

ANNO 2014

REPORT - ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO



REPORT - ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

ANNO 2014

Autori :

Manuela Di Virgilio
Vita Di Iorio
Vito Di Candia
¹Alfonso Mascitelli

Collaboratori:

Guido Angeli
Tiziana Di Corcia
Simona Martines

Si ringrazia “Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche ed Emergenza Sanitaria” del Dipartimento per la Salute e per il Welfare

¹ Commissario Straordinario ASR Abruzzo

SOMMARIO

PREMESSA	3
MATERIALI E METODI	4
STATO DELL'ARTE DELL' OFFERTA DELLA RETE EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE ABRUZZO AL GIUGNO 2014	5
Tabella 1: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - ANNO 2014.....	5
Tabella 2: Sedi di Continuità Assistenziale.....	6
Tabella 3: Rete dell'Emergenza-Urgenza	7
ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO	8
Tabella 4: Accessi Totali in Pronto Soccorso -ANNO 2014.....	8
Grafico 1: Andamento deli accessi al PS per mesi di monitoraggio.....	9
ACCESSI PER TIPOLOGIA DI INVIO	10
Tabella 5: Andamento degli accessi rispetto al Responsabile dell'invio.....	10
ACCESSI PER MODALITÀ DI ARRIVO	11
Grafico 2: Percentuali di accessi ai PS per modalità di arrivo.....	11
TRIAGE DI ACCESSO	12
Grafico 3: % di accessi per codice colore secondo le specifiche EMUR nella Regione Abruzzo ..	13
Tabella 6: % di accessi per codice colore secondo le specifiche EMUR per singolo PO	13
LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO	15
Grafico 4: % di accessi per Livello Appropriatezza Accesso nella Regione.....	15
Tabella 7: % di accessi per Livello Appropriatezza Accesso per singolo PO	16
CONFRONTO TRA TRIAGE DI ACCESSO E IL LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO	17
Tabella 8: Confronto tra il Triage Accesso e Livello Appropriatezza – CODICE BIANCO	17
Tabella 9: Confronto tra il Triage Accesso e Livello Appropriatezza Accesso – CODICE VERDE	18
Tabella 10: Confronto tra il Triage Accesso e Livello Appropriatezza – CODICE GIALLO	18
Tabella 11: Confronto tra il Triage Accesso e Livello Appropriatezza – CODICE ROSSO	19
ESITO TRATTAMENTO	20
Grafico 5: : % di distribuzione dell'ESITO TRATTAMENTO nella regione Abruzzo nel I trimestre 2014	20
QUOTA DI ACCESSI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	21
Tabella 12: % accessi a rischio di inappropriatezza per PO – CODICE BIANCO	22
Tabella 13: % accessi a rischio di inappropriatezza per PO – CODICE VERDE	23
ACCESSI IN PS RIPETUTI ENTRO 24 H	24
Tabella 5: % degli accessi in PS ripetuti nelle 24 H per PO	25
CONCLUSIONI	26

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.

Si ringrazia il “Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche ed Emergenza Sanitaria” del Dipartimento per la Salute e per il Welfare.

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 stata 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 2014.
- 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*”.

STATO DELL'ARTE DELL' OFFERTA DELLA RETE EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE ABRUZZO AL GIUGNO 2014

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 è impegnata alla ridefinizione delle Postazioni Territoriali del Sistema 118 basata non solo sulla definizione di un fabbisogno elaborata secondo la formula Agenas contenuta nella Rivista Monitor 27/11 ma anche integrata con fattori di correzione.

Attualmente le Postazioni Territoriali Attive sul territorio abruzzese sono riportate nella tabella 1 di seguito:

Tabella 1: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - ANNO 2014

C.O. 118	POSTAZIONI ATTIVE ANNO 2014	
	MSA	MSB
AVEZZANO/SULMONA/L'AQUILA	L'AQUILA	PESCARA
	AVEZZANO	POPOLI
	SULMONA	PENNE
	CASTEL DI SANGRO	MONTESILVANO
	CARSOLO	CATIGNANO (H12)
	NAVELLI (INDIA H12 DIURNO)	PIANELLA (H12)
	MONTEREALE (INDIA H12 NOTTURNO)	SCAFÀ
	PESCASSEROLI (INDIA H12 NOTTURNO)	TOTALE N.7
	PESCARA	
	TAGLIACOZZO	PESCARA SUD
PRATOLA S.ELIGIA/OVINDOLI	PRATOLA S.ELIGIA (INDIA H12 DIURNO)	PESCARA NORD
	OVINDOLI H12 (stagionale lun-dom)	PESCARA CENTRO (H12)
	TOTALE N.4 (4 INDIA)	TOTALE N.3
	MSB	MSA
	VALLE ROVETO (H12 DIURNO)	TERAMO
CHIETI/PISSO LANCIANO/VASTO/CHIETI	L'AQUILA	ATRI
	SULMONA (H12 DIURNO)	GULIANOVA (estivo H24 non estivo H12)
	ROCCARASO H12 (stagionale giov-dom)	SANT'OMERO
	TOTALE N.3	SILVI (INDIA)
	MSA	ROSETO (H12 DIURNO) (INDIA)
	CHIETI/PASSO LANCIANO	ALBA ADRIATICA (INDIA)
	ORTONA	ISOLA G.S. (INDIA)
	FRANCARIVILLA (estivo H24 non estivo H12)	BISENTI (H12 DIURNO) (INDIA)
	GUARDIA GRELE	TOTALE N.9 (5 INDIA)
	LANCIANO	MSB
GISSI/ATESSA/CASOLI/CHIETI/CASTIGLIONE M.M./VILLA SANTA MARIA	VASTO	MONTORIO (H12 DIURNO)
	GISSI	SANT'EGIDIO (H12 DIURNO)
	ATESSA	NOTARESCO (H12 NOTTURNO)
	CASOLI	MARTINSICURO (estivo H24 non estivo H12)
	CHIETI	GULIANOVA
	CASTIGLIONE M.M. (H12 INDIA) DIURNO	TERAMO
	TOTALE N.11 (11 INDIA)	TERAMO (H12)
	MSB	TOTALE N.7
	VILLA SANTA MARIA (H12 DIURNO)	
	TOTALE N.1	
TOTALE GENERALE 52 POSTAZIONI TERRITORIALI (38 MSA di cui 10 INDIA +14 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)

Tabella 2: 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 DEMETRIO NE VESTINI
		TORNIMPARIE
	AREA MARSICA	AVEZZANO
		BALSORANO
		CARSO LI
		CELANO
		CIVITELLA RO VERO
		PESCARA
PESCARA	AREA PELIGNO SANGRINA	TAGLIACOZZO
		TRASACCIO
		CASTEL DI SANGRO
		CASTELVECCHIO SUBEQUO
		PESCASEROLI
		PESCO COSTANZO
	PESCARA	PRATO LA PELIGNA
		SCANNO
		SULMONA

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
LANCIANO-VASTO-CHIETI	VASTO	CASALBORDINO
		SAN SALVO
		VASTO
	CHIETI	CHIETI
		FRANCAVILLA
		MIGLIANICO
	ORTONA	ORTONA
		TOLLO
		FOSSACESIA
	LANCIANO	LANCIANO
		ATESSA
		CASOLI
SANGRO AVENTINO	SANGRO AVENTINO	LAMA DEI PELIGNI
		PIZZO FERRATO
		TORICELLA PELIGNA
	GUARDIA GRELE	VILLA SANTA MARIA
		GUARDIA GRELE
		ORSO GNA
ALTO VASTESE	ALTO VASTESE	CASTIGLIONE MESSER MARINO
		GISSI
		CARUNCHIO
		PALMOLI

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

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
TERAMO	ATRI	ATRI
		BISENTI
		SILVI
TERAMO	MONTORIO	ISO LA del GRAN SASSO
		MONTORIO al VOMANO
		GIGLIANOVA
TERAMO	ROSETO	MOSCIANO SANT'ANGELO
		NOTARESCO
		ROSETO degli ABRUZZI
VAL VIBRATA	TERAMO	ROCCA SANTA MARIA
		TERAMO
		MARTINSICURO
VAL VIBRATA	SANTEGIDIO alla VIBRATA	SANTEGIDIO alla VIBRATA
		TORTORETO

I Punti di Primo Intervento sono individuati all'interno dei presidi di ASL, riconvertiti in PDTA 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.

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 la Deliberazione ad Acta n. 45 del 5 agosto 2010 la Regione ha stabilito la riconversione di 5 Presidi Ospedalieri in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) H24 con funzioni di punti di Primo Intervento (PPI), le cui dimensioni non risultavano in linea con i parametri di sicurezza ed efficacia dei presidi ospedalieri, nonché di corrispondenza all'effettivo fabbisogno della popolazione.

Tali riconversioni risultano completate per Casoli, Gissi, Pescina e Tagliacozzo, anche se per quest'ultimo con obbligo di Pronto Soccorso per effetto delle sentenze della giustizia amministrativa, mentre è ancora in corso la riconversione di Guardiagrele a causa del contenzioso in atto.

La rete dell'emergenza complessiva risulta dunque formata dalle seguenti strutture:

Tabella 3: Rete dell'Emergenza-Urgenza

TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	NUMERO	SEDE
DIPARTIMENTI DI EMERGENZA-URGENZA DI II LIVELLO	0	
DIPARTIMENTI DI EMERGENZA-URGENZA DI I LIVELLO	4	1) L'Aquila 2) Chieti 3) Pescara 4) Teramo
PRESIDI OSPEDALIRI SEDI DI PRONTO SOCCORSO	12	1) Ospedale Civile Ss. Filippo E Nicola-Avezzano ASL 201 2) Ospedale Dell Annunziata-Sulmona ASL 201 3) Ospedale Civile-Castel Di Sangro ASL 201 4) Ospedale Civile Renzetti-Lanciano ASL 202 5) Presidio Ospedaliero-Vasto ASL 202 6) Ospedale Civile Renzetti-Lanciano ASL 203 7) Presidio Ospedaliero-Vasto ASL 203 8) Ospedale Civile S.Massimo - Penne ASL 203 9) Ospedale Civile Ss. Trinita'-Popoli ASL 203 10) Ospedale Civile San Liberatore-Atri ASL 204 11) Ospedale Maria Ss. Madre Dello Splendore-Giulianova ASL 204 12) Ospedale "Val Vibrata"- Sant'omero ASL 204
PTA SEDI DI PRONTO SOCCORSO	2	1) Ospedale Civile Umberto I-Tagliacozzo ASL 201 2) Ospedale Maria Ss. Immacolata-Guardiagrele ASL 202
PTA SEDI DI PUNTI DI PRIMO INTERVENTO	3	1) Pescina ASL 201 2) Casoli ASL 202 3) Gissi ASL 202

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

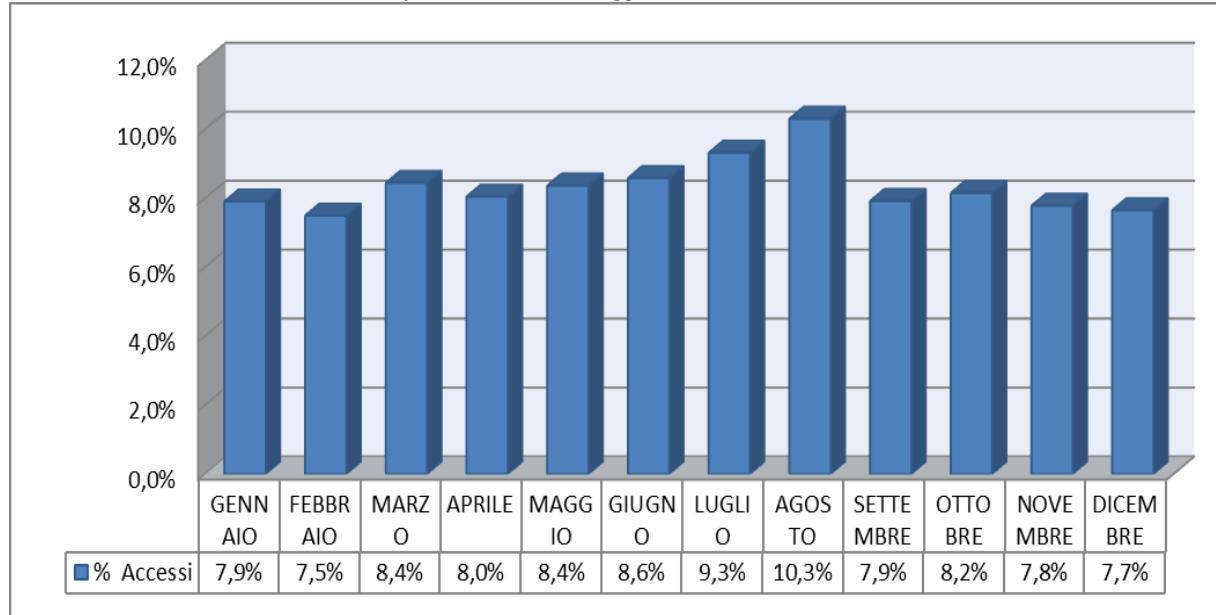
Nell'anno 2014 sono stati registrati nei PS della Regione Abruzzo 533.149 accessi; di questi, circa il 91% è relativo a prestazioni erogate a pazienti residenti in Regione (tabella 2). È stata calcolata anche la percentuale di accessi in PS di pazienti residenti nella ASL in cui insiste il PS (Numero di accessi intra-Asl / Numero di accessi dei residenti in Regione), da cui si evidenzia che il Presidio Ospedaliera di Chieti (67,0%) ed il P.O. di Popoli (75,6%) sono quelli in cui accedono di più persone non residenti nella ASL. Tali dati risultano essere in linea con quelli rilevati nei report sugli accessi al PS (anno 2010: 565.013 accessi e anno 2011: 562.340 accessi) già pubblicati dall'ASR Abruzzo (<http://www.asrabruzzo.it/report-epidemiologici.html>).

Tabella 4: Accessi Totali in Pronto Soccorso -ANNO 2014

ASL	PRESIDIO	ACCESSI TOTALI	% Accessi residenti in Regione	% Accessi intra ASL
201	OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE-L'AQUILA	36.581	86,3%	96,6%
201	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA-SULMONA	22.974	92,8%	94,6%
201	OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA-AVEZZANO	37.464	88,4%	98,5%
201	OSPEDALE CIVILE-CASTEL DI SANGRO	8.998	58,8%	82,7%
201	OSPEDALE CIVILE UMBERTO I-TAGLIACOZZO	7.565	76,2%	99,1%
202	OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA-CHIETI	65.571	93,9%	66,8%
202	OSPEDALE CIVILE RENZETTI-LANCIANO	41.427	95,7%	98,7%
202	PRESIDIO OSPEDALIERO-VASTO	32.951	85,0%	99,0%
202	OSPEDALE CIVILE-ATESSA	10.426	96,7%	99,3%
202	OSPEDALE MARIA SS. IMMACOLATA-GUARDIAGRELE	8.909	97,1%	97,7%
202	OSPEDALE CIVILE "GAETANO BERNABEO"-ORTONA	18.462	94,4%	95,5%
203	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO-PESCARA	95.696	93,8%	87,0%
203	OSPEDALE CIVILE S.MASSIMO-PENNE	14.415	98,1%	92,7%
203	OSPEDALE CIVILE SS. TRINITA'-POPOLI	11.718	96,0%	75,1%
204	OSPEDALE CIVILE MAZZINI-TERAMO	40.302	94,6%	97,6%
204	OSPED. MARIA SS. MA DELLO SPLENDORE-GIULIANOVA	24.310	86,9%	95,9%
204	OSPEDALE CIVILE SAN LIBERATORE-ATRI	28.547	91,5%	81,4%
204	OSPEDALE "VAL VIBRATA"-SANTOMERO	26.833	88,7%	97,8%
TOTALE REGIONALE		533.149	91,3%	

Di seguito si riportano il Grafico 1 relativo all'andamento degli accessi nel PS per ciascun mese di rilevazione

Grafico 1: Andamento dei accessi al PS per mesi di monitoraggio



Si può notare come nei mesi estivi (luglio e agosto) sono quelli che presentano gli accessi più alti.

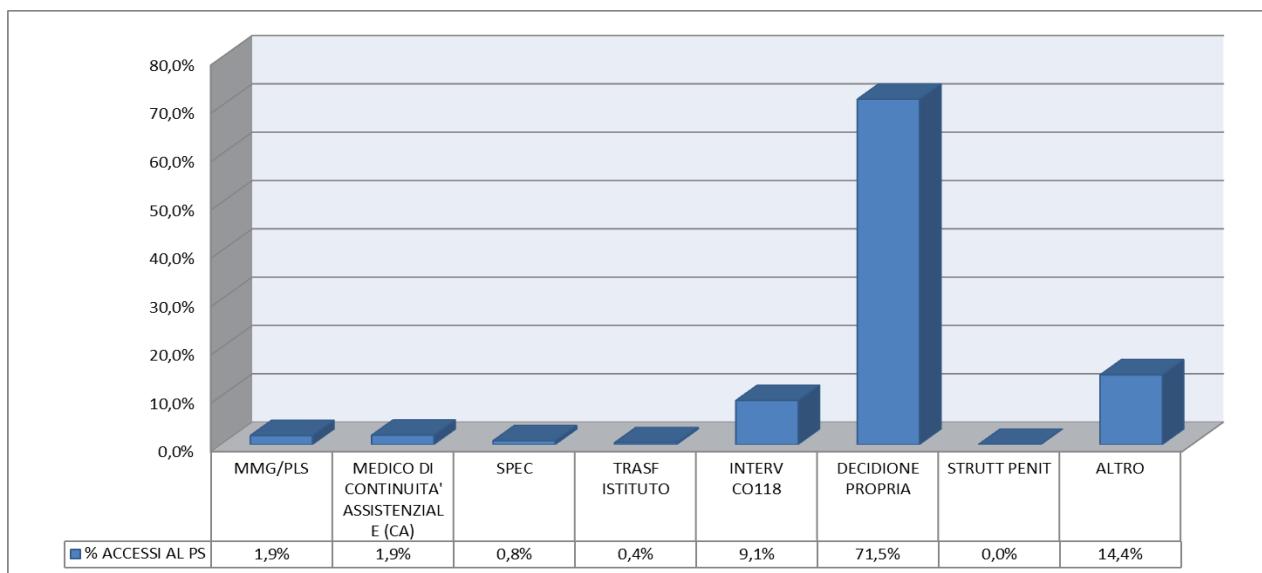
ACCESSI PER TIPOLOGIA DI INVIO

Dall'analisi dei dati estratti dal flusso EMUR si evince che nel 71,5% 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'9% circa.

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	

Tabella 5: Andamento degli accessi rispetto al Responsabile dell'invio



- 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.

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.

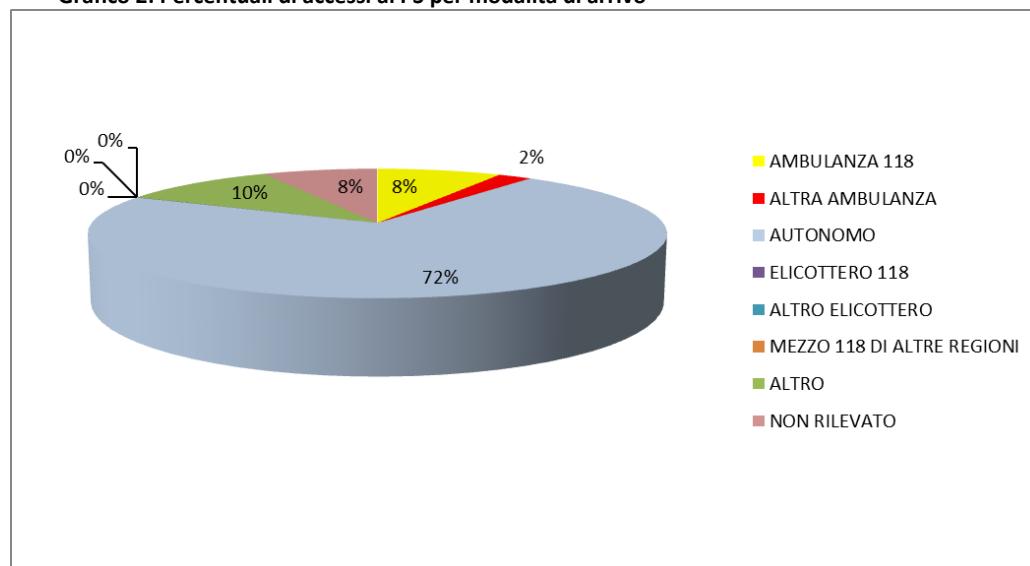
Con **MEZZO AUTONOMO** si intende il paziente arrivato con mezzi propri (personalni o di accompagnatori).

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 è rappresentata dall'uso del mezzo proprio, circa il 72% . 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



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 i PS di Sulmona e Tagliacozzo, non utilizzando la codifica colore secondo le specifiche EMUR, sono stati esclusi da questo indicatore.

Le percentuali del grafico 3 e della tabella 6 sono state calcolate utilizzando la seguente formula:

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

Grafico 3: % di accessi per codice colore secondo le specifiche EMUR nella Regione Abruzzo

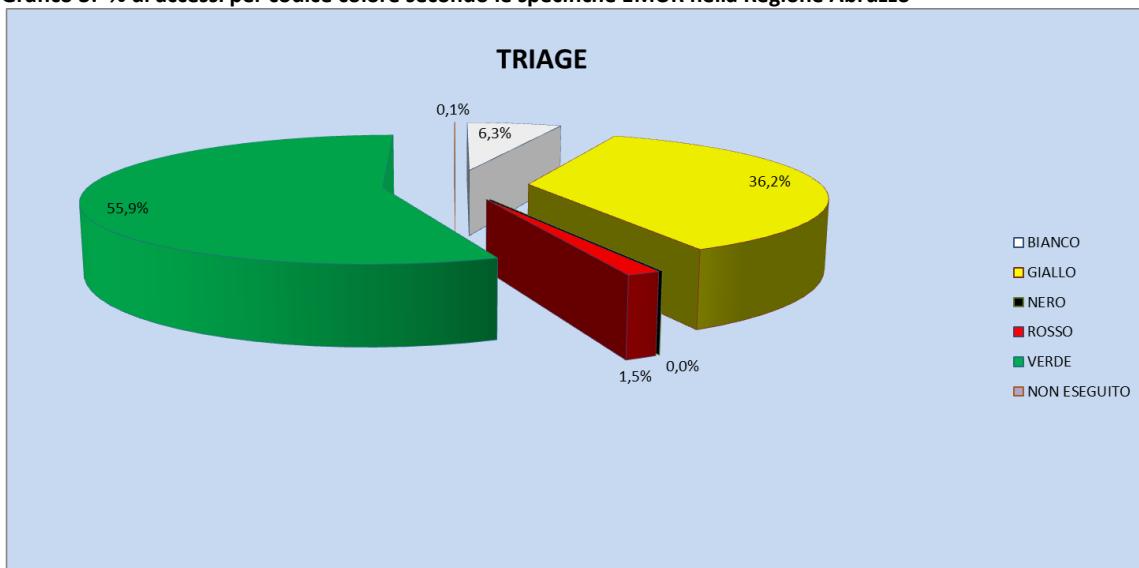
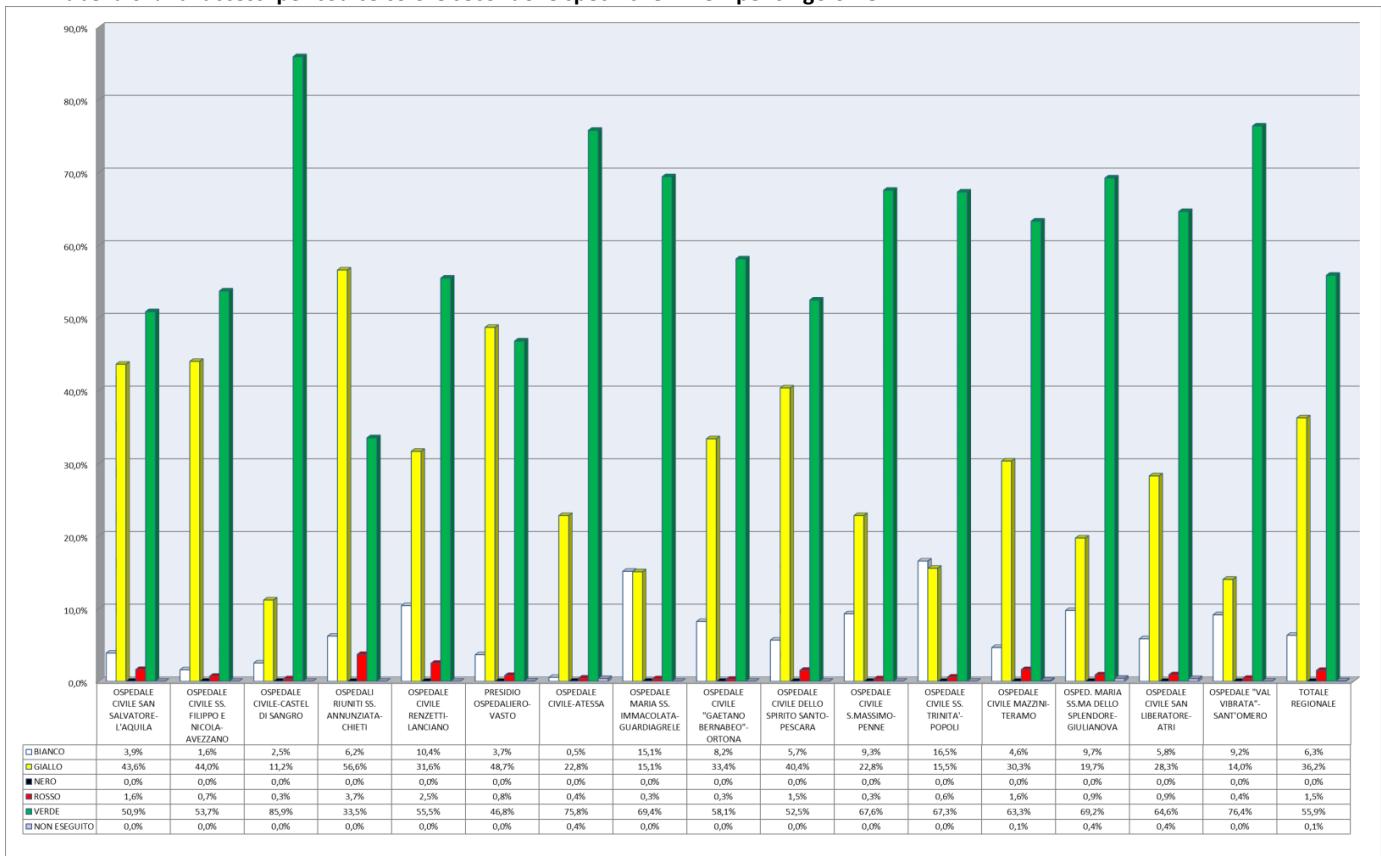


Tabella 6: % di accessi per codice colore secondo le specifiche EMUR per singolo PO



Nell' anno 2014, alla maggior parte degli accessi è stato attribuito il codice **VERDE** (circa il 56% di tutti gli accessi) con una variabilità tra i vari presidi che va dal 33,5% di Chieti all' 85,9% di Castel di Sangro.

Gli accessi regionali in PS con codice **ROSSO** sono stati l'1,5% con valori che vanno dal 0,3 % per gli Ospedali di Guardiagrele, Ortona, Castel di Sangro e Penne al 3,7% per l'ospedale di Chieti.

I codici **GIALLI** rappresentano circa il 36% di tutti gli accessi regionali con una valore minimo pari al 11,2 % (PO di Castel di Sangro) a un valore massimo di 56,6 (PO di Chieti).

Infine, per quanto riguarda la percentuale degli accessi regionali con codice **BIANCO** pari a circa il 6 % del totale, si osserva anche in questo caso una variabilità tra i vari presidi che va dal 0,5 di Atessa al 16,5 % di Popoli.

Si precisa che in questo codice confluiscono 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

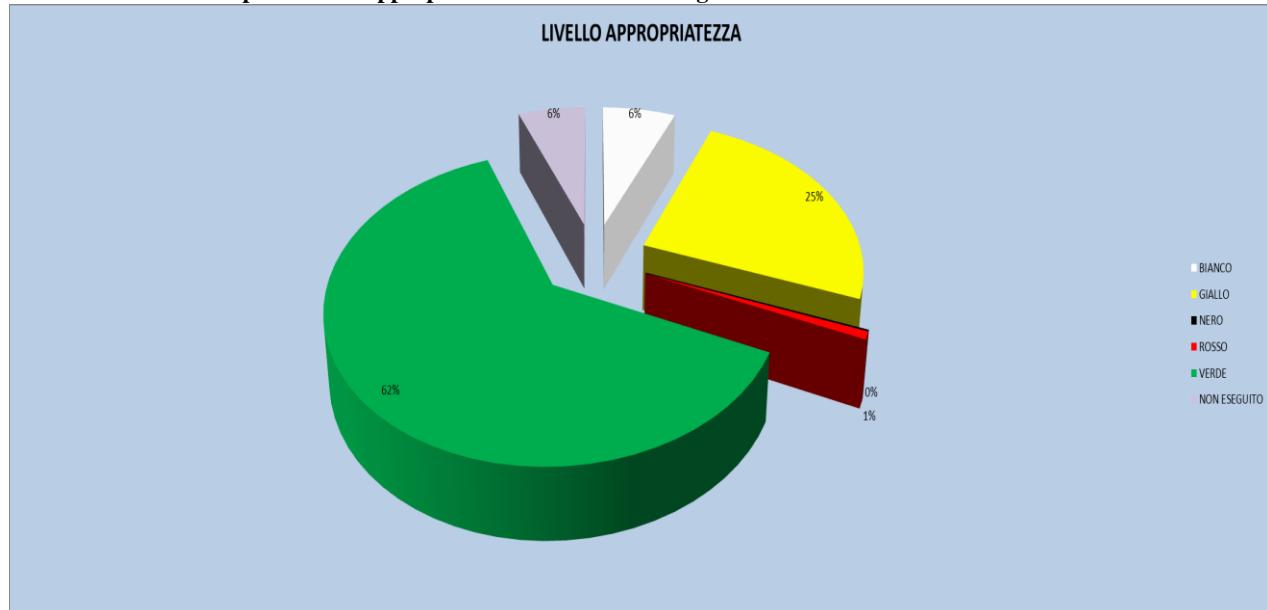
Il livello Appropriatezza Accesso indica il livello di appropriatezza dell'accesso valutato dal medico dopo la visita in Pronto Soccorso.

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 del grafico 4 e della tabella 7 sono state calcolate utilizzando la seguente formula:

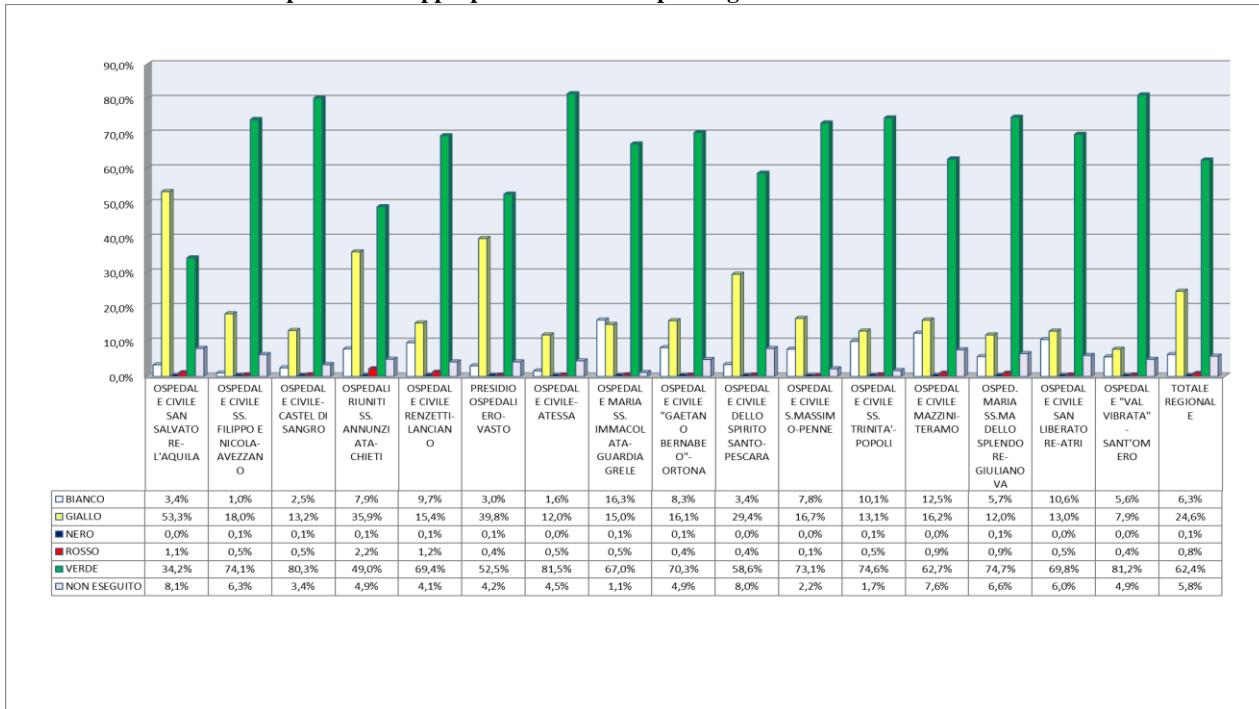
Numeratore	Accessi per LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO	
		x 100
Denominatore	Numero totale di accessi	

Grafico 4: % di accessi per Livello Appropriatezza Accesso nella Regione



Il Livello Appropriatezza Accesso più alto nella Regione Abruzzo è rappresentato dal **VERDE** circa il 62%

Tabella 7: % di accessi per Livello Appropriatezza Accesso per singolo PO



La tabella 7 illustra, per Presidio Ospedaliero, la distribuzione degli accessi per Livello Appropriatezza Accesso (LAA). Si può notare come il PO di Atessa con l'81,5% del LAA **VERDE** (Poco critico. Priorità bassa, prestazione differibile) è molto più alta della media regionale (62,4 % LAA **VERDE**).

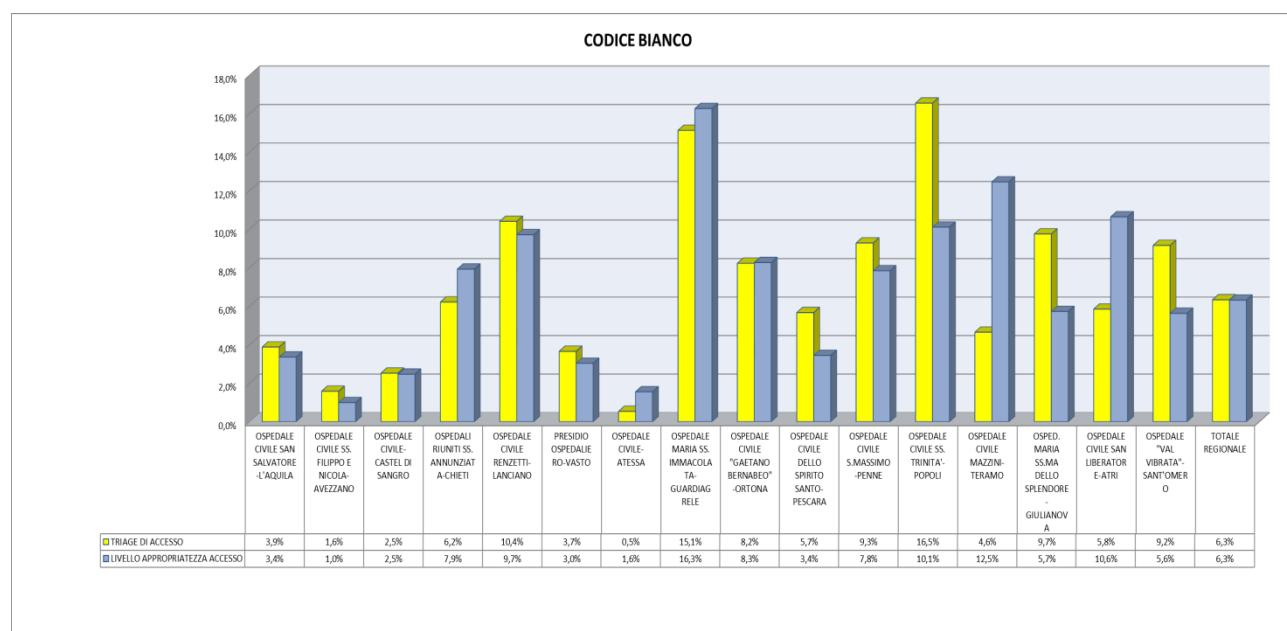
Mentre il LAA **ROSSO** (Molto critico. Priorità massima) ha la percentuale più alta nel PO di Chieti.

CONFRONTO TRA TRIAGE DI ACCESSO E IL LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO

Nella tabelle 8, 9,10 e 11 viene illustrato il confronto tra il Triage di Accesso e il Livello Appropriatezza per Presidio Ospedaliero per codice dolore.

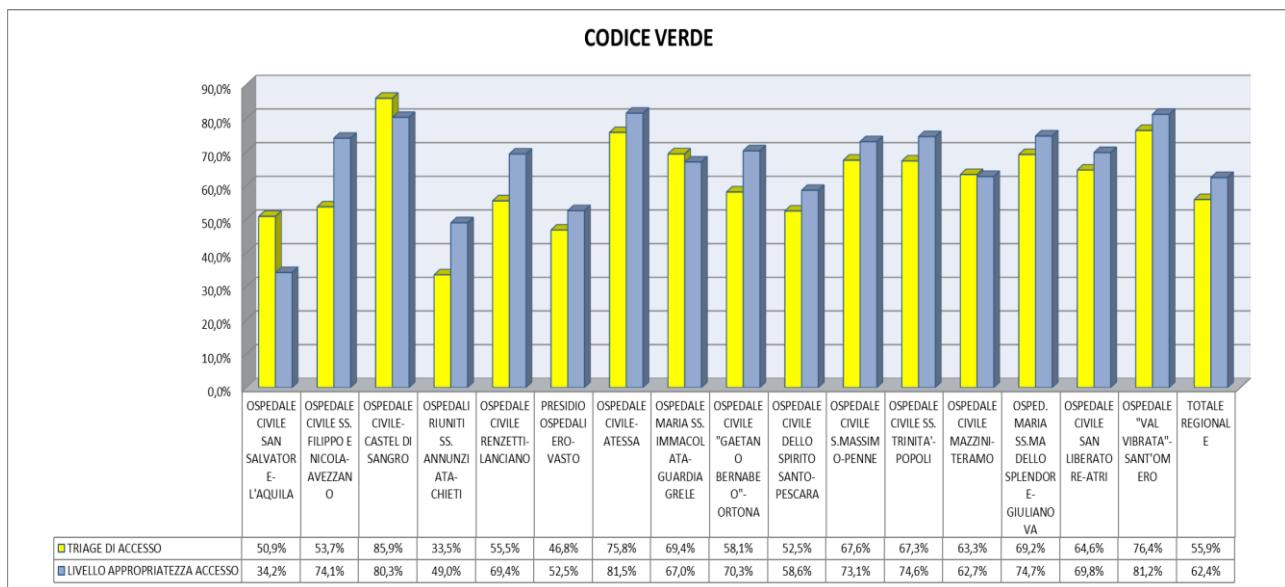
Premettendo che il Triage di Accesso è attribuito normalmente dall'infermiere mentre il Livello Appropriatezza Accesso è assegnato dal medico del PS dopo la visita, questo indicatore è utile per valutare se l'infermiere che normalmente si occupa dell'attribuzione dei triage di accesso è riuscito ad assegnare in modo appropriato il livello di criticità e quindi la priorità del paziente che si è presentato al PS in relazione al codice attribuito dal medico del PS.

Tabella 8: Confronto tra il Triage Accesso e Livello Appropriatezza – CODICE BIANCO



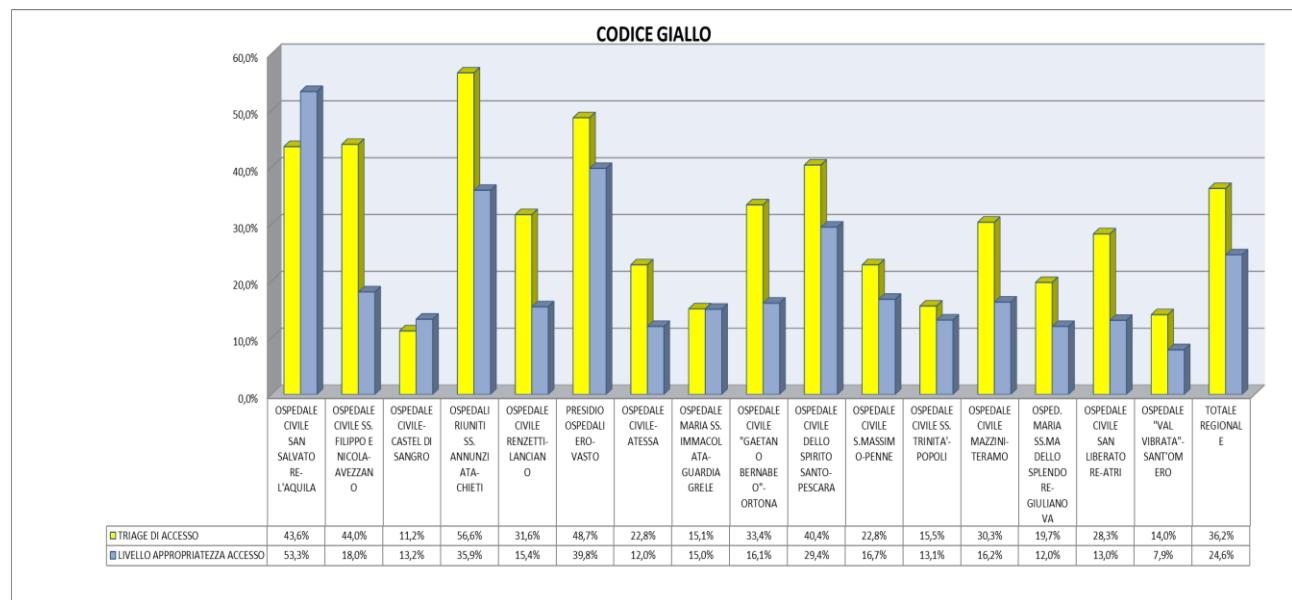
Per il CODICE BIANCO il confronto tra il Triage di Accesso e il Livello Appropriatezza fa notare una discrepanza soprattutto nel PO di Teramo dove il Triage di Accesso rappresenta il 4,6% mentre il LAA l'12,5. Per il presidio ospedaliero di Castel di Sangro vi è una perfetta coerenza 3,1%. In tutti gli altri presidi si evidenzia una certa variabilità di concordanza tra le due modalità di assegnazione dei codici di gravità.

Tabella 9: Confronto tra il Triage Accesso e Livello Appropriatezza Accesso – **CODICE VERDE**



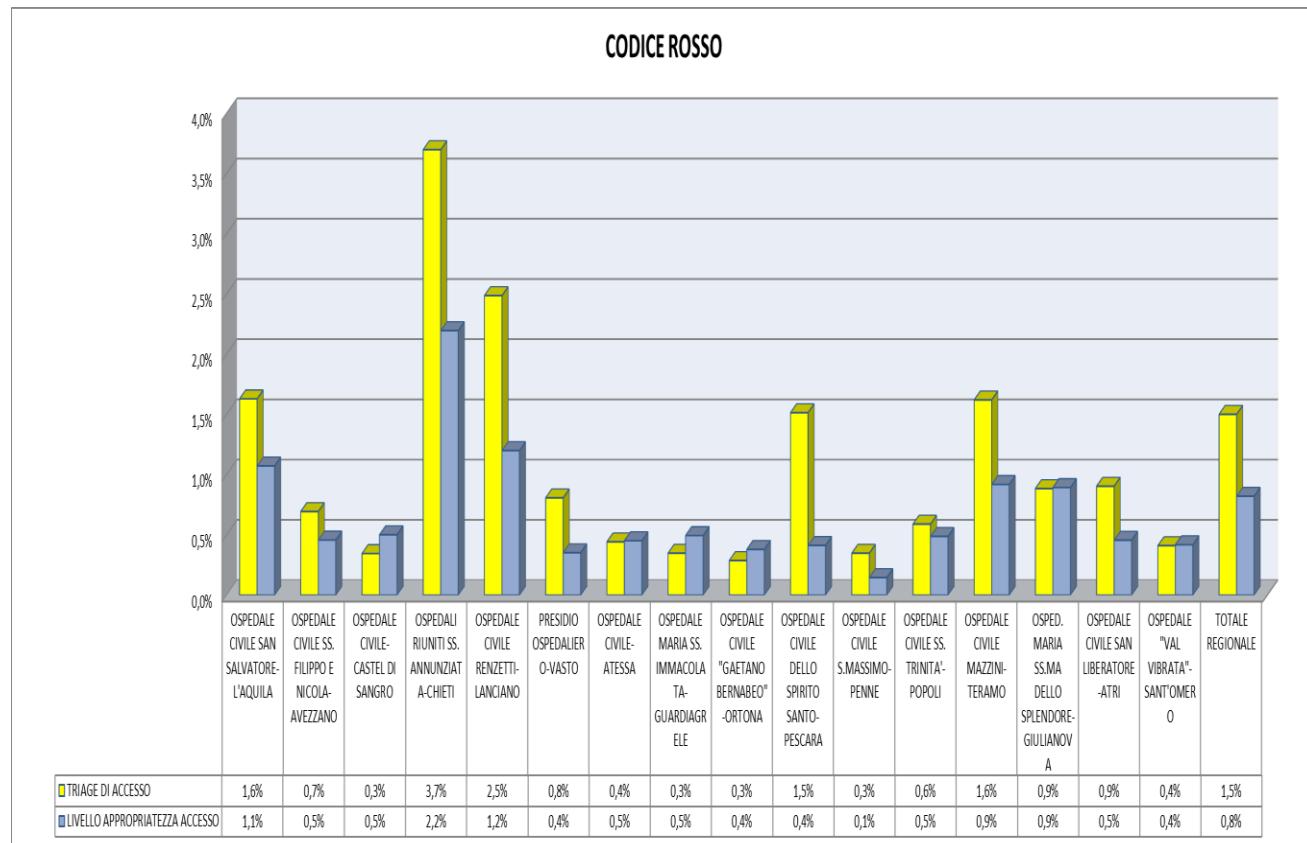
Il confronto tra il Triage di accesso e il Livello Appropriatezza Accesso per il codice VERDE fa notare come in quasi la totalità di presidi vi è una certa variabilità di attribuzione del codice . In questo caso è il PS dell'ospedale di Teramo in cui si riscontra una maggiore concordanza (Triage di accesso 63,3% LAA 62,7%)

Tabella 10: Confronto tra il Triage Accesso e Livello Appropriatezza – **CODICE GIALLO**



Nella tabella 10 si rappresenta il confronto tra le due modalità di attribuzione dei codici di gravità per il codice GIALLO suddiviso per singolo presidio. Si evidenzia come nel PO di Chieti il Triage di accesso rappresenta circa il 56% mentre il Livello Appropriato di Accesso è circa il 36%. Per il PO di Guardiagrele invece il confronto quasi coincide (triage di accesso = 15,1 % mentre il LAA 15,0 %).

Tabella 11: Confronto tra il Triage Accesso e Livello Appropriatezza – CODICE ROSSO



La tabella 11 rappresenta il confronto tra le due modalità di attribuzione dei codici di gravità per il codice ROSSO. Si noti come il Presidio ospedaliero di Chieti abbia il 3,7% del codice ROSSO per il triage accesso e solo 2,2% del LAA.

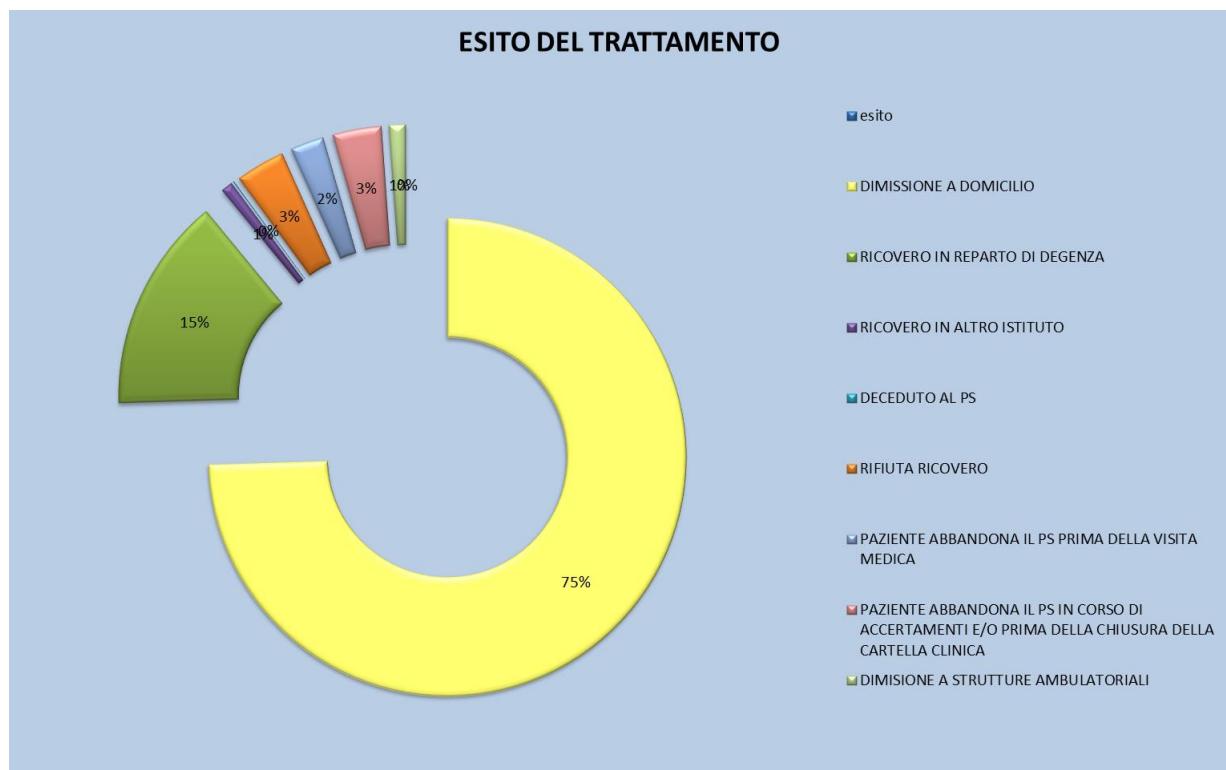
Nel PO di Giulianova si registra un concordanza perfetta fra i due codici gravità (0,9%).

ESITO TRATTAMENTO

Nel grafico 5 viene riportata la distribuzione dell'ESITO TRATTAMENTO nella regione Abruzzo nel I trimestre 2014, ed è stata calcolata come segue:

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

Grafico 5: : % di distribuzione dell'ESITO TRATTAMENTO nella regione Abruzzo nel I trimestre 2014



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 75% degli accessi totali) e che il “*Ricovero in reparto di degenza*” rappresenta solo il 15% degli accessi totali

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) "a domicilio"
 - b) "il paziente abbandona il PS prima della visita medica"
 - c) "il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura del referto"

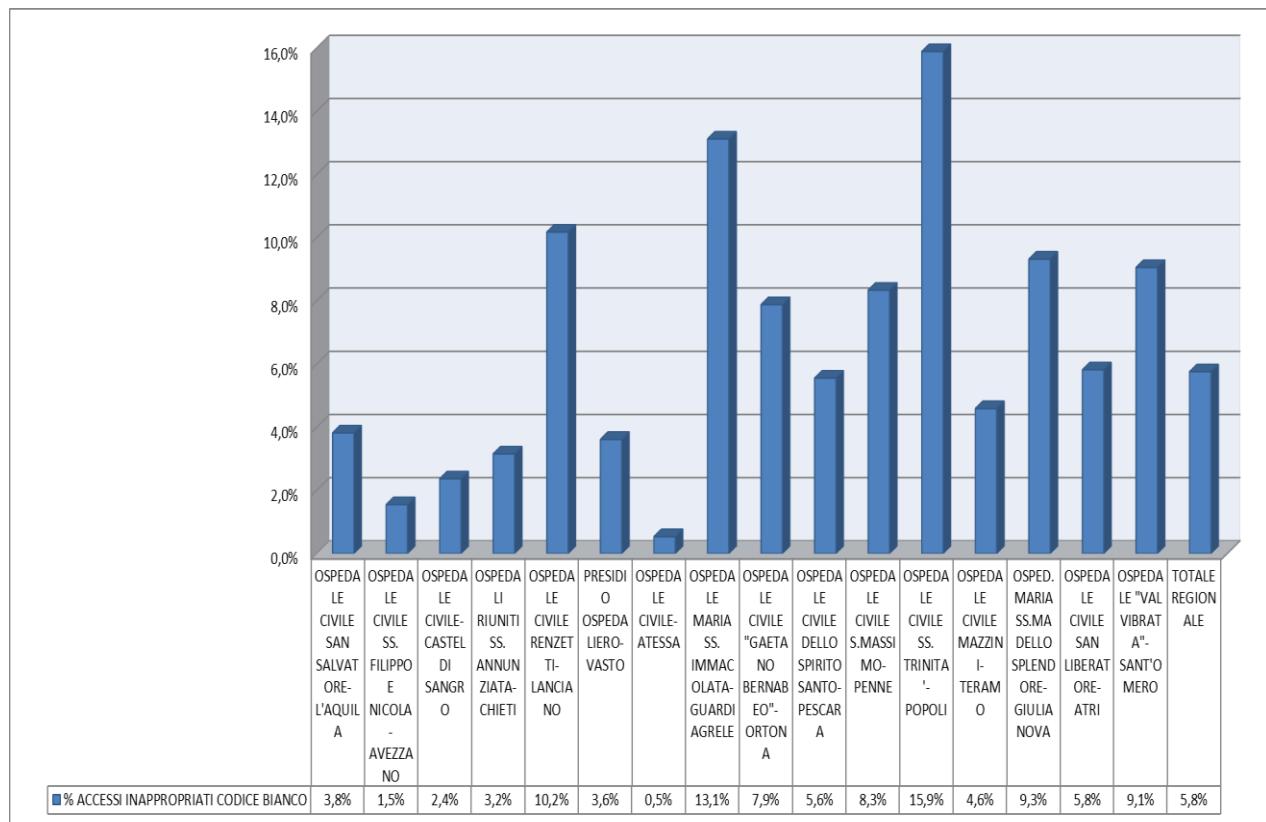
Denominatore

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

Tabella 12: % accessi a rischio di inappropriatezza per PO – CODICE BIANCO

La tabella 12 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 in tabella si evince che la percentuale media regionale è del 5,8% . Il PS dell’ Ospedale di Popoli è quello che presenta la % di inappropriatezza di accessi per i codici bianchi più alta(15,9%) seguito dal PS del PO di Guardiagrele (13,1%). Si evidenzia inoltre che il PS del Presidio Ospedaliero di Atessa presenta una percentuale inappropriatezza di accessi per i codici bianchi solo pari a 0.5%



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:

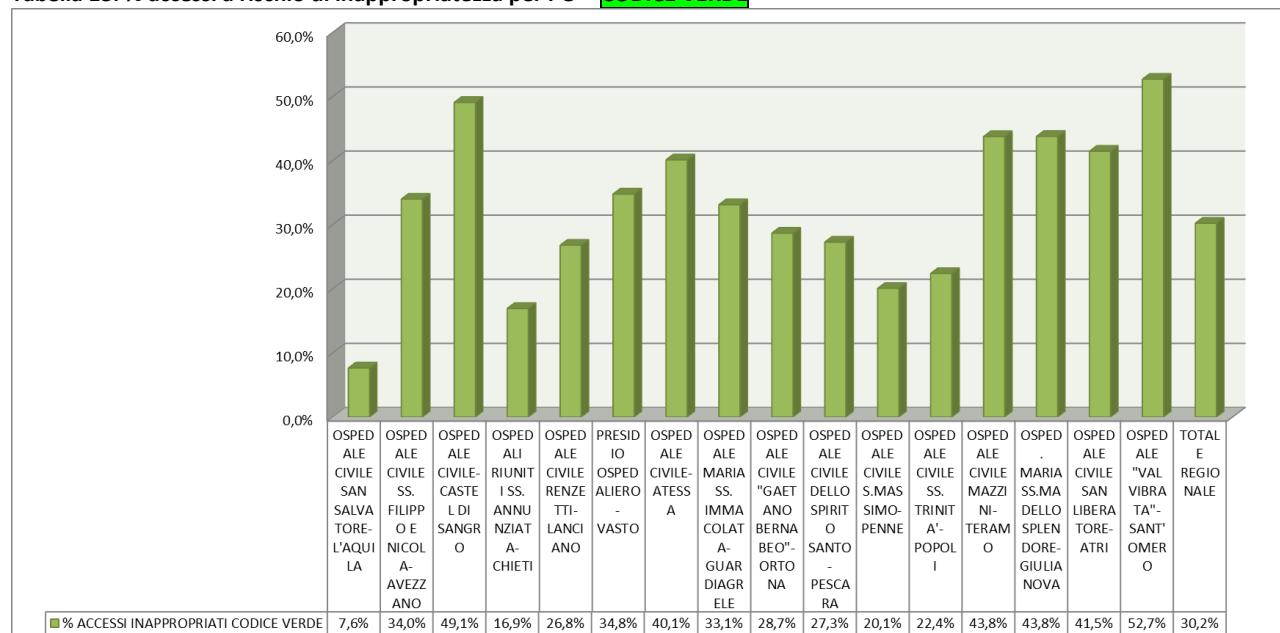
- triage verde ed esito “a domicilio” con unica prestazione visita generale
- invio diverso da
 - a) MMG
 - b) pediatra di libera scelta,
 - c) specialista,
 - d) medico della continuità assistenziale,
 - e) operatore di mezzo di soccorso 118

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 del codice ICD9-CM. Infatti questa viene definita con lo stesso identificativo della una visita generale.

Tabella 13: % accessi a rischio di inapproprietza per PO – CODICE VERDE



La Tabella 13 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 30,2% con una variabilità che va dal circa il 7,6 % del PO de L’Aquila a circa il 53% del PO di S. 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 o 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:

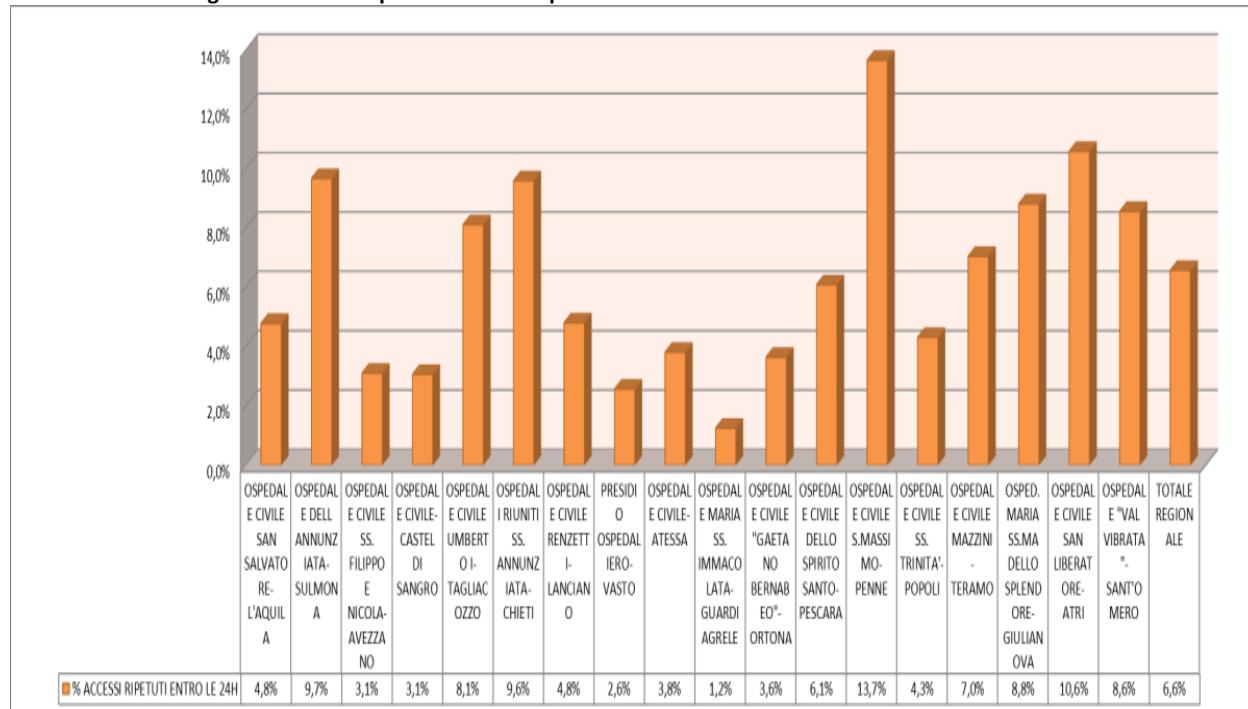
Numeratore

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

Tabella 5: % 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 a circa il 7%. La distribuzione di questo dato presenta una variabilità tra i singoli PO che oscilla da una valore minimo pari allo 1,2% del PO di Guardiagrele , ad un valore massimo pari all' 13,7 % del PO di Penne.

CONCLUSIONI

Il Pronto Soccorso può essere definito come una struttura intermediaria tra il Sistema Territoriale e quello Ospedaliero; pertanto rappresenta il più importante punto di contatto tra il Sistema Sanitario e i bisogni del cittadino.

Il fatto che il PS sia uno snodo critico ne è testimone la ricca bibliografia esistente, soprattutto a livello internazionale, la quale tratta il tema cercando di individuarne i punti di debolezza/criticità e ipotizzandone possibili soluzioni.

Nella Regione Abruzzo, con riferimento ai dati del flusso EMUR e a quelli forniti dai referenti aziendali relativi all' anno 2014 si sono registrati 533.149 accessi in PS, di cui il 91,3% rappresenta la percentuale degli accessi effettuati dai cittadini residenti nella Regione Abruzzo. L'andamento degli accessi nei singoli mesi dell'anno 2014 ha rilevato un lieve picco nei mesi estivi.

Il 72 % degli pazienti che hanno avuto accesso al PS sono arrivati con l'uso del mezzo proprio (personale o di accompagnatori) e in circa il 71% dei casi il ricorso all'accesso deriva da decisione propria.

Nel 55,9% degli accessi registrati nell'anno 2014, il codice di gravità del Triage Accesso attribuito è stato il colore VERDE (*Poco critico. Priorità bassa, prestazione differibile*) che, messo a confronto con il Livello Appropriatezza Accesso (LAA), presenta una variabilità del 2% con il valore medio regionale, anche se nei singoli presidi ospedalieri la concordanza tra i due metodi di attribuzione del codice di gravità è variabile per singolo colore. Questa variabilità comunque è in riduzione rispetto al monitoraggio del I trimestre e questo potrebbe spiegarsi proprio all'effetto dell'attivazione del monitoraggio stesso.

Gli accessi totali registrati nel PS nell'anno 2014 hanno avuto in circa il 79% dei casi come esito la “*Dimissione a domicilio*”.

Dall'analisi sugli accessi potenzialmente inappropriati identificati con codice Bianco e Verde che soddisfano i requisiti descritti nel paragrafo “*Quota di Accessi a rischio di Inappropriatezza*”, si è evidenziato che la percentuale degli accessi inappropriati a livello regionale con il codice BIANCO è di circa il 5,8% del totale degli accessi con una distribuzione disomogenea. Altrettanto variabile risulta la percentuale media regionale degli accessi inappropriati con il codice VERDE (30,2%), con un valore minimo del 0,5% nel PO di Popoli e un valore massimo del 5,2% del PO di Pescara. Un altro indicatore che ha permesso di valutare l'efficacia delle prestazioni del PS è quello relativo alla percentuale degli accessi in PS ripetuti nelle 24 H dalla stessa persona nello stesso PS.

Anche in questo caso la distribuzione presenta dei valori non uniformi che vanno dallo 1,2% del PO di Guardiagrele al 13,7% circa del PO di Penne con una media regionale di circa il 7%.