

# REPORT - ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO



# REPORT - ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

ANNO 2014

**Autori :**

Manuela Di Virgilio  
Vita Di Iorio  
Vito Di Candia  
<sup>1</sup>Alfonso 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

---

<sup>1</sup> Commissario Straordinario ASR Abruzzo

## SOMMARIO

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

## **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 inappropriatazza 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 territori abruzzese sono riportate nella tabella 1 di seguito:

**Tabella 1: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - ANNO 2014**

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

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-SILMONA-AQUILA	AREA L'AQUILA	L'AQUILA
		MONTIERALE
		NAVELLI
		ROCCA DI MEZZO
		SAN DEMETRIO NE VESTINI
		TORNIMPARTE
	AREA MARSICA	AVEZZANO
		BALSORANO
		CARSO LI
		CELANO
		CIVITELLA ROVERO
		PESCINA
	AREA PELIGNO SANGRINA	TAGLIACOZZO
		TRASACCO
		CASTEL DI SANGRO
		CASTELVECCHIO SUBEQUO
		PESCASSEROLI
		PESCOCOSTANZO
LANCIANO-VASTO-CHIETI	VASTO	CASALBORRINO
		SAN SALVO
		VASTO
	CHIETI	CHIETI
		FRANCIVILLA
	FRANCIVILLA al MARE	MIGLIANICO
		ORTONA
	ORTONA	TOLLO
		FOSSACESIA
	LANCIANO	LANCIANO
		ATESSA
	SANGRO AVENTINO	CASOLI
		LAMA DEI PELIGNI
		PIZZOFERRATO
		TORRICELLA PELIGNA
	GUARDIAGRELE	VILLA SANTA MARIA
		GUARDIAGRELE
	ALTO VASTESE	ORSOGNA
		CASTIGLIONE MESSER MARINO
		GISSI
		CARUNCHIO
PESCARA	PESCARA	PALMOLI
	CEPAGATHI	
	SCAFA	
	MONTESILVANO-CAPPELLE SUL TAVO	
	PENNE	
	POPOLI	
ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
TERAMO	PESCARA	PESCARA
		CEPAGATHI
		CITTA' SANT'ANGELO
	CEPAGATHI	PIANELLA
		SPOLORE
		CARAMANICO TERME
	SCAFA	MANOPPELLO
		SAN VALENTINO in A.C.
		SCAFA
	MONTESILVANO	MONTESILVANO
		CIVITELLA CASANOVA
		LORETO APRUTINO
	PENNE	PENNE
		BUSSI sul TIRINO
		TORRE de' PASSERI
TERAMO	PESCARA	
	CEPAGATHI	
	SCAFA	
	MONTESILVANO	
	PENNE	
	POPOLI	
ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
TERAMO	PESCARA	PESCARA
		CEPAGATHI
		CITTA' SANT'ANGELO
	CEPAGATHI	PIANELLA
		SPOLORE
		CARAMANICO TERME
	SCAFA	MANOPPELLO
		SAN VALENTINO in A.C.
		SCAFA
	MONTESILVANO	MONTESILVANO
		CIVITELLA CASANOVA
		LORETO APRUTINO
	PENNE	PENNE
		BUSSI sul TIRINO
		TORRE de' PASSERI
TERAMO	PESCARA	
	CEPAGATHI	
	SCAFA	
	MONTESILVANO	
	PENNE	
	POPOLI	

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, Pescara 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**

<i>TIPOLOGIA ASSISTENZIALE</i>	<i>NUMERO</i>	<i>SEDE</i>
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 OSPEDALIERI 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) Pescara ASL 201 2) Casoli ASL 202 3) Gissi ASL 202



## ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

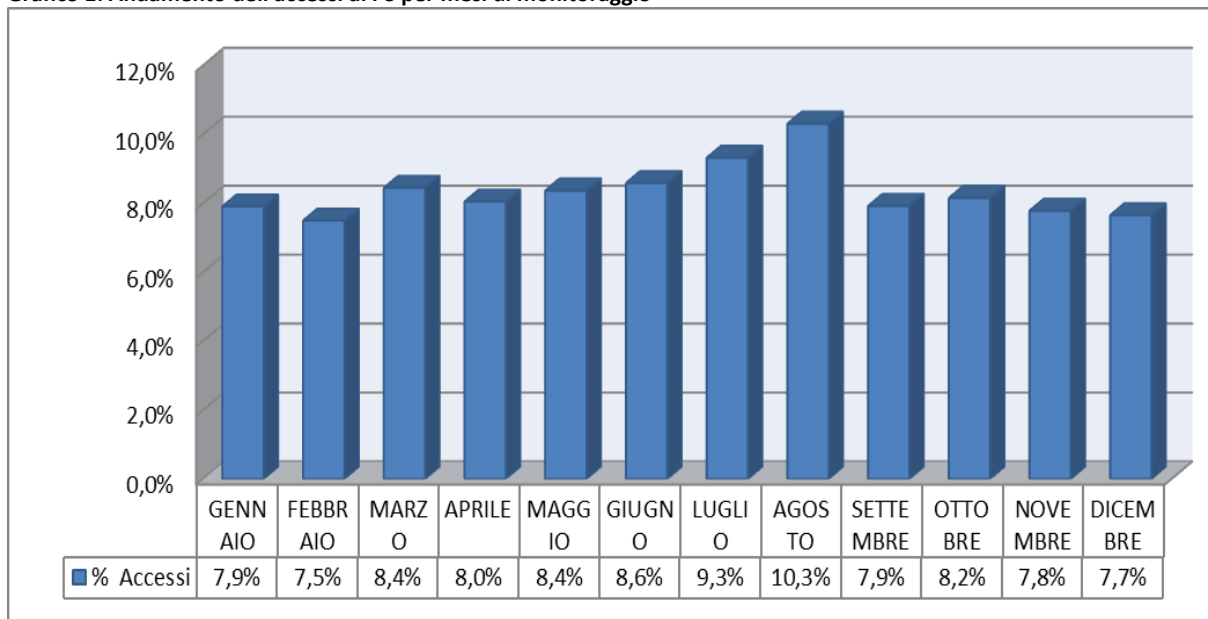
Nell'anno 2014 sono stati registrati nei PS della Regione Abruzzo 533.149 accessi; di questi, circa il 91% è relativo a prestazioni erogate a pazienti residenti in Regione (tabella 2). È stata calcolata anche la percentuale di accessi in PS di pazienti residenti nella ASL in cui insiste il PS (Numero 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%
<b>TOTALE REGIONALE</b>		<b>533.149</b>	<b>91,3%</b>	

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.

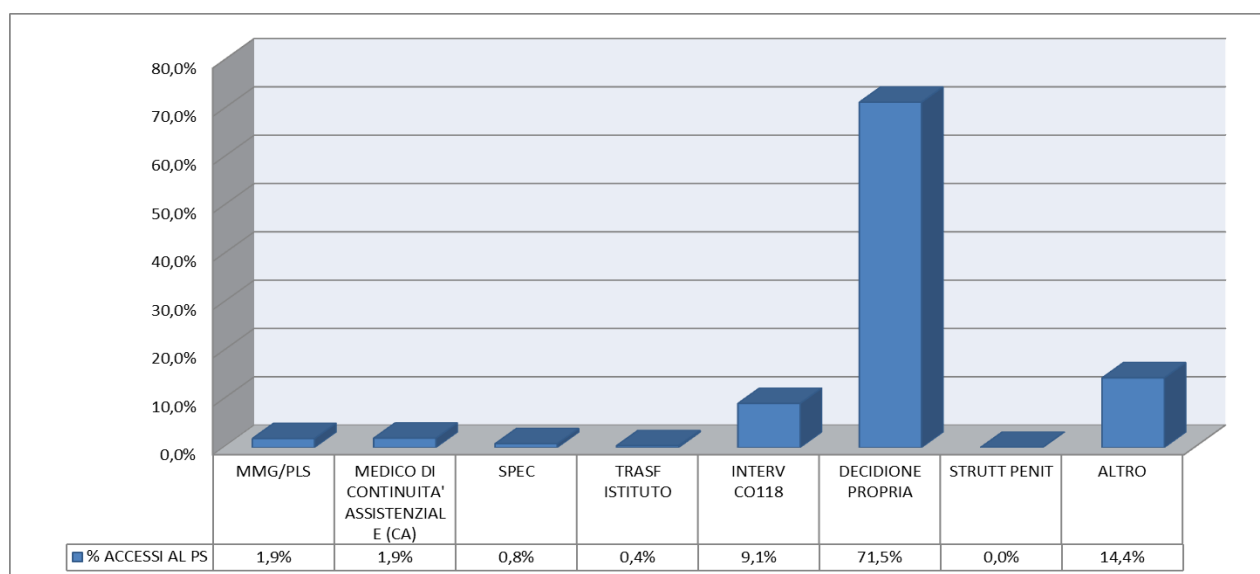
## ACCESSI PER TIPOLOGIA DI INVIO

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.

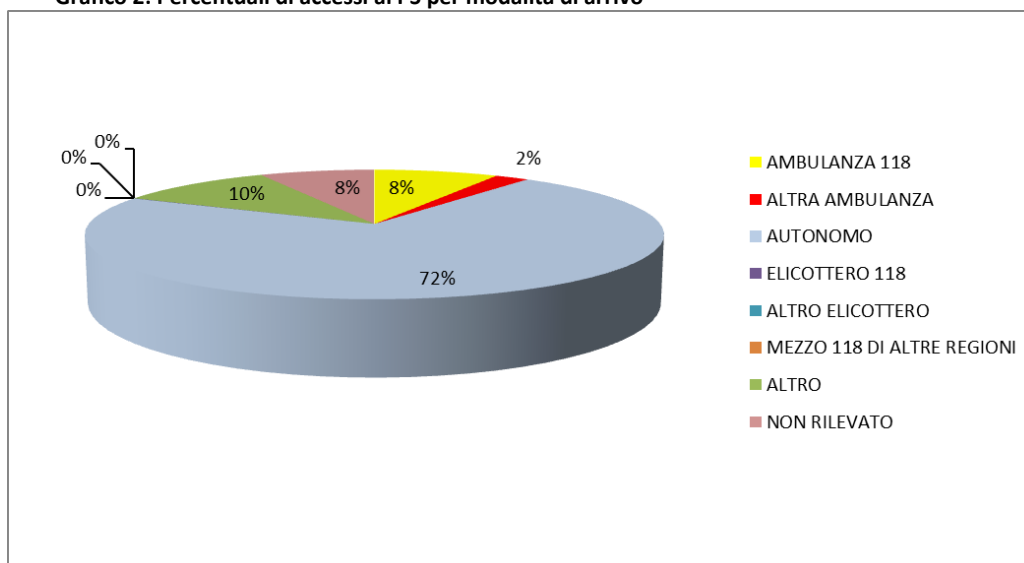
Con **MEZZO AUTONOMO** si intende il paziente arrivato con mezzi propri (personali o di accompagnatori).

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

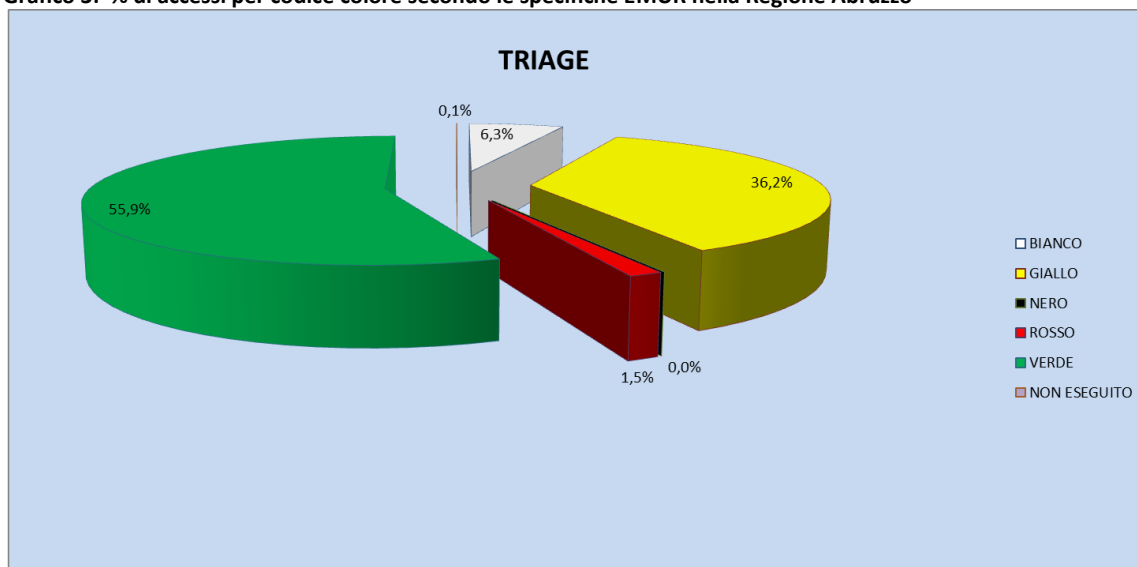
Il **NON ESEGUITO**, in coerenza con Linee Guida ottobre 2001 "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema di emergenza urgenza sanitario". (G.U. n 285 del 7/12/2001), dovrebbe essere utilizzato solo da quelle strutture in cui risultano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

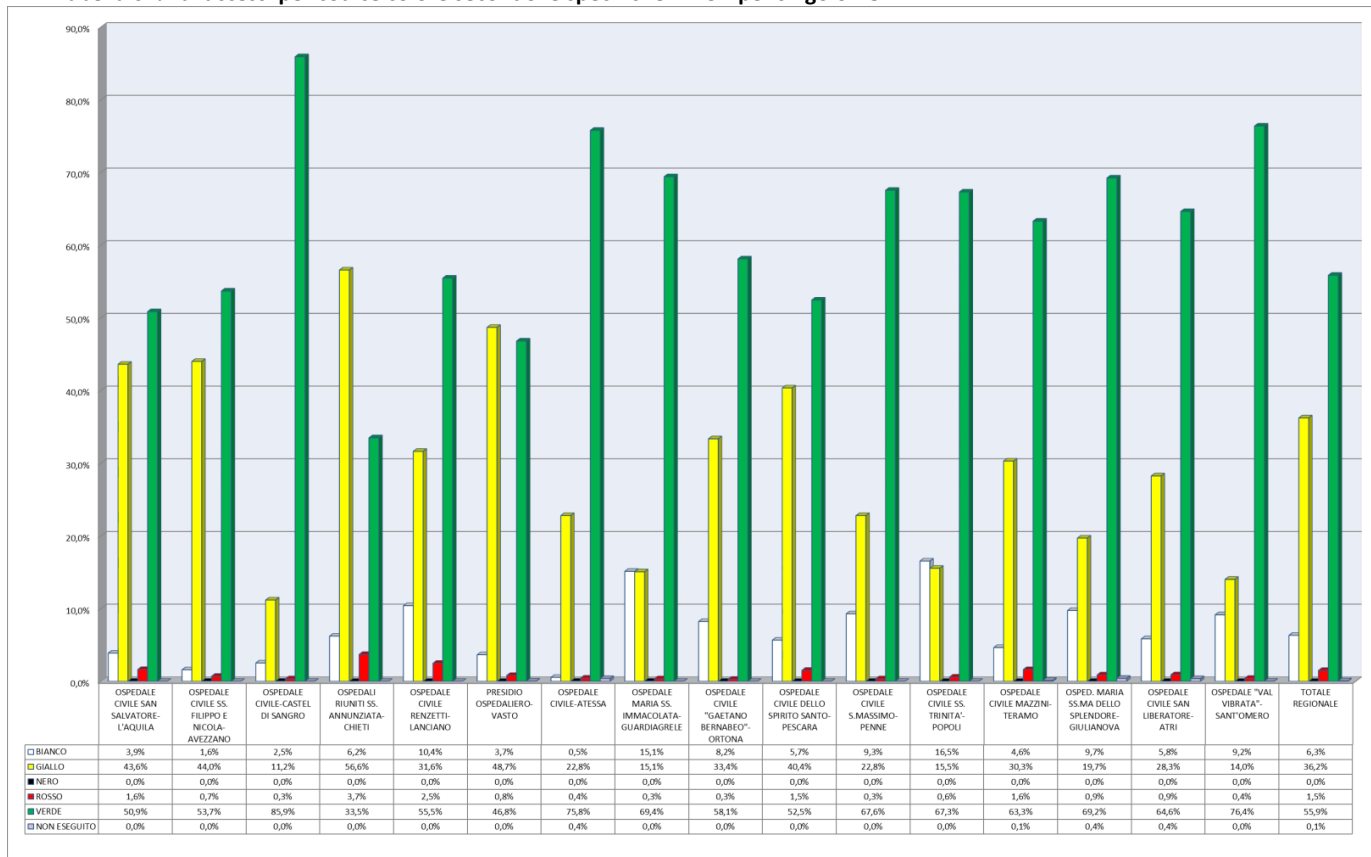
Le percentuali del grafico 3 e della tabella 6 sono state calcolate utilizzando la seguente formula:

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 un 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 Atesa 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

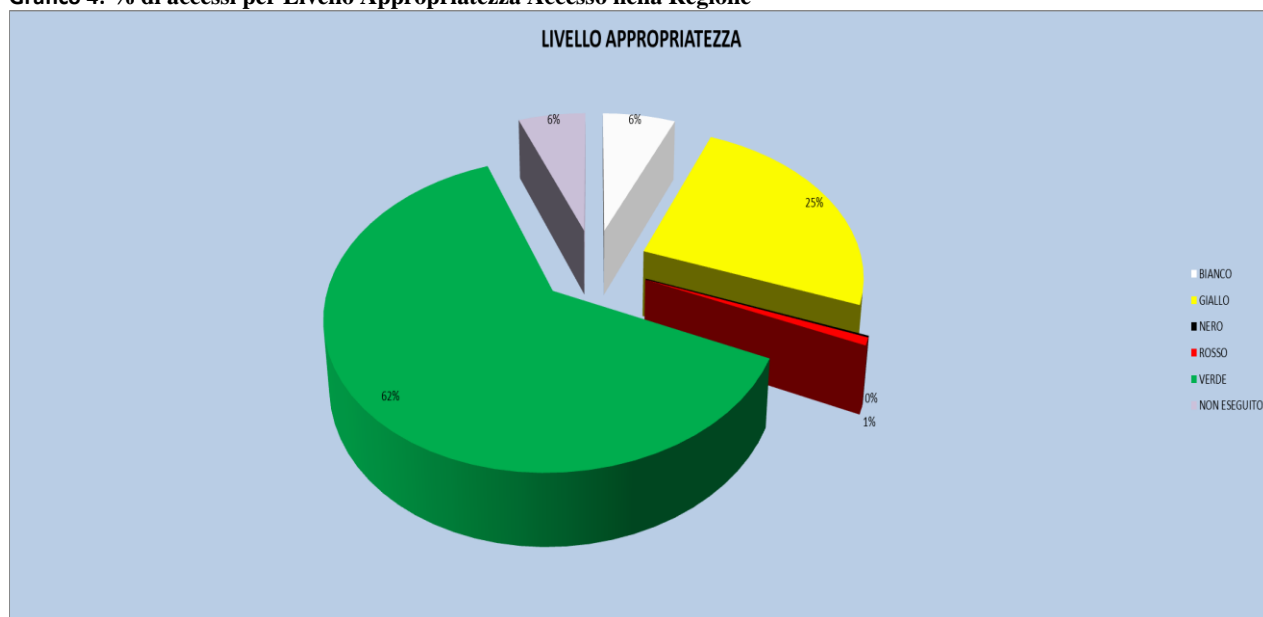
Il livello Appropriatazza Accesso indica il livello di appropriatezza dell'accesso valutato dal medico dopo la visita in Pronto Soccorso.

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	

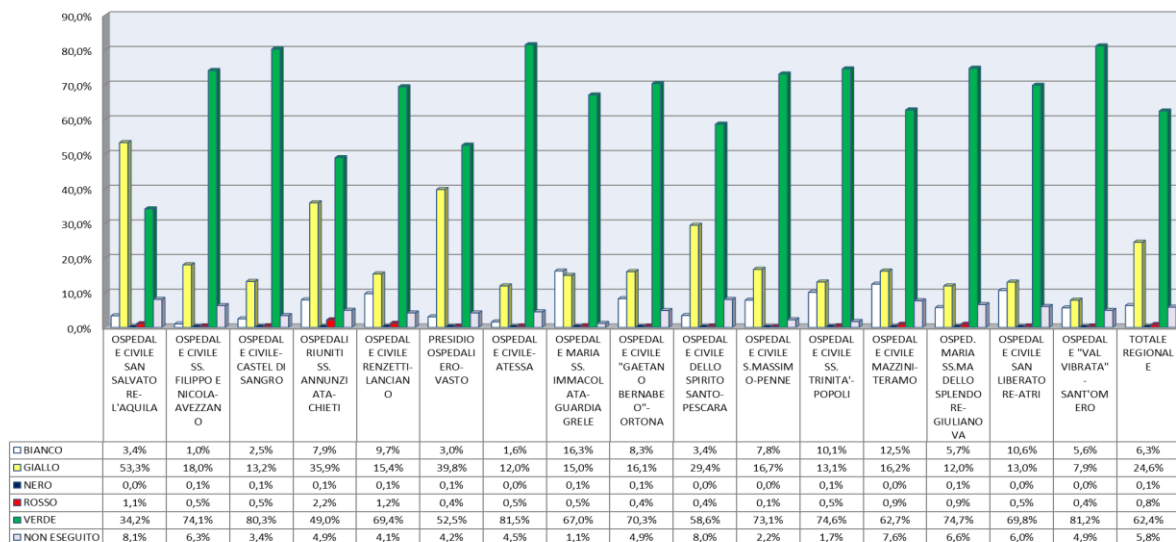
**Grafico 4: % di accessi per Livello Appropriatazza Accesso nella Regione**



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



**Tabella 7: % di accessi per Livello Appropriately Accesso per singolo PO**



La tabella 7 illustra, per Presidio Ospedaliero, la distribuzione degli accessi per Livello Appropriately 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**).

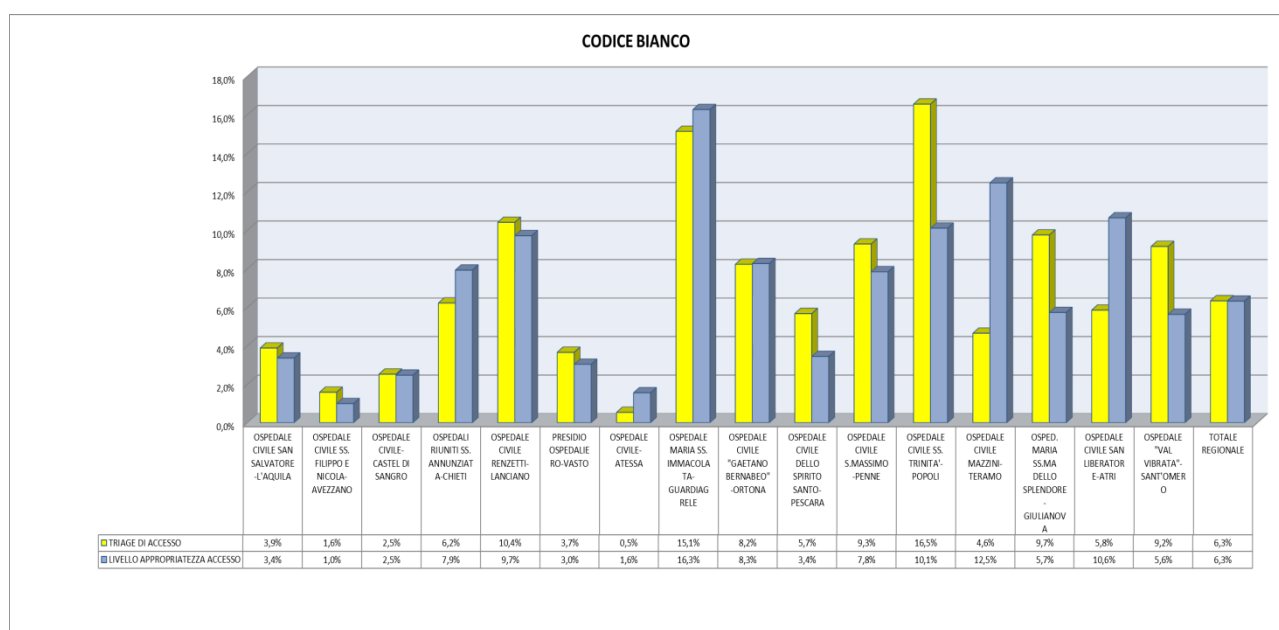
Mentre il LAA **ROSSO** (Molto critico. Priorità massima) ha la percentuale più alta nel PO di Chieti.

## 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 Appropriatelyzza per Presidio Ospedaliero per codice dolore.

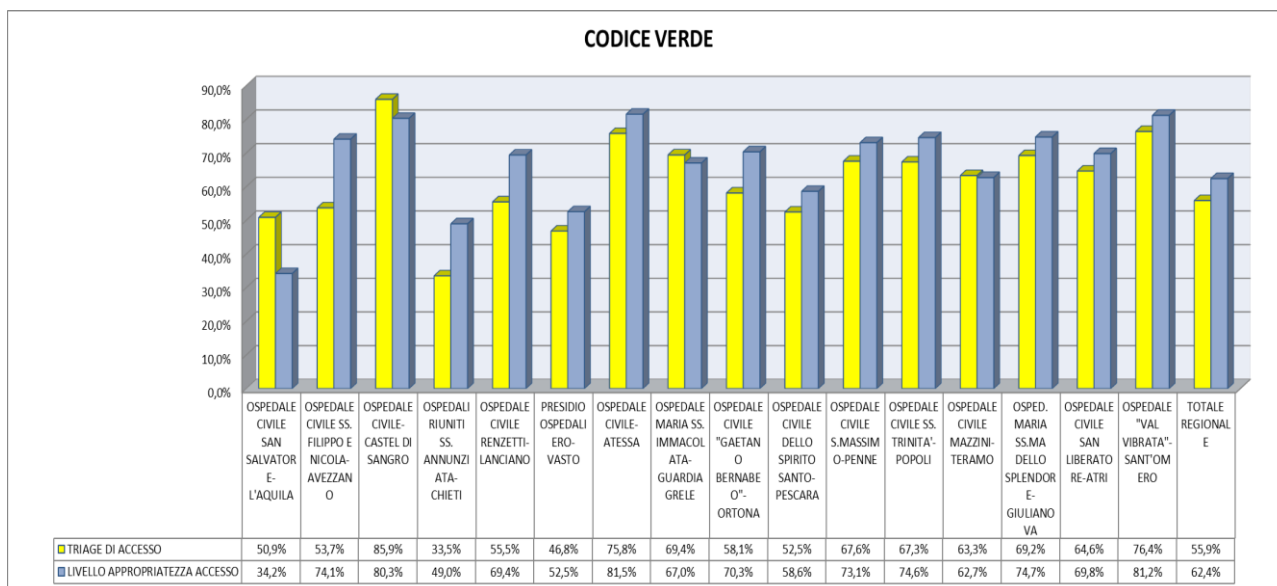
Premettendo che il Triage di Accesso è attribuito normalmente dall'infermiere mentre il Livello Appropriatelyzza Accesso è assegnato dal medico del PS dopo la visita, questo indicatore è utile per valutare se l'infermiere che normalmente si occupa dell'attribuzione dei triage di accesso è riuscito ad 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 Appropriatelyzza – CODICE BIANCO**



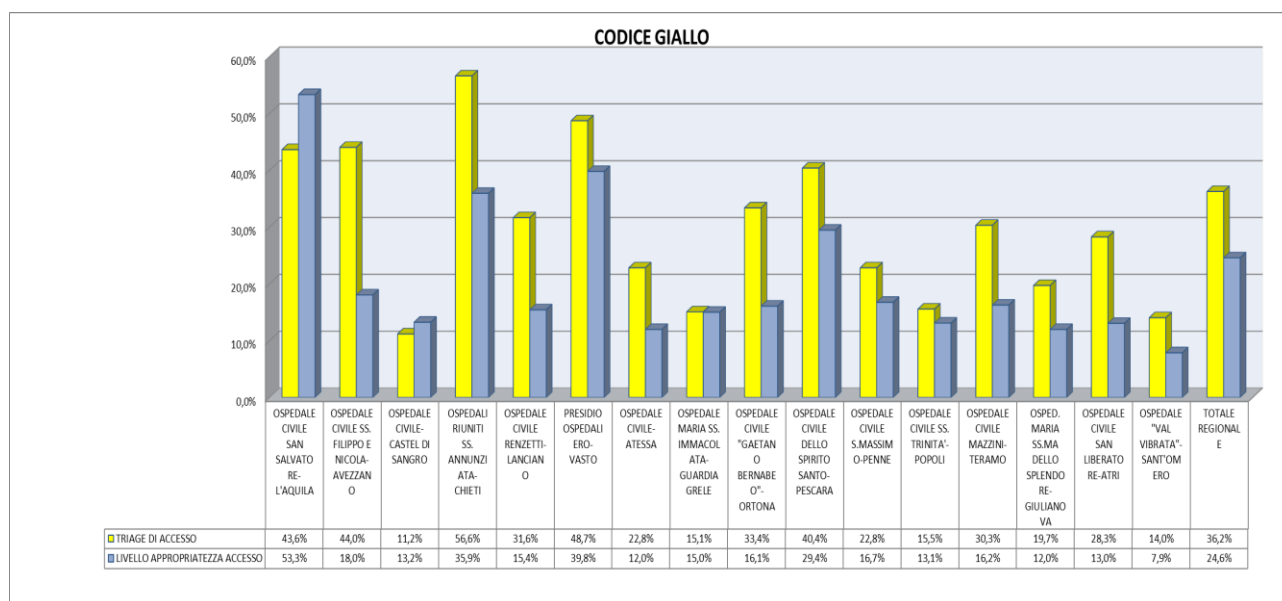
Per il CODICE BIANCO il confronto tra il Triage di Accesso e il Livello Appropriatelyzza fa notare una discrepanza soprattutto nel PO di Teramo dove il Triage i Accesso rappresenta il 4.6% mentre il LAA l'12,5. Per il presidio ospedaliero di Castel di Sangro vi è una perfetta coerenza 3,1%. In tutti 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 Appropriately Accesso – CODICE VERDE**



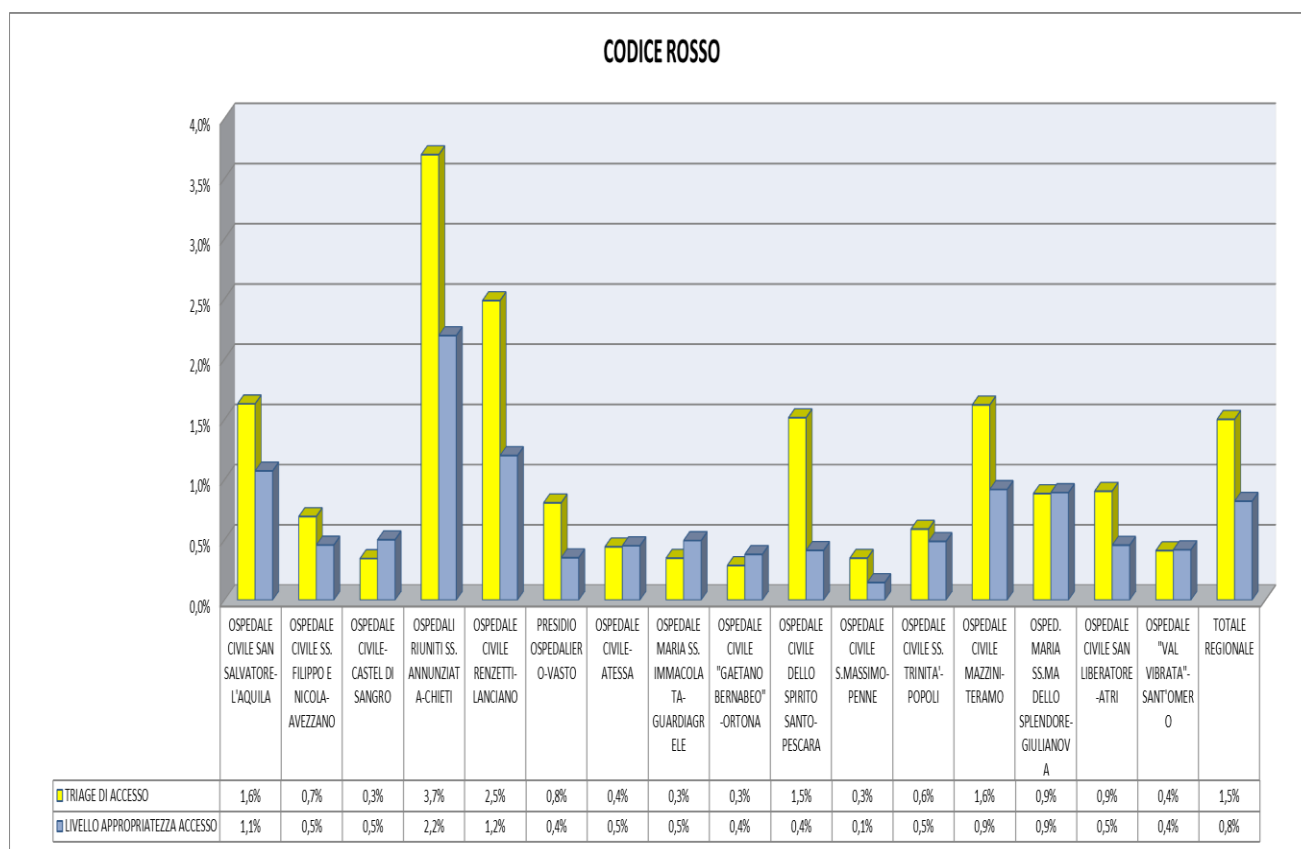
Il confronto tra il Triage di accesso e il Livello Appropriately Accesso per il codice VERDE fa notare come in quasi la totalità di presidi vi è una certa variabilità di attribuzione del codice. In questo caso è il PS dell'ospedale di Teramo in cui si riscontra una maggiore concordanza (Triage di accesso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

**Tabella 10: Confronto tra il Triage Accesso e Livello Appropriately – 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 Appropriatazza – 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.

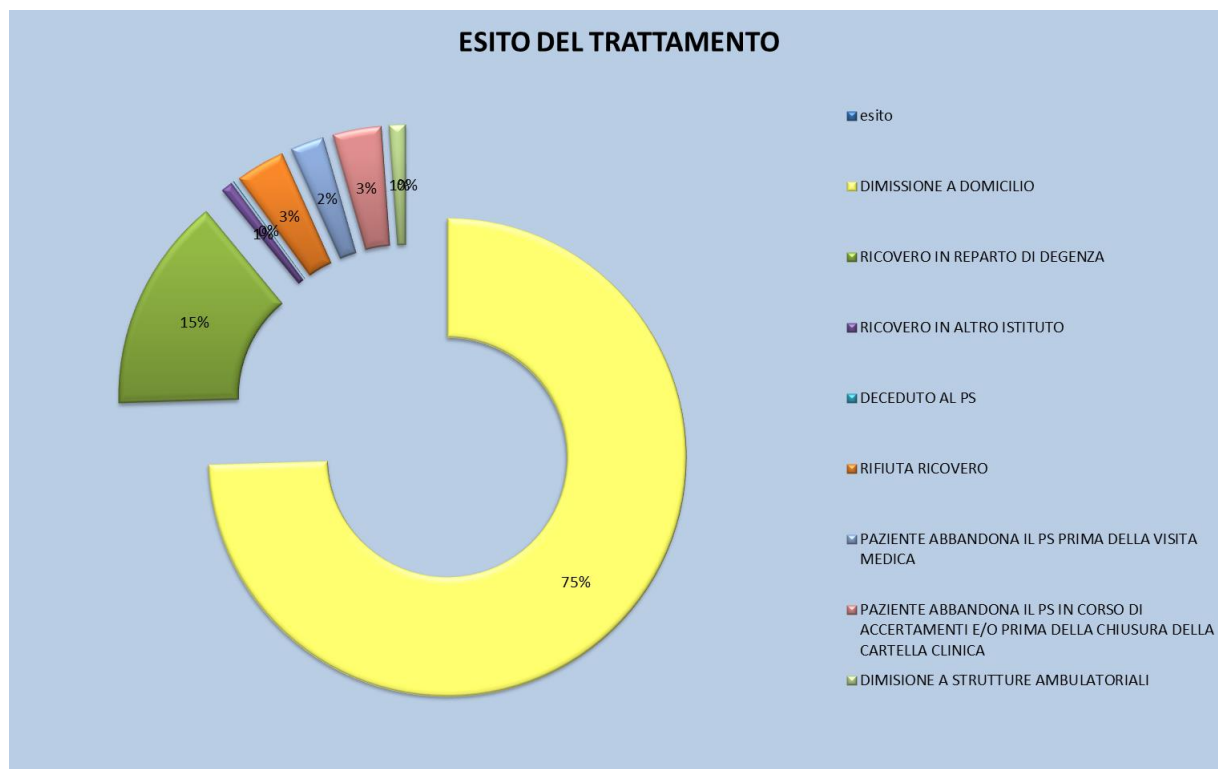
Nel PO di Giulianova si registra un concordanza perfetta fra i due codici gravità (0,9%).

## 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"

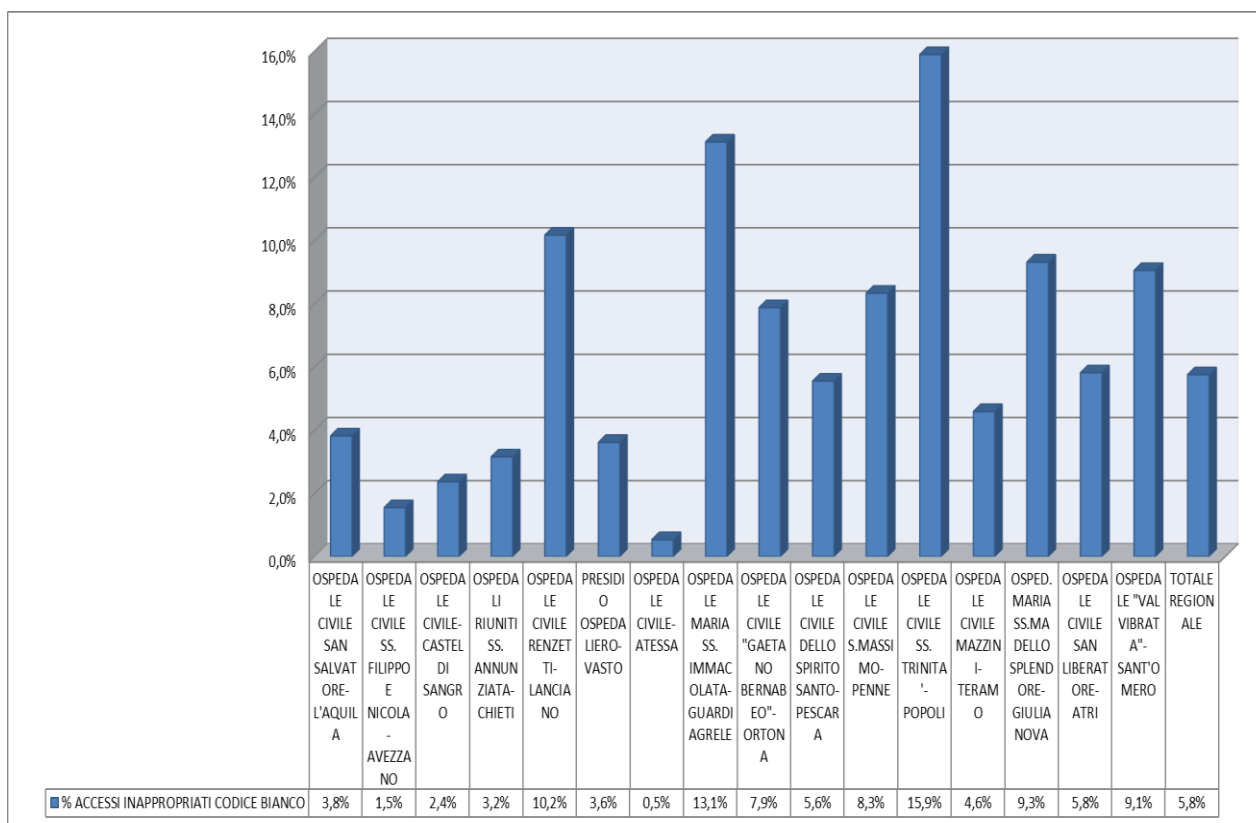
### **Denominatore**

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 Atesa 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:

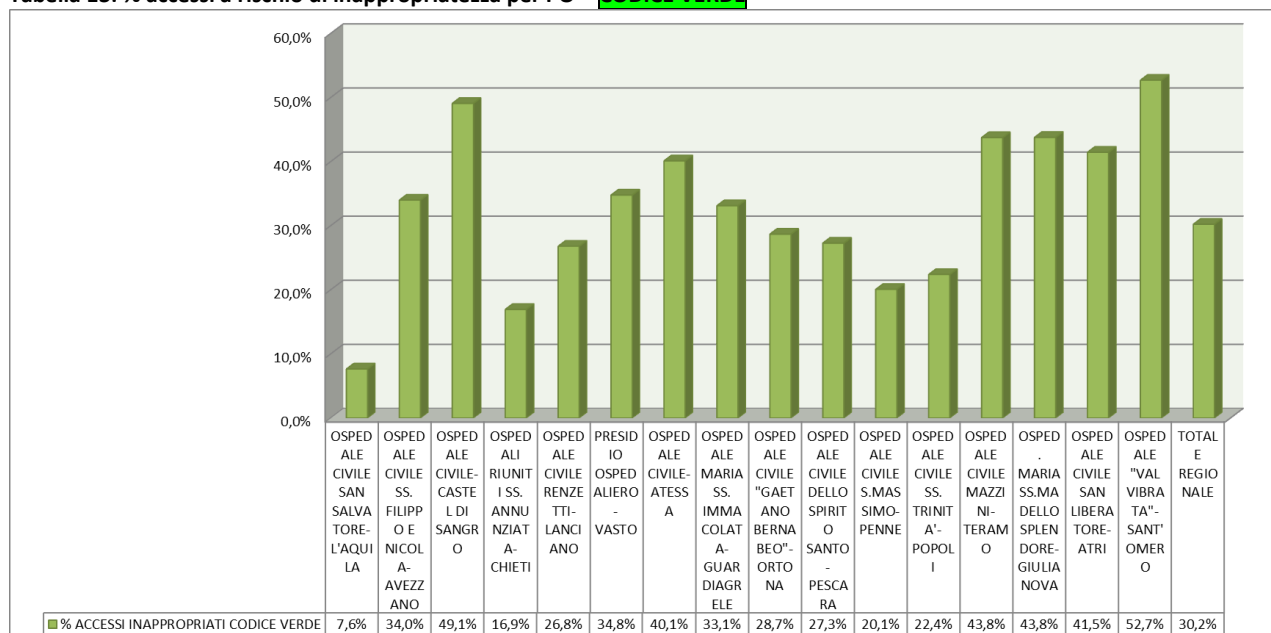
- triage verde ed esito “a domicilio” con unica prestazione visita generale
- invio diverso da
  - a) MMG
  - b) pediatra di libera scelta,
  - c) specialista,
  - d) medico della continuità assistenziale,
  - e) operatore di mezzo di soccorso 118

### **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 inappropriatezza 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:

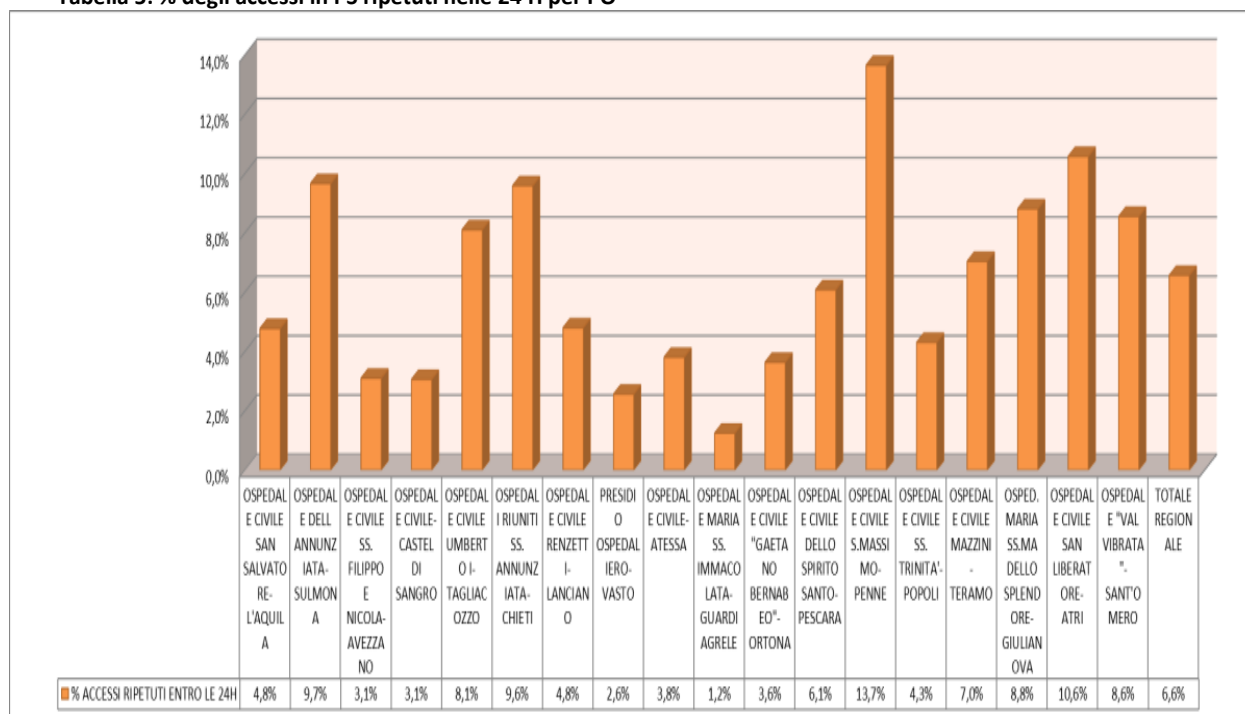
### **Numeratore**

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 un 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 intermedia 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%.