e contribuendo ad un miglior impiego delle risorse a disposizione.

Mi pare opportuno rilevare la differenza che esiste tra il "reparto di Osservazione Breve" che è un **reparto "strutturale" del dipartimento di Emergenza** in cui viene osservato il paziente critico che non può essere assistito dal reparto ospedaliero di competenza (Delibera del Consiglio Regionale 1004 del 1994 – BURL 21 del 30/07/1994 pag 26) e l'"Osservazione Breve Intensiva" che corrisponde ad un'area attrezzata del Pronto Soccorso in cui staziona il paziente in attesa di ulteriori decisioni, **senza essere ricoverato**.

Diapositiva 5

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;

La DGR 946 del 23 novembre 2007 introduce nella Regione Lazio la osservazione breve intensiva (OBI) a partire dal 1 gennaio 2008 come adempimento del piano di rientro di cui alla DGR 65/2007 e DGR 149/2007.

5

Diapositiva 6

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;

È stato identificato un elenco di quadri sintomatologici rispetto ai quali l'attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva può consentire di promuovere l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri riducendo i ricoveri brevi, così come previsto dalla DGR 946/07 di attuazione del piano di rientro, e di ridurre le dimissioni precoci da PS.

6

Di seguito si elenca una selezione delle casistiche individuate nel progetto OBI dell'ASP divise in PAZIENTI PEDIATRICI e ADULTI

Diapositiva 7

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI

- PAZIENTI PEDIATRICI
- PAZIENTI ADULTI

7

I quadri indicati di seguito sono relativi a pazienti PEDIATRICI.

Diapositiva 8

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010

PROGETTO ASP 20/10/2009;

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI
• PAZIENTI PEDIATRICI

Polmonite 486
Di media entità, in relazione allo stato generale del bambino, alla saturazione,
all'aspetto radiografico

Laringite 4640
Di media gravità secondo lo score di Westley (valori compresi tra 4 e 7)
Età > 1 anno

Convulsioni febbrili semplici 780.31
Esclusione infezioni SNC. Età > 1 anno

Febbre 780.6
bambini con età > 3 mesi

Corpi estranei 9330 nel faringe
9351 nell'esofago
9352 nello stomaco
936 nell'intestino tenue e nel colon

Inalazione di corpo estraneo 934 nella trachea, nei bronchi e nei polmoni



8

Diapositiva 9

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI
• PAZIENTI PEDIATRICI

Infezione delle vie urinarie	599.0
Età >6 mesi	
Linfoadenopatia	7856 linfoadenomegalia
dimissibilità entro le 36 ore	
Bronchiolite	4661 bronchiolite acuta
Di media entità con SaO2 > 92% e di età > 3 mesi .	
Asma	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta
Broncospasmo e dispnea grado medio (durata della dispnea <1 giorno), non risolta al primo trattamento in PS Età >2 anni SpO2 compresa tra 91 e 95%	

9

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI
• PAZIENTI PEDIATRICI

Sintomatologia dolorosa	7865 dolore toracico
	788.0 colica renale
	789.0 dolore addominale
	33811 dolore acuto da trauma
Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	
Sindrome vertiginosa	7804 stordimento e capogiro
Cefalea	7840 cefalea
	Cefalea con obiettività neurologica negativa, Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento, Primo episodio refrattario a terapia antalgica
Epilessia	345.90 epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile
	In paziente con epilessia già nota

10

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI
• PAZIENTI PEDIATRICI

Intossicazioni 960-979 (avvelenamento da farmaci, medicamenti e prodotti biologici)
 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool)
 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)

Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita

11

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI
• PAZIENTI PEDIATRICI

Reazioni anafilattiche	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici
	Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie non risolubili con terapia entro 6 ore in PS
Aritmie	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare
	42731 fibrillazione atriale
	Esclusione nelle ore successive di comparsa di recidive
Trauma toracico <i>chiuso</i>	922.1 contusione della parete toracica
	847.1 distorsioni e distrazioni del torace
	911 traumatismi superficiali del tronco
	Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze

12

Diapositiva 13

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI
• PAZIENTI PEDIATRICI

Trauma addomino-pelvico *chiuso* 922.2 contusione della parete addominale
843 distorsioni e distrazioni dell'anca e della
coscia
846 regione sacro-iliaca
847.2 lombare
847.3 sacrale
911 traumatismi superficiali del tronco Trauma
addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per
complicanze

13

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI

- PAZIENTI PEDIATRICI

Trauma cranico minore 850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza
8501 concussione con breve perdita di coscienza GCS
≥14, sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefaloematoma in
zone non a rischio) con EO neurologico negativo
Dinamica del trauma banale

Sincope 780.2 sincope e collasso
Di dubbia dinamica

Disidratazione 276.51 disidratazione
Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio non migliorati con
reidratazione per os e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico
Età > 1 anno

14

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI
• PAZIENTI ADULTI

Asma	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta
	Crisi non severe di asma bronchiale. SpO2 compresa tra 91 e 95%.
Dolore addominale acuto	789.0 dolore addominale
	Dolore addominale acuto di incerta origine.
Colica renale	788.0 colica renale
	Colica renale che necessita di trattamento antalgico > 6h e/o idronefrosi di 2° grado.
Sindromi vertiginose	780.4 stordimento e capogiro
	Sindromi vertiginose acute con i caratteri della vertigine periferica.
Cefalea	7840 cefalea
	Cefalea con obiettività neurologica negativa Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento. Primo episodio refrattario a terapia antalgica

15

Da questo riquadro si presentano le patologie gestibili in Obi per i pazienti ADULTI

IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010

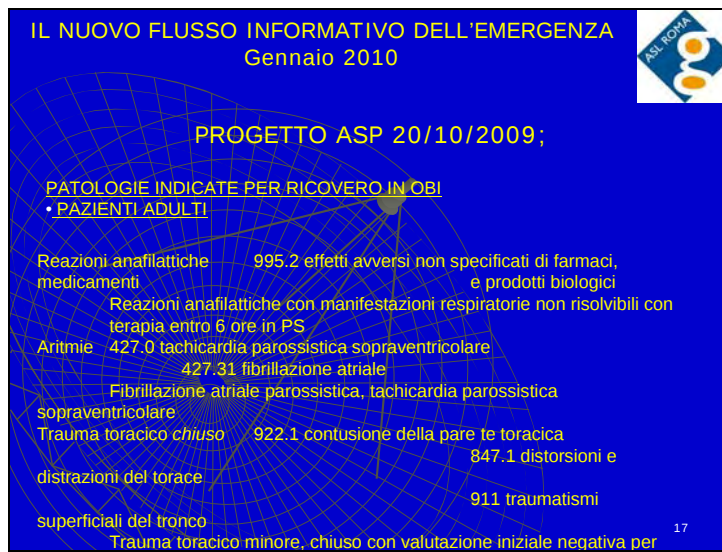


PROGETTO ASP 20/10/2009;

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI
• PAZIENTI ADULTI

Epilessia non trattabile	345.90 epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia trattabile
	Crisi convulsiva in paziente con epilessia nota.
Intossicazioni	960-979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici)
	305 abuso di droghe senza dipendenze di alcool)
(escluso 305.0 - abuso principalmente non	980-989 effetti tossici di sostanze di origine medicamentosa (esclusi
effetti tossici da sostanze caustiche)	Intossicazione da farmaci, sostanze
psicotrope, altre sostanze tossiche. Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita	

16







IL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO DELL'EMERGENZA
Gennaio 2010



PROGETTO ASP 20/10/2009;

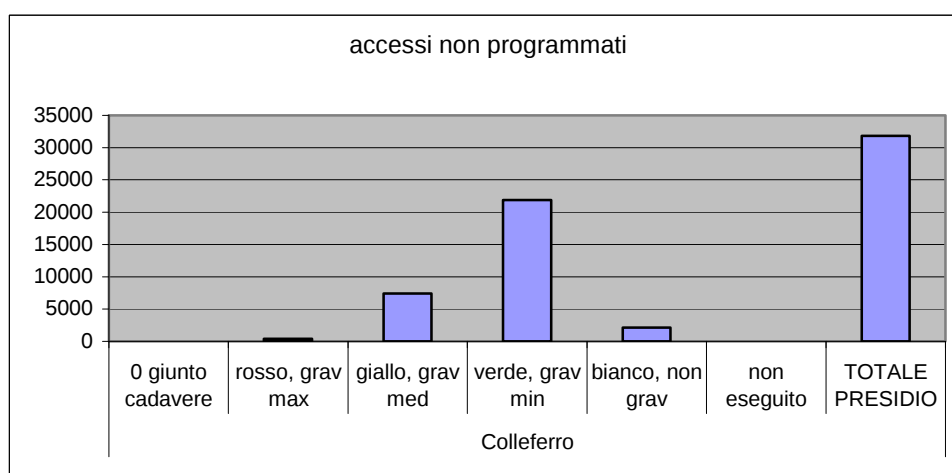
PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI
• PAZIENTI ADULTI

Dolore toracico acuto	786.5 dolore toracico	
	Dolore toracico acuto ad eziologia sconosciuta	
Urgenza ipertensiva	401.1 ipertensione essenziale benigna	
	Crisi ipertensiva non complicata da danno d'organo, non risolvibile con il trattamento medico entro le 6 h (o tale da suggerire la necessità di eseguire una osservazione >6h)	
Sanguinamento gastro-intestinale delle alte vie digestive		578.0 ematemesi
	578.1 melena	
	gastro-intestinale delle alte vie digestive, riferito (melena, ematemesi)	
Etilismo acuto	305.00 abuso di alcool non specificato	
	Etilismo acuto occasionale	

20

Diapositiva 1

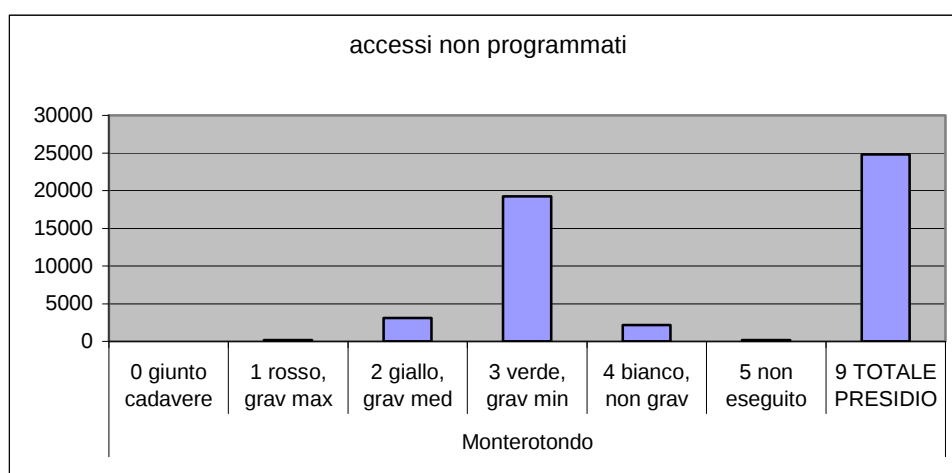
OSPEDALE DI COLLEFERRO						
Triage	colore	accessi totali	accessi non programmati	accessi per ricovero progr	accessi con ricovero	accessi senza ricovero
1	rosso, grav max	378	378		240	138
2	giallo, grav med	7.403	7.401		2.757	4.646
3	verde, grav min	21.902	21.896	1	1.662	20.240
4	bianco, non grav	2.111	2.111		17	2.094
5	non eseguito	12	12		2	10
	TOTALE PRESIDIO	31.806	31.798	1	4.678	27.128



Anno 2009, ospedale di Colleferro

Diapositiva 2

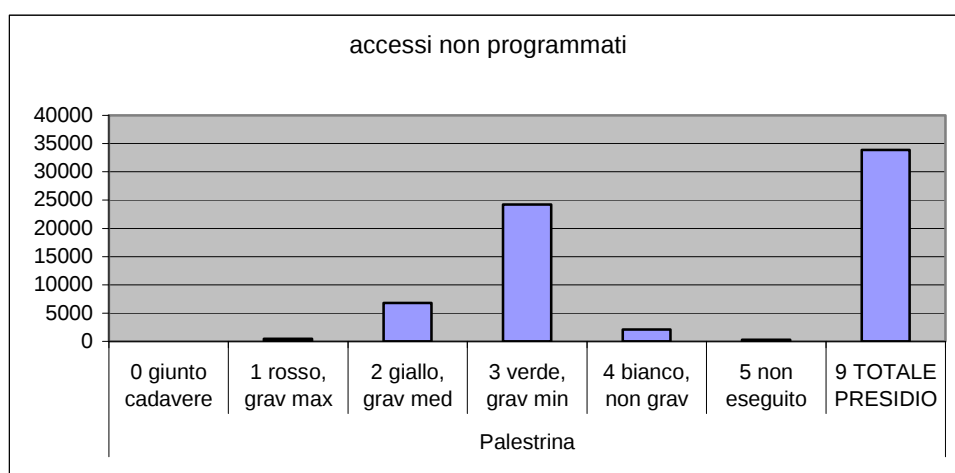
OSPEDALE DI MONTEROTONDO						
Triage	colore	accessi totali	accessi non programmati	accessi per ricovero progr	accessi con ricovero	accessi senza ricovero
1	rosso, grav max	160	155		43	117
2	giallo, grav med	3.090	3.088		708	2.382
3	verde, grav min	19.270	19.252	11	880	18.390
4	bianco, non grav	2.171	2.169	1	15	2.156
5	non eseguito	186	157		71	115
	TOTALE PRESIDIO	24.877	24.821	12	1.717	23.160



Anno 2009, ospedale di Monterotondo

Diapositiva 3

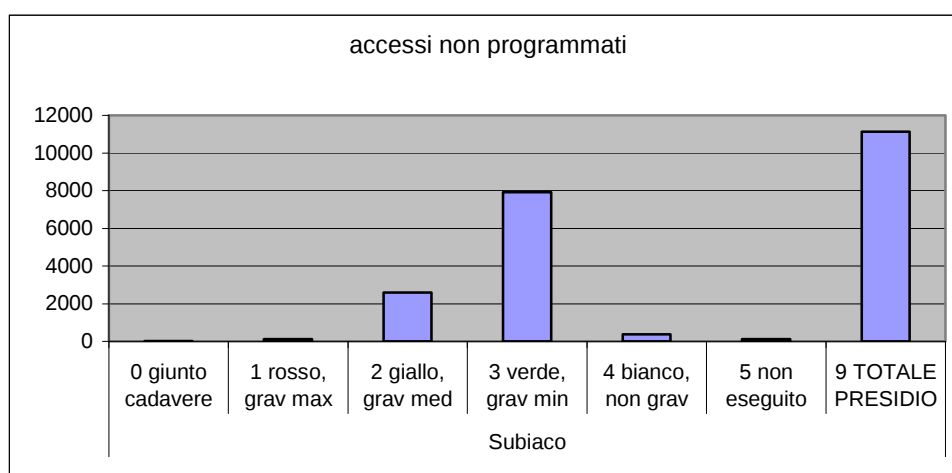
OSPEDALE DI PALESTRINA						
Triage	colore	accessi totali	accessi non programmati	accessi per ricovero progr	accessi con ricovero	accessi senza ricovero
1	rosso, grav max	474	470	2	133	341
2	giallo, grav med	6.788	6.784	4	1.254	5.534
3	verde, grav min	24.231	24.204	27	1.387	22.844
4	bianco, non grav	2.129	2.124	5	32	2.097
5	non eseguito	854	280	574	804	50
	TOTALE PRESIDIO	34.476	33.862	612	3.610	30.866



Anno 2009, ospedale di Palestrina

Diapositiva 4

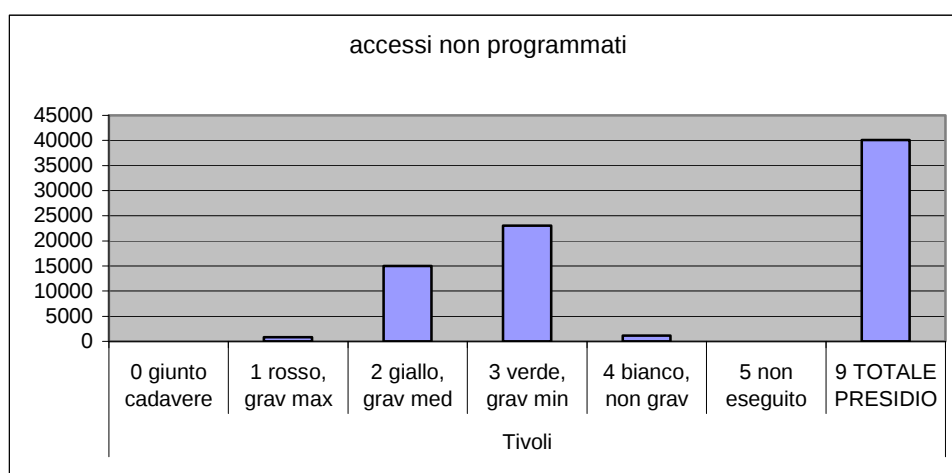
OSPEDALE DI SUBIACO						
Triage	colore	accessi totali	accessi non programmati	accessi per ricovero progr	accessi con ricovero	accessi senza ricovero
0	giunto cadavere	17	15			17
1	rosso, grav max	117	116	1	84	33
2	giallo, grav med	2.597	2.592	5	1.108	1.489
3	verde, grav min	7.925	7.915	10	577	7.348
4	bianco, non grav	379	378	1	5	374
5	non eseguito	165	122	43	153	12
	TOTALE PRESIDIO	11.200	11.138	60	1.927	9.273



Anno 2009, ospedale di Subiaco

Diapositiva 5

OSPEDALE DI TIVOLI						
Triage	colore	accessi totali	accessi non programmati	accessi per ricovero progr	accessi con ricovero	accessi senza ricovero
0	giunto cadavere	25	20			25
1	rosso, grav max	860	852	2	432	428
2	giallo, grav med	15.034	15.003	19	4.383	10.651
3	verde, grav min	23.075	23.031	14	1.111	21.964
4	bianco, non grav	1.180	1.177	1	12	1.168
5	non eseguito	32	28		6	26
	TOTALE PRESIDIO	40.206	40.111	36	5.944	34.262



Anno 2009, ospedale di Tivoli