

**REPORT
ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO
ANNO 2017**

REGIONE ABRUZZO



Immagine in copertina: Amedeo Lanci – La grande stella (http://www.artelabonline.com/articoli/view_article.php?id=5252)

A cura di:

Vito Di Candia – Data manager ASR Abruzzo
Alfonso Mascitelli – Direttore ASR Abruzzo

Si ringrazia il DPF016 - Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria, del Dipartimento per la Salute e il Welfare per la collaborazione offerta con la trasmissione del database elaborato ed analizzato in questo report.

Sommario

PREMESSA	3
MATERIALI E METODI	4
RETE EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE ABRUZZO ANNO 2017	5
TABELLA1: POSTAZIONI TERRITORIALI DEL SISTEMA 118 – DCA 95/15	6
TABELLA2: SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....	7
ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO.....	10
TABELLA 3 : ACCESSI TOTALI IN PRONTO SOCCORSO– ANNO 2017	10
ACCESSI PER TIPOLOGIA DI INVIO	11
GRAFICO 1: ANDAMENTO DEGLI ACCESSI RISPETTO AL RESPONSABILE DELL'INVIO ANNO 2017	11
ACCESSI PER MODALITÀ DI ARRIVO.....	12
*IL FLUSSO DATI RELATIVO ALL'ELISOCCORSO NON INCLUDE I TRASPORTI SECONDARI.....	12
TRIAGE DI ACCESSO	13
GRAFICO 3: PERCENTUALE DI ACCESSI PER CODICE COLORE SECONDO LE SPECIFICHE EMUR NELLA REGIONE ABRUZZO–ANNO 2017	13
GRAFICO 4: PERCENTUALE DI ACCESSI PER CODICE COLORE SECONDO LE SPECIFICHE EMUR PER SINGOLO PO- ANNO 2017	14
LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO	15
GRAFICO 5: PERCENTUALE DI ACCESSI PER LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO NELLA REGIONE – ANNO 2017... 15	15
GRAFICO 6: PERCENTUALE DI ACCESSI PER LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO PER SINGOLO PO	16
ESITO TRATTAMENTO	17
GRAFICO 7: PERCENTUALE DI DISTRIBUZIONE DELL'ESITO TRATTAMENTO NELLA REGIONE ABRUZZO ANNO 2017	17
PROBLEMA PRINCIPALE	18
GRAFICO 8: PERCENTUALE DEGLI ACCESSI PER PROBLEMA PRINCIPALE	18
QUOTA DI ACCESSI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	19
GRAFICO 9 : PERCENTUALE ACCESSI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA PER PO – CODICE BIANCO	20
GRAFICO 10: PERCENTUALE ACCESSI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA PER PO – CODICE VERDE	21
ACCESSI IN PS RIPETUTI ENTRO 24 H	22
GRAFICO 11: PERCENTUALE DEGLI ACCESSI IN PS RIPETUTI NELLE 24 H PER PO	23

PREMESSA

Il Pronto Soccorso (PS) è per sua natura una delle aree più complesse all'interno di una struttura ospedaliera, sia perché è il maggiore punto di accesso ai servizi sanitari, sia perché è volto al trattamento di una casistica molto variegata e spesso complessa.

L'attività di PS in termini di efficienza e qualità del servizio fornito è stata più volte oggetto di attenzione e discussione soprattutto a seguito di molteplici disagi manifestati dall'Utenza.

L'ultima ricerca pubblicata dall'Agenas nel 2013 *"II° Supplemento al numero 32/2013 di Monitor"* evidenzia che, pur essendo diminuito il numero degli accessi al Pronto Soccorso, la percentuale di inappropriatezza rimane in ogni caso elevata in tutta la Nazione.

La Regione Abruzzo dal 2010 ha aderito alla sperimentazione condotta da Agenas che, a seguito della costituzione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) con funzioni di Punti di Primo Intervento (PPI), ha iniziato ad affrontare il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza.

In quest'ottica, la Regione Abruzzo nel Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n. 84/2013 del 09/10/2013 "Programma Operativo 2013-2015", così come modificato e integrato dal DCA n. 112/2013 del 30/12/2013, si è impegnata ad elaborare, attraverso l'attivazione di un gruppo tecnico regionale coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) Abruzzo e costituito dai Responsabili di tutti i Pronto Soccorso della Regione, una reportistica sugli accessi in Pronto Soccorso.

Tale reportistica ha la funzione di:

- Identificare i casi che sarebbero dovuti essere appropriatamente trattati attraverso la medicina territoriale;
- Valutare l'appropriatezza degli accessi;
- Identificare gli interventi correttivi da porre in essere.

L'ASR Abruzzo ha effettuato il monitoraggio dei PS della Regione Abruzzo anche nell'anno 2017 i cui dati saranno posti a disposizione del Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza in merito alla rete dell'emergenza urgenza.

MATERIALI E METODI

Il primo passo per costruire un sistema di monitoraggio degli accessi potenzialmente inappropriati al Pronto Soccorso, è stato quello di raccogliere una serie di informazioni sulle caratteristiche del progetto da monitorare, sul contesto territoriale e regionale in cui il progetto è stato attivato, sulle politiche sanitarie del territorio e, in particolare, sull'organizzazione dei presidi di Pronto Soccorso e degli elementi caratterizzanti il sistema dell'Assistenza Primaria.

Tutte queste informazioni risultano di primaria importanza sia ai fini della scelta della metodologia di analisi dei dati, sia per l'interpretazione corretta degli stessi.

Un secondo fondamentale passaggio è stato la costruzione della base dati sulla quale si svolgono le analisi per il monitoraggio:

- l'analisi è stata basata sugli accessi effettuati nei Pronto Soccorso della Regione Abruzzo relativamente all'anno 2017.
- l'elaborazione è stata effettuata su informazioni contenute nel flusso EMUR e da dati specifici richiesti ai referenti aziendali come quelli sul personale (medici e infermieri) operante all'interno del Pronto Soccorso e i protocolli per la gestione del Triage di presidio.

Va infine sottolineato che tutto il documento è stato elaborato con riferimento ai contenuti del *“Progetto Mattoni SSN – Pronto Soccorso e sistema 118 – Milestone 1.2.2 – Analisi dell’attività, descrizione dell’offerta, valutazioni di esito e di appropriatezza”*.

RETE EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE ABRUZZO ANNO 2017

La risposta all'emergenza della Regione Abruzzo consta di strutture di diversa complessità assistenziale in grado di rispondere alle necessità dell'intervento secondo livelli di complessità crescente:

- Postazioni Territoriali del Sistema 118;
- Postazioni di Continuità Assistenziale;
- Punti di Primo intervento (PPI);
- Presidio Ospedaliero sede di Pronto Soccorso (centro Spoke);
- Presidio Ospedaliero sede di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (centro HUB).

Per postazioni territoriali debbono intendersi tutte le postazioni con personale medico-infermieristico e tecnico-sanitario (compreso i soccorritori volontari) deputate agli interventi territoriali "primari", interventi cioè condotti sul territorio in emergenza-urgenza.

La Regione con il Decreto del Commissario ad Acta n.95 del 28 settembre 2015 nel rispetto degli standard definiti dal DM 70/2015 e al fine di ottenere una copertura assistenziale territoriale in sicurezza ed efficace e rispettosa dei tempi delle reti tempo dipendenti, ha riorganizzato il Sistema delle Postazioni Territoriali 118 che passano da 53 (DCA11/13) a 59.

Infatti, con l'obiettivo prioritario e fondamentale di eliminare squilibri e criticità nella rete, la Regione Abruzzo attraverso il CREA ha effettuato una analisi dettagliata sulla copertura assistenziale del territorio abruzzese.

Il punto di partenza è stato quello di analizzare per ogni singola ASL il reale fabbisogno rispetto a quello programmato dal DCA 11/13 secondo i seguenti parametri:

- Vie di comunicazione
- Vincoli orografici e climatologici
- Tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente
- Numero e gravità interventi degli interventi per area;
- Codici di gravità e patologie prevalenti
- Tipologia del territorio
- Popolazione residenti e flussi migratori
- Fabbisogno emergenziale territoriale

Il Fabbisogno risultante è rappresentato nella tabella seguente:

Tabella1: Postazioni Territoriali del Sistema 118 – DCA 95/15

ASL	TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	MSA	L'AQUILA	H24
		AVEZZANO	H24
		SULMONA	H24
		CASTEL DI SANGRO	H24
		CARSOLI	H24
		NAVELLI	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		MONTEREALE	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		PESCADORO	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		PESCARA	H24
		TAGLIA COZZO	H24
		PRATOLA PELIGNA	H12 DIURNO
		CASTELVECCHIO SUBEQUO	H12 DIURNO INDIA
	MSB	SCANNO	H12 DIURNO
		CAMPIDOGLIO	H12 NOTTURNO
			TOTALE N.13 (3 MEDICO/ INDIA +1 INDIA)
		VALLE ROVETO	H24
	MSB	L'AQUILA	H24
		SULMONA	H24
		AVEZZANO	H24
		TRASACCO	H12 DIURNO
		ROCCA DI MEZZO	H12 DIURNO
			TOTALE N.6
			TOTALE ASL 19
LANCIANO-VASTO-CHIETI	MSA	CHIETI	H24
		LANCIANO	H24
		VASTO	H24
		ORTONA	H24
		FRANCA VILLA/PASSO LANCIANO	H24 ESTIVO/H14 DICEMBRE-APRILE (FRANCA VILLA) H10 DICEMBRE-APRILE (PASSO LANCIANO)
		ATESSA	H24
		CASOLI	H24
		GUARDIA GRELE	H24
		SAN SALVO	H24
		GISSI	H24
		CASTIGLIONE MESSER MARINO	H24
		VILLA SANTA MARIA	H24
		TORRICELLA PELIGNA	H24
		LAMA DEI PELIGNI	H24
			TOTALE N. 14
	MSB	CARUNCHIO	H12 DIURNO
		TORREBRUNA	H12 NOTTURNO
			TOTALE N. 1
			TOTALE ASL 15
PESCARA	MSA	PESCARA	H24
		MONTESILVANO	H24
		PENNE	H24
		SCAFATE	H24
		POPOLI	H24
		PIANELLA	H24
		PESCARA SUD	H24
			TOTALE N.7
	MSB	PESCARA SUD	H24
		PESCARA NORD	H24
		PESCARA CENTRO	H12 DIURNO
		VALPESCARA	H12 DIURNO
		CATIGNANO	H12 NOTTURNO
			TOTALE N.4
			TOTALE ASL 11
TERAMO	MSA	TERAMO	H24
		ATRI	H24
		GIULIANOVA	H24
		SANT'OMERO	H24
		ALBA ADRIATICA	H24
		ZAMPITTI/BASCIANO	H24
		ROSETO	H24
			TOTALE N.7
	MSB	TERAMO	H24
		SILVI	H24
		MARTINSICURO	H24
		MONTORIO	H24
		ISOLA DEL GRAN SASSO	H12 DIURNO
		NOTARESCO	H12 NOTTURNO
		BISENTI	H12 NOTTURNO
		S. EGIDIO	H12 DIURNO
		CASTELNUOVO	H12 DIURNO
			TOTALE N.7
			TOTALE ASL 14
			TOTALE REGIONALE 59 (41 MSA di cui 3 MEDICO/INDIA e 1 INDIA + 18 MSB)

Il numero delle postazioni della Continuità Assistenziale, con il Decreto del Commissario ad Acta n. 61 del 27 agosto 2013, è ricondotto al rapporto ottimale medici in servizio/abitanti residenti secondo quanto stabilito dalla normativa vigente (Tabella 2).

Tabella2: Sedi di Continuità Assistenziale

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	AREA L'AQUILA	L'AQUILA
		MONTEREALE
		NAVELLI
		ROCCA DI MEZZO
		SAN DEMEIRIO NE VESTINI
		TO RNIMPARTE
		AVEZZANO
	AREA MARSICA	BALSORANO
		CARSO LI
		CELANO
		CIVITELLA RO VETO
		PESCINA
		TAGLIACOZZO
		IRASACCO
	AREA PELIGNO SANGRINA	CASTEL DI SANGRO
		CASTELVECCHIO SUBEQUO
		PESCASSEROLI
		PESCO COSTANZO
		PRATO LA PELIGNA
		SCANNO
		SULMONA

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
LANCIANO-VASTO-CHIETI	VASTO	CASALBORDINO
		SAN SALVO
		VASTO
		CHIETI
	FRANCARVILLA al MARE	CHIETI
		FRANCARVILLA
		MIGLIANICO
		ORTONA
	ORTONA	ORTONA
		TOLLO
		FOSSACESIA
		LANCIANO
		ATESA
	SANGRO AVENTINO	CASOLI
		LAMA DEI PELIGNI
		PIZZO FERRATO
		TORRICELLA PELIGNA
	GUARDIA GRELE	VILLA SANTA MARIA
		GUARDIA GRELE
		ORSOGNA
		CASTIGLIONE MESSER MARINO
	ALTO VASTESE	GISSI
		CARUNCHIO
		PALMOLI

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
PESCARA	PESCARA	PESCARA
		CEPAGATTI
	CEPAGATTI	CITTA' SANTANGELO
		PIANELLA
		SPOLTORE
	SCAFA	CARAMANICO TERME
		MANOPPELLO
		SAN VALENTINO in A.C.
		SCAFA
	MONTE SILVANO - CAPPELLE SUL TAVO	MONTESILVANO
		CIVITELLA CASANOVA
		LORETO APRUTINO
		PENNE
	PENNE	BUSSI sul TIRINO
		TO RRE de' PASSERI
	POPOLI	

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
TERAMO	ATRI	ATRI
		BISENII
		SILVI
	MONTORIO	ISOLA del GRAN SASSO
		MONTORIO al VOMANO
		GULIANOVA
	ROSETO	MOSCIANO SANTANGELO
		NOTARESCO
		ROSETO degli ABRUZZI
	TERAMO	ROCCA SANTA MARIA
		TERAMO
		MARTINSICURO
	VAL VIBRATA	SANTEGIDIO alla VIBRATA
		TORRITO
		RETO

Con Delibera G.R. n. 689/2016 è stato approvato il Programma di riordino dei Punti di Primo Intervento.

L'intervento di riordino dei Punti di Primo Intervento (PPI) si rende necessario per assicurare, contestualmente alla riorganizzazione e semplificazione della Rete Ospedaliera, risposte efficaci alle situazioni di emergenza-urgenza, mettendo a sistema azioni volte alla riorganizzazione del Sistema territoriale di soccorso, dei PPI, della Rete dei Pronto Soccorso, dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione in rapporto alla Continuità assistenziale.

I Punti di Primo Intervento sono individuati all'interno dei Presidi di ASL riconvertiti in PTA a seguito della riorganizzazione della Rete Ospedaliera, o come postazione, fissa o mobile, distante da Presidi Ospedalieri, organizzata per esigenze stagionali in località turistiche e in occasioni di manifestazioni.

Sono distribuiti sul territorio e dispongono di competenze cliniche adeguate a fronteggiare e stabilizzare le emergenze fino alla loro attribuzione alla sede di cura più appropriata e a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.

Tali riconversioni interessano Casoli, Gissi, Pescina e Tagliacozzo, mentre la riconversione di Guardiagrele si è conclusa soltanto alla fine dell'anno 2015.

Inoltre, i Presidi Ospedalieri che risultano non rispondenti agli standard del DM 70/2015 e che quindi subiranno in processo di riconversione sono:

- PO V. Emanuela di Atessa riqualificato in Ospedale di comunità.
- PO G. Bernabeo di Ortona riqualificato ad attività eletta di ricovero programmato come Polo Ospedaliero del PO di Chieti.
- PO SS. Trinità di Popoli riqualificato come Centro di Riabilitazione Regionale al cui interno sono mantenute alcune attività elettive di ricovero.

Il Presidio Ospedaliero (PO) sede di Pronto Soccorso gestisce gli interventi diagnostico terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Presidio Ospedaliero sede di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (centro HUB) più idoneo per lo specifico bisogno clinico assistenziale.

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (centro HUB) rappresenta un'aggregazione funzionale di strutture che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa.

Con il DCA 79/16 in ottemperanza alle indicazioni del DM 70/15 la Regione Abruzzo ha approvato il riordino della rete ospedaliera.

Attualmente l'articolazione della rete ospedaliera, che è sottoposta a monitoraggio e aggiornamento, è organizzata secondo il principio delle Reti cliniche integrate (modello Hub e Spoke), in:

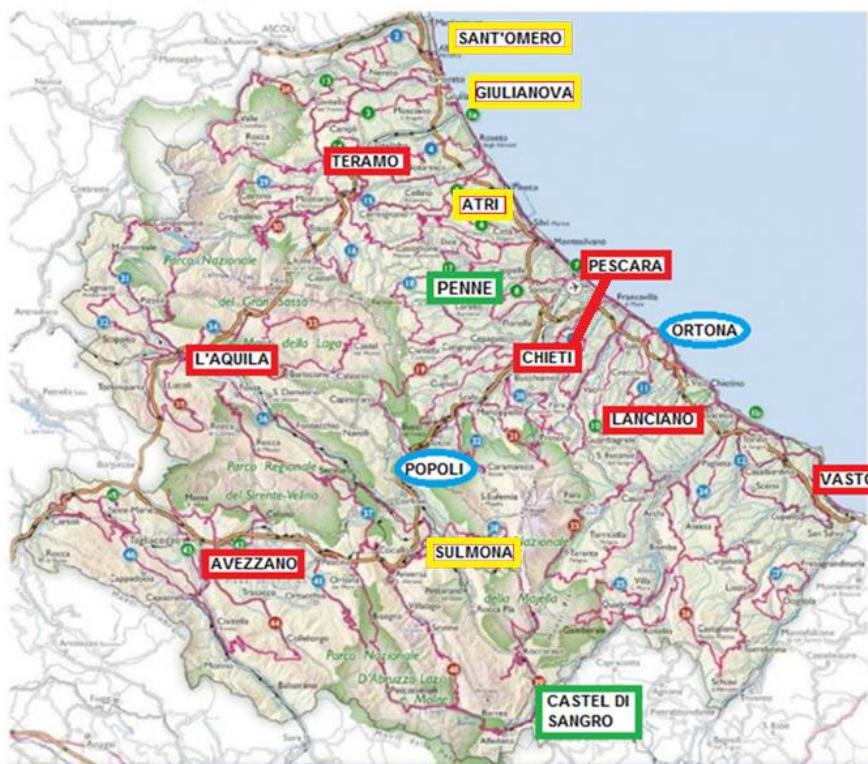
- **7 Presidi sede di DEA di I livello, con i 2 presidi di Chieti e Pescara, in connessione funzionale, per le funzioni previste per un DEA di II LIVELLO**
- **4 Ospedali sedi di Pronto Soccorso (PO di Sulmona, PO di Atri, PO di Giulianova e PO di S. Omero);**
- **-2 Presidi Ospedalieri in zone particolarmente disagiate (Penne e Castel di Sangro);**
- **-1 Polo Ospedaliero (Ortona) afferente al rispettivo presidio principale (Chieti) con attività sanitaria eletta e programmata;**
- **-2 Riconversioni-riqualificazioni di presidi ospedalieri a bassi volumi di attività, con contestuale identificazione delle modalità e dei tempi di riconversione (Atessa e Popoli).**

FUNZIONI DEI DEA

DENOMINAZIONE STRUTTURA	RETE CARDIOLOGICA	RETE STROKE	RETE TRAUMA	RETE NASCITA
OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE - L'AQUILA	UTIC + EMODINAMICA	II LIVELLO	CTZ	II LIVELLO
OSPEDALE RIUNITI SS.ANNUNZIATA - CHIETI	HUB CARDIOCHIRURGICO	I LIVELLO	CTZ	II LIVELLO
OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA	UTIC + EMODINAMICA	II LIVELLO	CTS	II LIVELLO
OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	HUB CARDIOCHIRURGICO	I LIVELLO	CTZ	I LIVELLO
OSPEDALE SS.FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO	UTIC + EMODINAMICA	I LIVELLO	PST	I LIVELLO
OSPEDALE RENZETTI - LANCIANO	UTIC	I LIVELLO	PST	I LIVELLO
OSPEDALE PROVINCIALE - VASTO	UTIC	I LIVELLO	PST	I LIVELLO

La identificazione del PO sede di DEA di II livello è conseguente al completamento dello studio di fattibilità.

Riordino Rete Ospedaliera



ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

Nell'anno 2017 sono stati registrati nei PS della Regione Abruzzo 520.929 accessi; di questi circa il 18% sono stati effettuati dal PS del Presidio Ospedaliero di Pescara e circa il 12% da quello del Presidio Ospedaliero di Chieti.

Nella tabella 3 vengono riportati gli accessi totali effettuati nel 2017 per singolo Presidio Ospedaliero.

Si fa notare che sono ancora presenti presidi i cui Pronto Soccorso sono in fase di trasformazione in Punti di Primo Intervento.

Tabella 3 : Accessi Totali in Pronto Soccorso- Anno 2017

ASL	PRESIDIO OSPEDALIERO	ACCESSI TOTALI	%
201	OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE-L'AQUILA	43551	8,4%
	OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA-AVEZZANO	37097	7,1%
	OSPEDALE CIVILE-CASTEL DI SANGRO	10325	2,0%
	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA-SULMONA	19057	3,7%
202	OSPEDALE CIVILE "GAETANO BERNABEO"-ORTONA	14986	2,9%
	OSPEDALE CIVILE RENZETTI-LANCIANO	44477	8,5%
	OSPEDALE CIVILE-ATESSA	9391	1,8%
	OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA-CHIETI	63875	12,3%
	PRESIDIO OSPEDALIERO-VASTO	33549	6,4%
203	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO-PESCARA	95262	18,3%
	OSPEDALE CIVILE S.MASSIMO-PENNE	12387	2,4%
	OSPEDALE CIVILE SS. TRINITA'-POPOLI	11791	2,3%
204	OSPED. MARIA SS.MA DELLO SPLENDORE-GIULIANOVA	26114	5,0%
	OSPEDALE "VAL VIBRATA"-SANT'OMERO	28473	5,5%
	OSPEDALE CIVILE MAZZINI-TERAMO	42894	8,2%
	OSPEDALE CIVILE SAN LIBERATORE-ATRI	27700	5,3%
Totale regionale		520929	100,0%

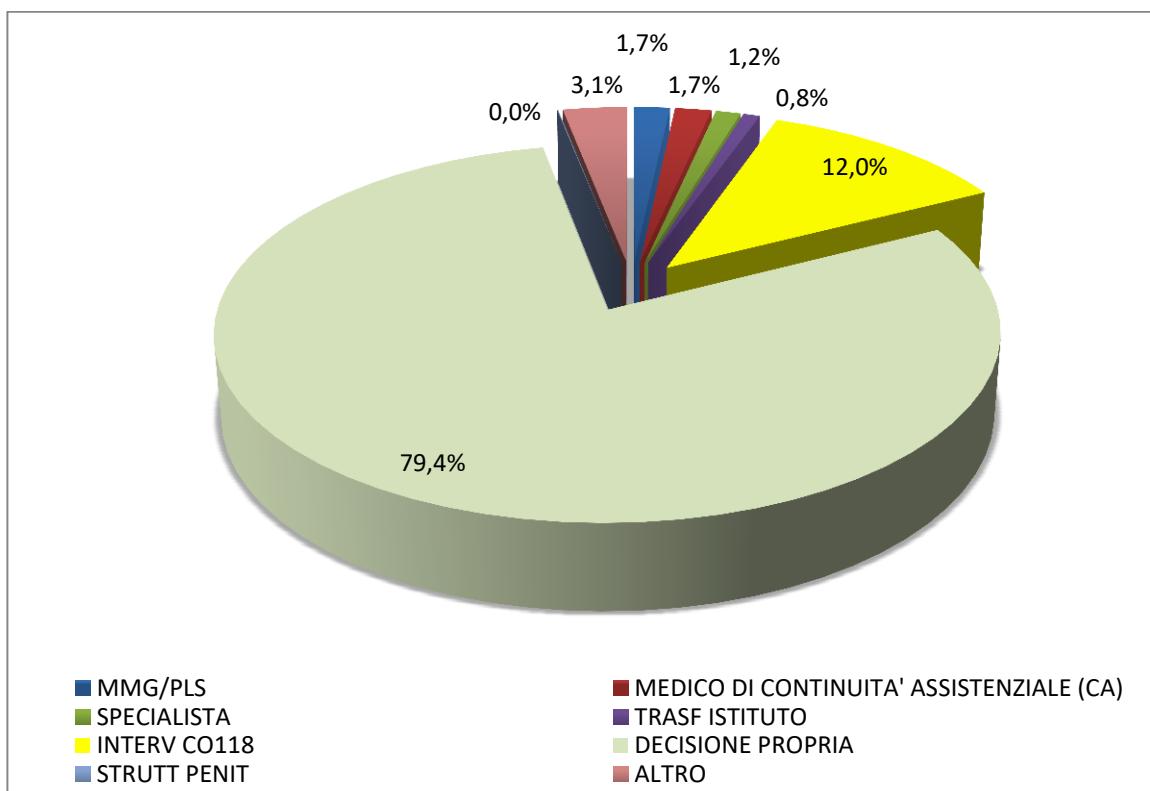
ACCESSI PER TIPOLOGIA DI INVIO

Dall'analisi dei dati estratti dal flusso EMUR si evince che per il 79,4% l'utente si rivolge al PS per "Decisione propria"; tutte le altre modalità di invio rappresentano una parte residuale degli accessi totali. Si noti come l'accesso per "Intervento del 118" rappresenta solo l'12%.

Si riporta di seguito il calcolo utilizzato per determinare le percentuali di cui sopra:

Numeratore	Accessi per TIPOLOGIA DI INVIO	X 100
Denominatore	Numero totale di accessi	

Grafico 1: Andamento degli accessi rispetto al Responsabile dell'invio anno 2017



- MMG/PLS = Medico di Medicina Generale/Pediatra libera Scelta;
- MCA= Medico di Continuità Assistenziale;
- SPEC= Specialista;
- TRASF ISITUTO= Trasferito da altro istituto;
- INTERV CO 118 = Operatore di mezzo di soccorso 118 o pubblico;
- DECISIONE PROPRIA =Comprende anche la decisione assunta da un genitore per un minore;
- STRUTT PENIT = Struttura penitenziaria.

ACCESSI PER MODALITÀ DI ARRIVO

La modalità di arrivo descrive il mezzo con cui l'assistito ha raggiunto il PS.

Con **AMBULANZA 118** si intende qualsiasi ambulanza pubblica (di aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, Croce Rossa Italiana ed associazioni di pubblica assistenza o volontaristiche riconosciute) il cui intervento sia stato o meno attivato da una C.O. 118.

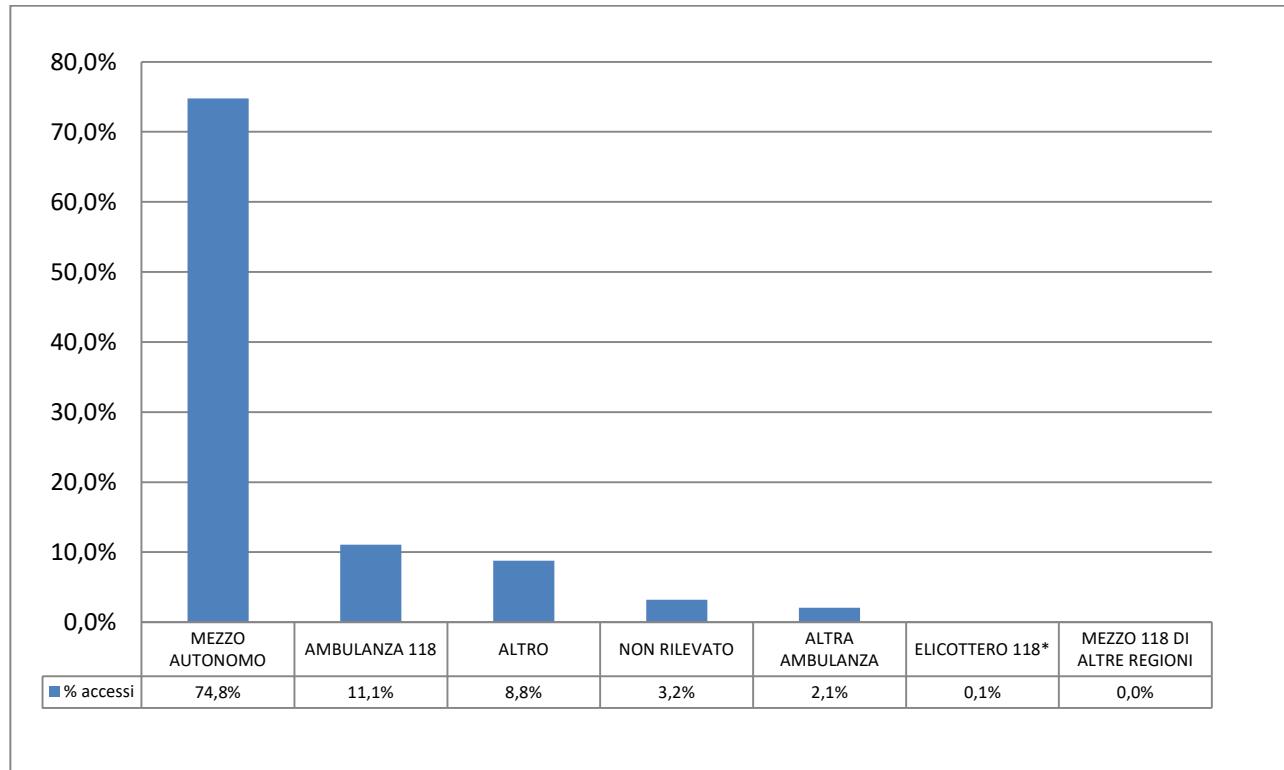
Con **MEZZO AUTONOMO** si intende il paziente arrivato con mezzi propri (personalni o di accompagnatori).

Di seguito è descritta la formula applicata per elaborare le percentuali riferite a questo indicatore.

Numeratore	Accessi per MODALITA' DI ARRIVO	X 100
Denominatore	Numero totale di accessi	

Dal grafico 2 si evince che la modalità di arrivo più frequente nel 2017 è rappresentata dall'uso del mezzo proprio, circa il 75%. Questo dato è perfettamente coerente con quanto evidenziato dall'analisi della tipologia di invio.

Grafico 2: Percentuali di accessi ai PS per modalità di arrivo. Anno 2017



*Il flusso dati relativo all'Elisoccorso non include i trasporti secondari.

TRIAGE DI ACCESSO

Il Triage indica il livello di urgenza assegnato all'assistito e quindi il livello di priorità della visita medica assegnata al paziente.

Il livello di urgenza viene codificato attraverso l'attribuzione dei seguenti colori:

- **ROSSO** – Molto critico. Priorità massima, pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure
- **GIALLO** – Mediamente critico. Priorità intermedia
- **VERDE** – Poco critico. Priorità bassa, prestazione differibile
- **BIANCO** – Non critico. Paziente non urgente
- **NERO** – Deceduto

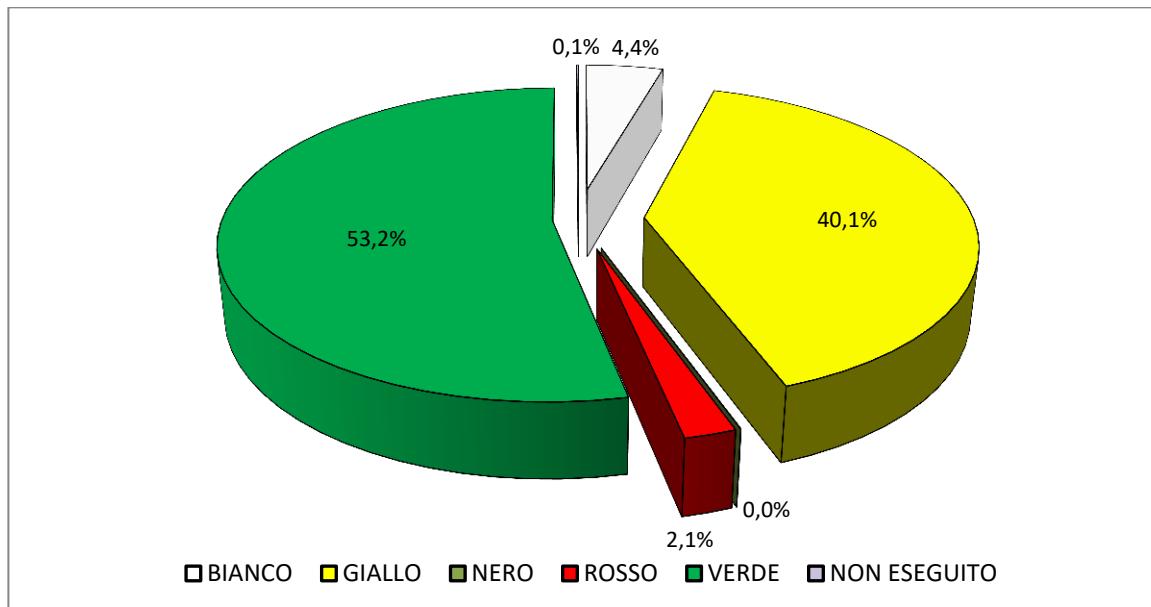
Il **NON ESEGUITO**, in coerenza con Linee Guida ottobre 2001 "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema di emergenza urgenza sanitario". (G.U. n 285 del 7/12/2001), dovrebbe essere utilizzato solo da quelle strutture in cui risultano meno di 25.000 accessi.

Si precisa che il PS di Sulmona ha incominciato ad utilizzare la codifica colore secondo le specifiche EMUR nell'anno 2015.

Le percentuali dei grafici 3, 4 sono state calcolate utilizzando la seguente formula:

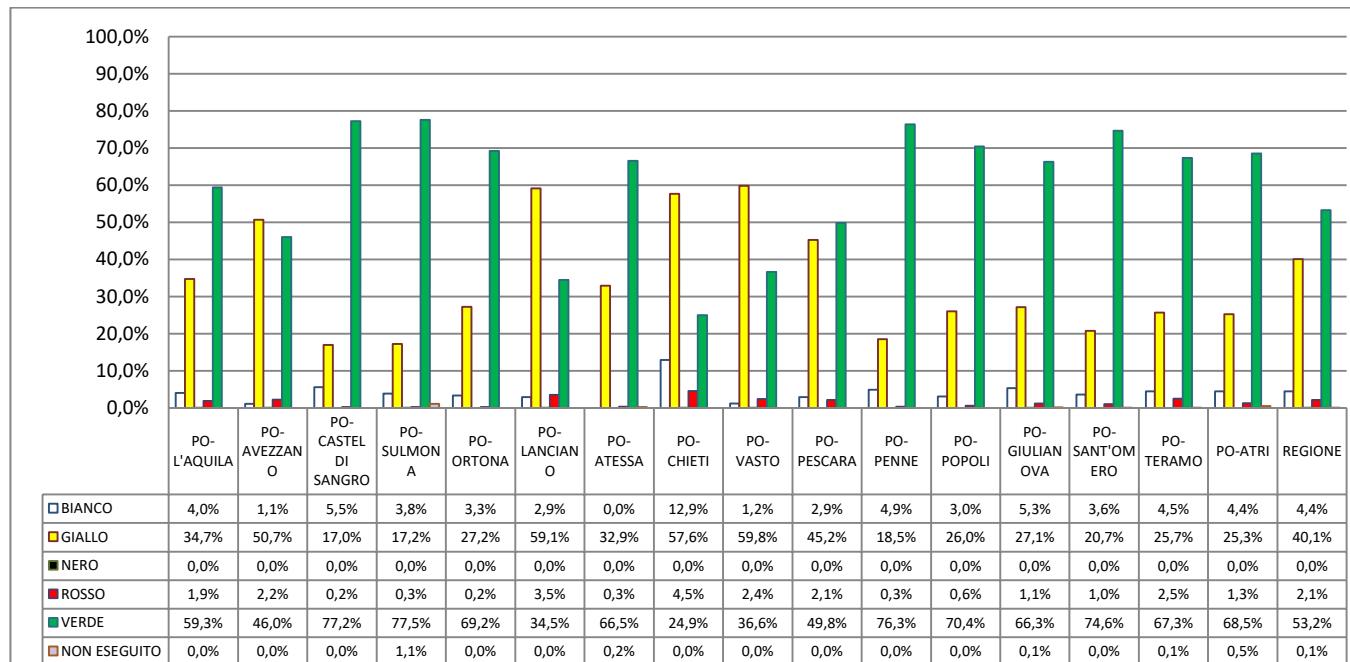
Numeratore	Accessi per TRIAGE ACCESSO	X 100
Denominatore	Numero totale di accessi	

Grafico 3: Percentuale di accessi per codice colore secondo le specifiche EMUR nella Regione Abruzzo – Anno 2017



Dal grafico 3 si nota come circa al 53% degli accessi registrati nel 2017 è stato attribuito il codice colore VERDE. Nel grafico 4 vengono rappresentati gli accessi della Regione Abruzzo, riferiti all'anno 2017, suddivisi per codice colore per singolo Presidio Ospedaliero.

Grafico 4: Percentuale di accessi per codice colore secondo le specifiche EMUR per singolo PO- Anno 2017



Nel 2017 alla maggior parte degli accessi è stato attribuito il codice **VERDE** (circa il 53% di tutti gli accessi) con una variabilità tra i vari presidi che va dal 25% di Chieti al 77,5 % di Sulmona.

Gli accessi regionali in PS con codice **ROSSO** sono stati il 2,1% con valori che vanno dallo 0,2% per i P.O. di Castel di Sangro e Ortona, al 4,5% per l'ospedale di Chieti.

I codici **GIALLI** rappresentano il 40,1% di tutti gli accessi regionali con un valore minimo pari al 17% (P.O. di Castel di Sangro) e un valore massimo di 59,8% (P.O. di Vasto).

Infine, per quanto riguarda la percentuale degli accessi regionali con codice **BIANCO** pari al 4,4% del totale, si osserva anche in questo caso una variabilità tra i vari presidi che va dallo 0% di Atessa al 13% di Chieti.

Si precisa che in questo codice confluiscano i pazienti non critici/non urgenti e che come tali possono essere trattati dalla Medicina Territoriale (MMG, PLS, MCA e Specialisti Ambulatoriali). Pertanto il loro trattamento in PS risulta essere presumibilmente inappropriato.

LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO

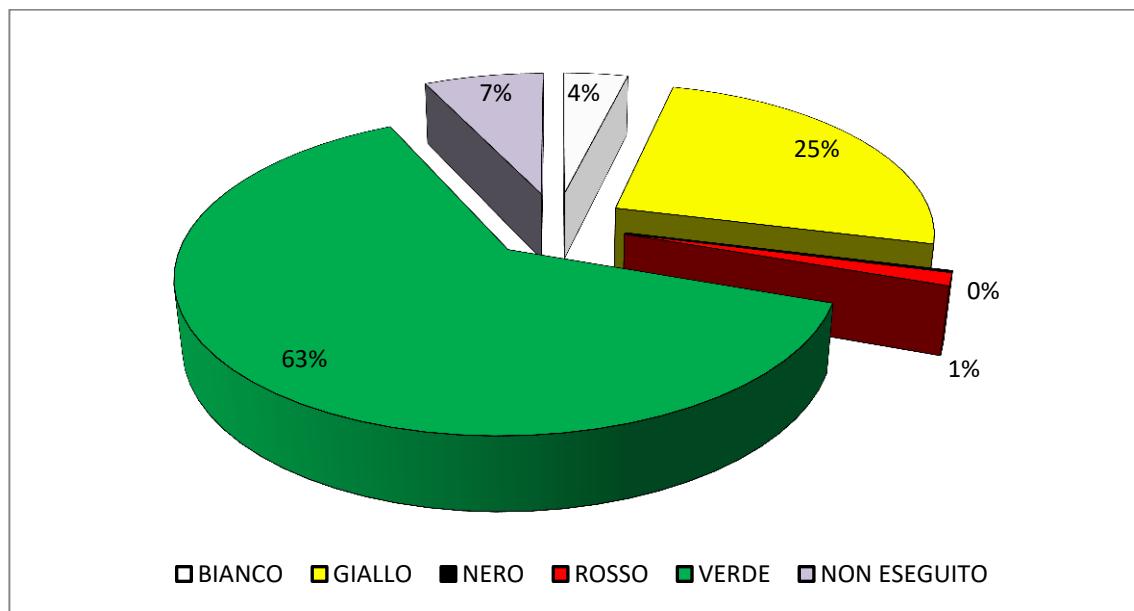
Il livello Appropriatezza Accesso indica il livello di appropriatezza dell'accesso valutato dal medico dopo la visita in Pronto Soccorso.

Anche in questo caso viene utilizzata la codifica colore secondo le specifiche EMUR per la attribuzione del livello di urgenza così come descritto nel paragrafo precedente *“Triage Accesso”*.

Le percentuali dei grafici 5-6 sono state calcolate utilizzando la seguente formula:

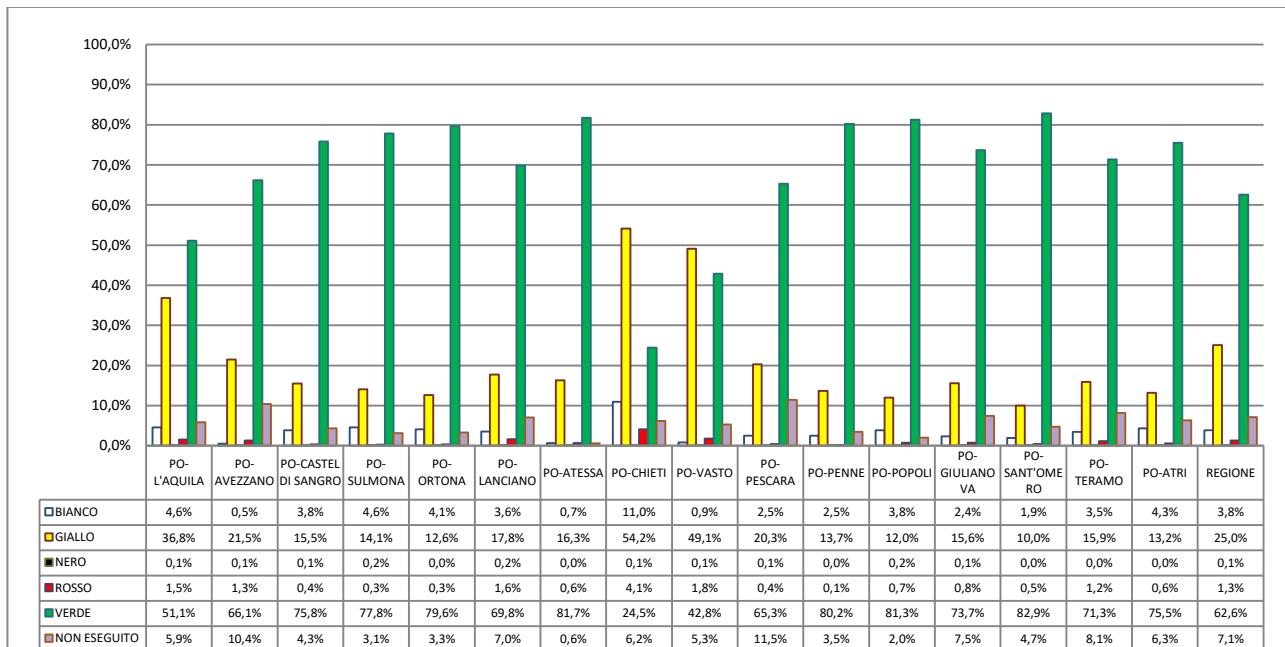
Numeratore	<u>Accessi per LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO</u>	X 100
Denominatore	Numero totale di accessi	

Grafico 5: Percentuale di accessi per Livello Appropriatezza Accesso nella Regione – Anno 2017



Il Livello Appropriatezza Accesso più alto nella Regione Abruzzo è rappresentato dal **VERDE**, circa il 63%.

Grafico 6: Percentuale di accessi per Livello Appropriatezza Accesso per singolo PO



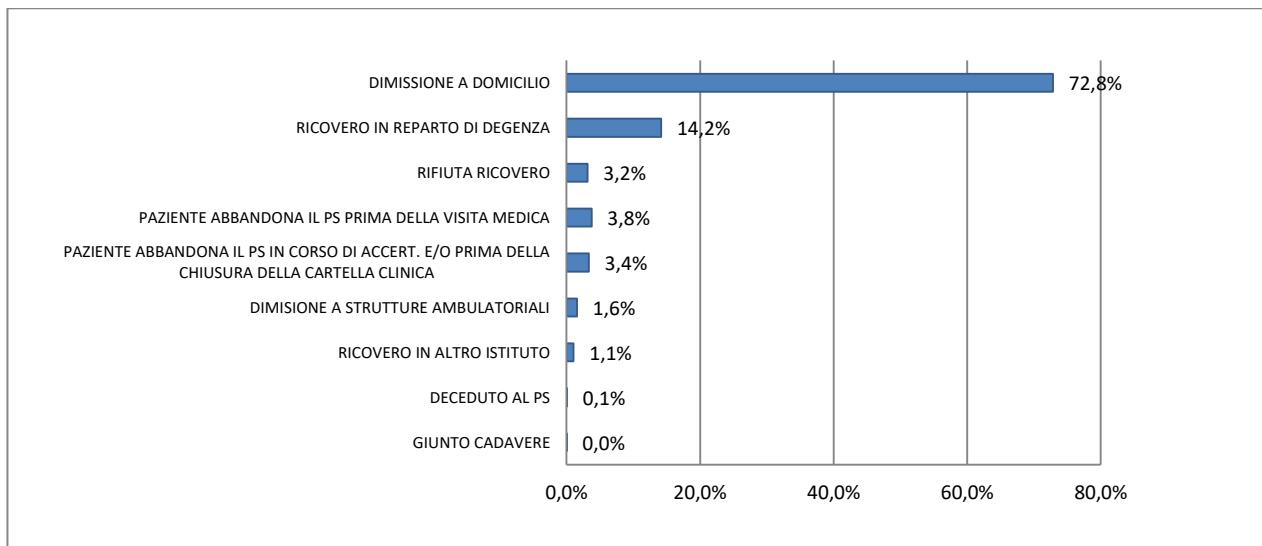
Il grafico 6 illustra, per Presidio Ospedaliero, la distribuzione degli accessi per Livello Appropriatezza Accesso (LAA). Si può notare come il P.O. di Sant’Omero con circa l’83% del LAA **VERDE** (Poco critico Priorità bassa, prestazione differibile) abbia una percentuale molto più alta della media regionale (62,6% LAA **VERDE**). Mentre il LAA **ROSSO** (Molto critico. Priorità massima) ha la percentuale più alta nel PO di Chieti (4,1%).

ESITO TRATTAMENTO

Nel grafico 7 viene riportata la distribuzione dell'ESITO TRATTAMENTO, ed è stata calcolata come segue:

Numeratore	Accessi per ESITO TRATTAMENTO	X 100
Denominatore	Numero totale di accessi	

Grafico 7: Percentuale di distribuzione dell'ESITO TRATTAMENTO nella regione Abruzzo anno 2017



Dall'analisi dei dati dal flusso EMUR si evidenzia come la “*Dimissione a domicilio*” si configura come l'esito del trattamento più rappresentativo (circa il 73% degli accessi totali) e che il “*Ricovero in reparto di degenza*” rappresenta solo il 14,2% degli accessi totali.

PROBLEMA PRINCIPALE

Con questo indicatore si è analizzato il Problema Principale riscontrato/percepito al momento del Triage. Quindi è un problema rilevato dall'infermiere triagista.

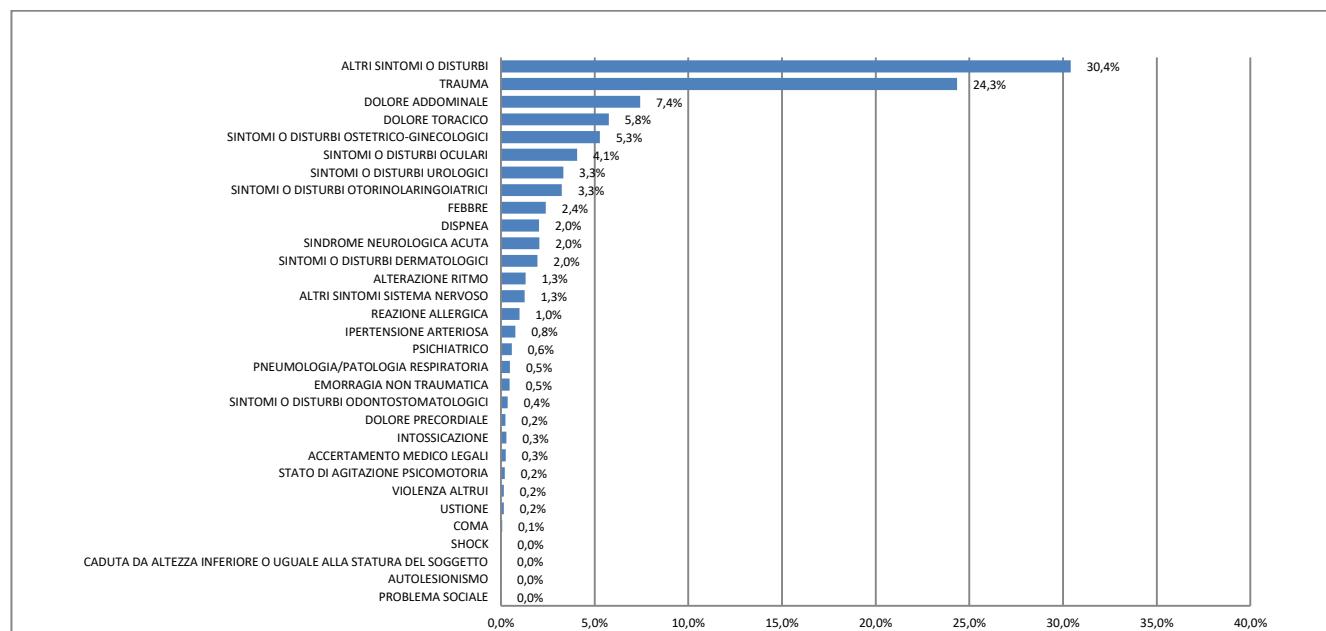
I problemi principali ammessi nel Flusso EMUR sono riportati nella seguente tabella:

Elenco Problema Principale	
01 Coma	17 Sintomi o disturbi oculistici
02 Sindrome neurologica acuta	18 Sintomi o disturbi otorinolaringo-oltrari
03 Altri sintomi sistema nervoso	19 Sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici
04 Dolore addominale	20 Sintomi o disturbi dermatologici
05 Dolore toracico	21 Sintomi o disturbi odontostomatologici
06 Dispnea	22 Sintomi o disturbi urologici
07 Dolore precordiale	23 Altri sintomi o disturbi
08 Shock	24 Accertamenti medico legali
09 Emorragia non traumatica	25 Problema sociale
10 Trauma	26 Caduta da altezza inferiore o uguale alla statura del soggetto
11 Intossicazione	27 Ustione
12 Febbre	28 Psichiatrico
13 Reazione allergica	29 Pneumologia/ Patologia Respiratoria
14 Alterazioni del ritmo	30 Violenza Altrui
15 Ipertensione arteriosa	31 Autolesionismo
16 Stato di agitazione psicomotoria	

Le percentuali del grafico 8 sono state calcolate utilizzando la seguente formula:

Numeratore	Accessi per PROBLEMA PRINCIPALE	X 100
Denominatore	Numero totale di accessi	

Grafico 8: Percentuale degli accessi per Problema Principale



Il problema principale per cui i pazienti accedono al Pronto Soccorso riguarda soprattutto "Altri Segni e Sintomi" (30,4%) seguito dal "Trauma" (24,3%).

QUOTA DI ACCESSI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

I servizi di Pronto Soccorso si collocano al confine tra i servizi di assistenza territoriale ed i servizi di assistenza ospedaliera, garantendo la loro disponibilità 7 giorni alla settimana e 24 ore al giorno.

Il Pronto Soccorso per sua natura deve rispondere in maniera celere e appropriata alle urgenze; pertanto la valutazione del rischio di inappropriatezza delle prestazioni erogate in PS deve essere effettuata a partire dall'analisi del livello di urgenza delle suddette prestazioni, identificato dal codice triage attribuito all'accoglienza.

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

L'analisi degli accessi a rischio di inappropriatezza permette di:

- valutare la quota di attività che potrebbe essere svolta nei servizi di assistenza territoriale e quindi potenzialmente filtrabile per diminuire il carico di lavoro dei PS
- stimare la domanda insoddisfatta di prestazioni di assistenza territoriale
- ridurre i tempi di attesa nel PS.

Per il calcolo degli accessi potenzialmente inappropriati che hanno come Triage il colore BIANCO si è utilizzata la seguente formula.

Numeratore

Accessi in PS che soddisfano almeno una delle seguenti condizioni:

- triage bianco ed esito:
 - “a domicilio”;
 - “il paziente abbandona il PS prima della visita medica”;
 - “il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura del referto”.

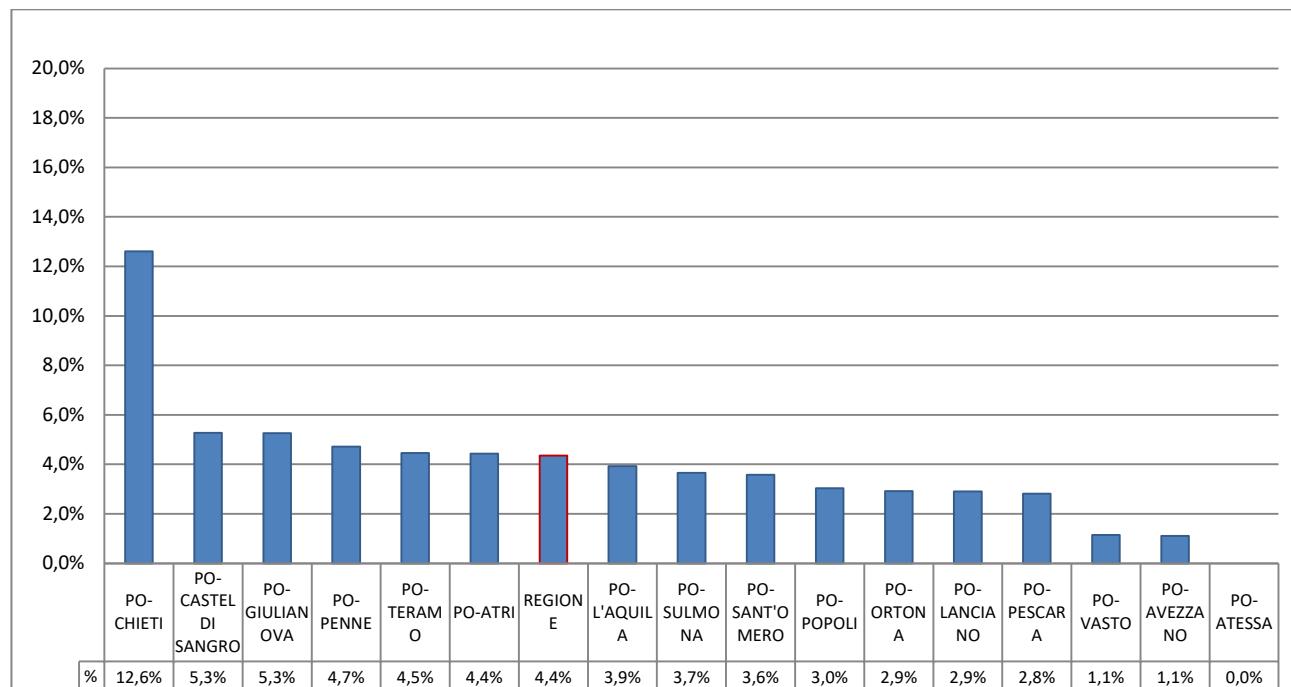
Denominatore

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

Il grafico 9 rappresenta la percentuale degli accessi inappropriati per PO identificandoli come accessi con Triage BIANCO che hanno come esito del trattamento o la “*Dimissione a domicilio*” o “*Il paziente abbandona il PS prima della visita medica*” o “*Il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica*”.

Dai dati del grafico si evince che la percentuale media regionale è del 4,4% . Il PS dell' Ospedale di Chieti è quello che presenta la percentuale di inappropriatezza di accessi per i codici bianchi più alta (12,6%).

Grafico 9 : Percentuale accessi a rischio di inappropriatezza per PO – CODICE BIANCO



Per il calcolo degli accessi potenzialmente inappropriati che hanno come Triage il colore VERDE si è utilizzata la seguente formula:

Numeratore

Accessi in PS che soddisfano almeno una delle seguenti condizioni:

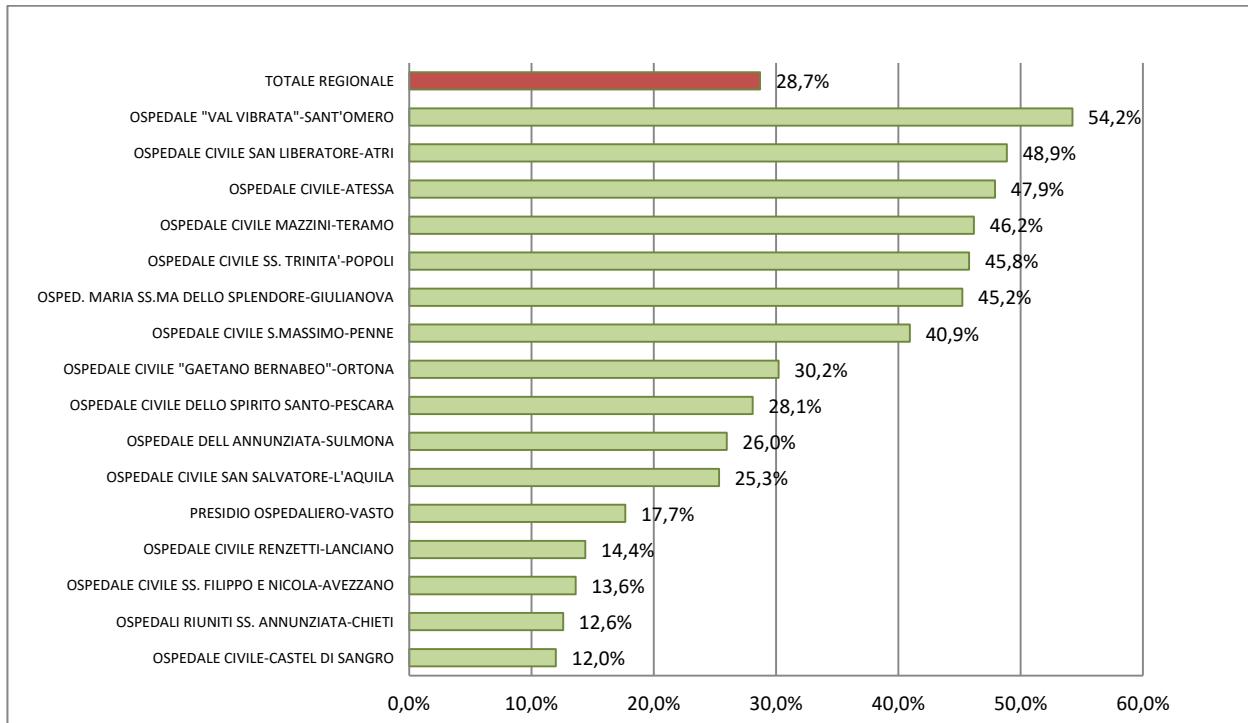
- triage verde ed esito “a domicilio” con unica prestazione visita generale
- invio diverso da
 - a) MMG;
 - b) Pediatra di Libera Scelta;
 - c) Specialista;
 - d) Medico della Continuità Assistenziale;
 - e) Operatore di mezzo di soccorso 118.

Denominatore

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

Questi dati risentono della criticità legata all’identificazione della visita specialistica attraverso il codice ICD9-CM. Infatti questa viene definita con lo stesso identificativo della visita generale.

Grafico 10: Percentuale accessi a rischio di inappropriatezza per PO – CODICE VERDE



Il grafico 10 illustra per singolo presidio ospedaliero la percentuale degli accessi che hanno come codice Triage il colore VERDE, che siano essi esitati in dimissione a domicilio con una unica visita generale da parte del medico del PS e che nel tracciato EMUR la tipologia di Invio sia la *“Decisione propria”*.

La media regionale rappresentata in tabella è del 28,7% con una variabilità che va dall' 12 % del P.O. di Castel di Sangro al 54,2% del P.O. di Sant'Omero.

ACCESSI IN PS RIPETUTI ENTRO 24 H

Il Pronto Soccorso ha come obiettivo quello di rispondere adeguatamente alla richiesta di assistenza in emergenza proveniente da un paziente in determinate condizioni cliniche.

Normalmente l'esito della prestazione per cui il paziente si è presentato in PS dovrebbe prevedere la risoluzione del problema e una dimissione a domicilio o con ricovero.

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

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

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

Anche questo dato presenta delle criticità legate sia alle modalità organizzative di alcuni PO in cui non è prevista la guardia attiva di alcune specialità, determinandosi così la necessità di "rientro" del paziente in urgenza differita, sia dalla difficoltosa estrazione dei controlli in gravidanza dal totale degli accessi per mancanza di codici identificativi ad hoc.

Questo indicatore è stato così calcolato:

Numeratore

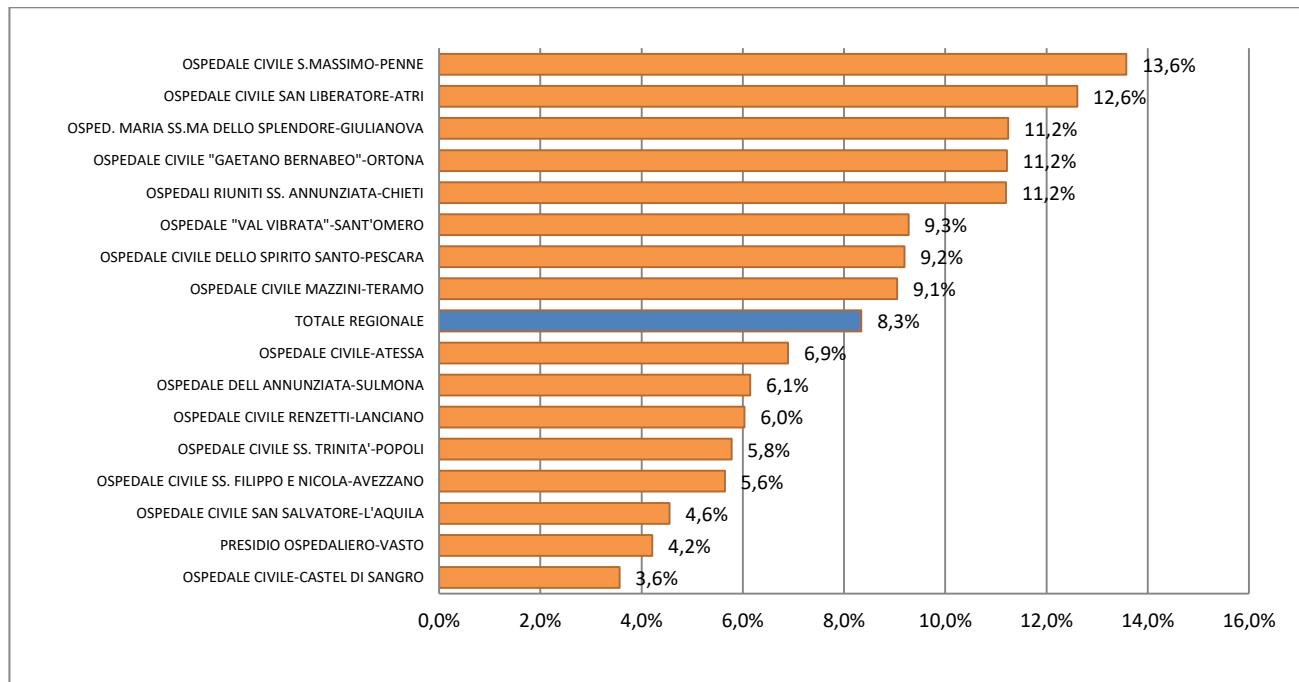
Accessi in Pronto Soccorso ripetuti dalla stessa persona nello stesso PS entro 24 h dalla dimissione a domicilio dell'accesso precedente

Denominatore

Accessi in Pronto soccorso con esito dimissione a domicilio

Nel grafico 11 vengono riportati le percentuale degli accesi ripetuti nelle 24H.

Grafico 11: Percentuale degli accessi in PS ripetuti nelle 24 H per PO



La media regionale della percentuale degli accessi ripetuti entro le 24 H dalla stessa persona nello stesso presidio ospedaliero è pari all' 8,3%. La distribuzione di questo dato presenta una variabilità tra i singoli PO che oscilla da una valore minimo pari al 3,6% del PO di Castel di Sangro, ad un valore massimo pari al 13,6% del PO di Penne.