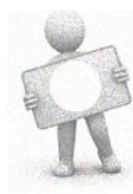
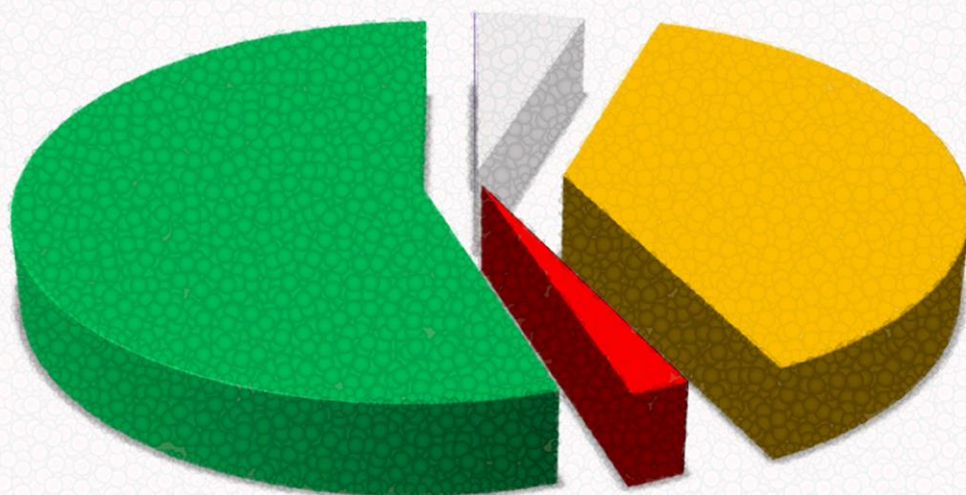


REPORT

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

ANNO 2018

REGIONE ABRUZZO



A cura di:

Vito Di Candia – Data manager ASR Abruzzo

Di Corcia Tiziana – ASR ABRUZZO

Sara Fimiani – 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 2018.....	5
ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO	10
ACCESSI PER TIPOLOGIA DI INVIO.....	13
ACCESSI PER MODALITÀ DI ARRIVO	14
TRIAGE DI ACCESSO	15
LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO.....	17
ESITO TRATTAMENTO	19
PROBLEMA PRINCIPALE	21
QUOTA DI ACCESSI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA.....	23
ACCESSI IN PS RIPETUTI ENTRO 24 H.....	26
TEMPI DI PERMANENZA IN PRONTO SOCCORSO DALL' ARRIVO.....	27

PREMESSA

Nel corso degli anni, si è assistito ad un costante aumento degli accessi nei Pronto Soccorso ospedalieri italiani che, analogamente a quanto verificatosi in altri paesi, non erano preparati ad affrontare questa crescente ondata di pazienti. Alla base di questo fenomeno possiamo includere l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di pazienti complessi, l'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura. Le nuove criticità che si sono determinate sono rappresentate dal ritardo di accesso alle cure, dallo stazionamento (boarding) dei pazienti in attesa di ricovero e, in generale, dal sovraffollamento (over-crowding) nei Servizi di Pronto Soccorso. Inoltre, l'attesa in Pronto Soccorso per pazienti e familiari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio Sanitario. Numerosi, infatti, sono i fattori che fanno diminuire il livello di qualità di servizio percepito dall'utente: la durata dell'attesa, l'ansia legata alla preoccupazione per la propria salute, le aspettative di risposta rapida.

L'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) Abruzzo si è impegnata ad elaborare annualmente, attraverso l'attivazione di un gruppo tecnico, 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.

Anche nell'anno 2018, l'ASR Abruzzo ha effettuato il monitoraggio dei PS della Regione Abruzzo, 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 2018.
- 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.

Il Decreto del 17 dicembre 2008 di "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (EMUR) a successive modifiche, prevede l'istituzione del Sistema Informativo EMUR per la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza, con riferimento sia alle attività del Sistema territoriale 118 che alle attività del Pronto Soccorso. Il Sistema EMUR nasce dall'esigenza di rendere disponibili strumenti e metodologie condivisi per consentire l'interscambio informativo tra il livello nazionale del NSIS e i sistemi informativi sanitari regionali. Relativamente all'attività di Pronto Soccorso, il Sistema EMUR raccoglie una serie di informazioni che riguardano tutte le fasi relative ad un accesso in PS: identificazione della struttura erogatrice e dell'assistito; dati relativi all'accesso ed alla dimissione; dati relativi alle diagnosi ed alle prestazioni erogate; dati relativi alla valorizzazione economica dell'accesso.

RETE EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE ABRUZZO ANNO 2018

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.

Con DGR n. 751/2018 si è provveduto ad integrare il piano regionale delle postazioni del Sistema Territoriale 118 "Abruzzo Soccorso" definito con DCA n. 95/2015 con l'aggiunta di 1 postazione dotata di mezzo sanitario di base infermierizzato (MSAB) localizzato nel comune di Caramanico Terme (PE).

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:

Tabella 1: Postazioni Territoriali del Sistema 118 – DCA 95/15

ASL	TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'	
AVEZZANO- SULMONA- L'AQUILA	MSA	L'AQUILA	H24	
		A VEZZANO	H24	
		SULMONA	H24	
		CASTEL DI SANGRO	H24	
		CARSOLI	H24	
		NAVELLI	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA	
		MONTEREALE	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA	
		PESCASSEROLI	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA	
		PESCINA	H24	
		TAGLIA COZZO	H24	
		PRATOLA PELIGNA	H12 DIURNO	
		CASTEL VECCHIO SUBEQUO	H12 DIURNO INDIA	
		SCANNO	H12 DIURNO	
		CAMPO DI GIOVE	H12 NOTTURNO	
	TOTALE N.13 (3 MEDICO/ INDIA +1 INDIA)			
	MSB	VALLE ROVETO	H24	
		L'AQUILA	H24	
		SULMONA	H24	
		A VEZZANO	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
			SCAFA	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	
		MONITORIO	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)				

✦ Con DGR 751/2018 è stata deliberata l'aggiunta di 1 postazione dotata di mezzo sanitario di base infermierizzato (MSAB) localizzato nel comune di Caramanico Terme (PE), pertanto il totale regionale è aggiornato a 60 postazioni con due postazioni INDIA.

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
		MONTI REALE
		NAVELLI
		ROCCA DI MEZZO
		SAN DEMETRIO NE' VESTINI
		TORNIMPARTE
		AVEZZANO
	AREA MARSICA	BALSORANO
		CARSOLI
		CELANO
		CIVITELLA RO VETO
		PESCINA
		TAGLIACOZZO
		TRASACCO
	AREA PELIGNO SANGRINA	CASTEL DI SANGRO
		CASTELVECCHIO SUBEQUO
		PESCASSEROLI
		PESCO COSTANZO
		PRATOLA PELIGNA
		SCANNO
		SULMONA
LANCIANO-VASTO-CHIETI	VASTO	CASALBORDINO
		SAN SALVO
		VASTO
	CHIETI	CHIETI
	FRANCAVILLA al MARE	FRANCAVILLA
		MIGLIANICO
	ORTONA	ORTONA
		TOLLO
	LANCIANO	FOSSACESIA
		LANCIANO
		ATESSA
	SANGRO-AVENTINO	CASOLI
		LAMA DEI PELIGNI
		PIZZO FERRATO
		TORRICELLA PELIGNA
		VILLA SANTA MARIA
ALTO VASTESE	GUARDIAGRELE	GUARDIAGRELE
		ORSOGNA
	CASTIGLIONE MESSER MARINO	GISSI
		CARUNCHIO
		PALMOLI
PESCARA	PESCARA	PESCARA
	CEPAGATTI	CEPAGATTI
		CITTA' SANT'ANGELO
		PIANELLA
		SPOLETTORE
	SCAFA	CARAMANICO TERME
		MANOPPELLO
		SAN VALENTINO in A.C.
		SCAFA
	MONTESILVANO-CAPPELLE SULTAVO	MONTESILVANO
	PENNE	CIVITELLA CASANOVA
		LORETO APRUTINO
		PENNE
	POPOLI	BUSSI sul TIRINO
		TORRE de' PASSERI
TERAMO	ATRI	ATRI
		BISENTI
		SILVI
	MONTORIO	ISOLA del GRAN SASSO
		MONTORIO al VOMANO
	ROSETO	GIULIANOVA
		MOSCIANO SANT'ANGELO
		NOTARESCO
		ROSETO degli ABRUZZI
	TERAMO	ROCCA SANTA MARIA
		TERAMO
VAL VIBRATA	MARTINICURO	SANT'EGIDIO alla VIBRATA
		TORTORETO

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.

L'intervenuta approvazione, con il D.M. n. 70/2015, del Regolamento degli standard relativi all'assistenza ospedaliera ha richiesto con il DCA n. 79/2016 una rimodulazione della rete di Emergenza-Urgenza e di quella ospedaliera in contestuale simmetria, nel rispetto dei criteri vincolanti in esso indicati. Con DGR n. 824/2018 successivamente si è indicato che nella fase attuativa della riorganizzazione dei servizi sanitari pubblici, devono essere ricercate soluzioni organizzative efficienti per contenere la crescita di spesa (quale quella attuale e quella che si può presumere a causa dell'invecchiamento della popolazione), dovendo garantire, nello stesso tempo, servizi migliori ai cittadini. Tale transizione richiede, per un corretto e contestuale riequilibrio tra i servizi offerti dagli ospedali e quelli erogati dai presidi territoriali, una sufficiente attenzione alle esigenze specifiche delle Aree interne, caratterizzate da perifericità, bassa densità abitativa e da specifici connotati epidemiologici delle popolazioni che vi risiedono.

Questi elementi, ove non adeguatamente considerati, potrebbero condizionare un graduale deterioramento sul versante dell'equità delle cure proprio in aree dove i processi più accentuati di invecchiamento della popolazione devono assicurare il perseguimento di efficaci scelte sanitarie. Si rende opportuno, pertanto, accompagnare il graduale e complesso processo di riordino della rete assistenziale attraverso un monitoraggio, a livello regionale, degli effetti che il perseguimento di un maggior grado di efficienza dei servizi sanitari potrebbe indurre sull'equità, in termini di accessibilità al servizio e di esiti sulla salute dei cittadini.

Pertanto, il presupposto di base del potenziamento quali-quantitativo per alcuni specifici contesti, come nel caso del P.O. di Atessa e del P.O. di Popoli, in linea con il Documento Ministeriale sulla Strategia delle Aree Interne, è che siano definiti:

1) L'accessibilità ai servizi ospedalieri per le comunità più distanti dai centri di alta e media specializzazione, mantenendo nell'ospedale di prossimità alcune importanti funzioni come ad esempio un punto di Pronto Soccorso, un' area di assistenza medica, ambulatori specialistici, DH, DS, servizi diagnostici e riabilitazione.

2) Il raggiungimento di una flessibilità organizzativa, in modo da rispondere gradualmente ai cambiamenti dei bisogni sanitari e dell'offerta.

3) Il recupero di efficienza, con una migliore organizzazione delle degenze ospedaliere e lo sviluppo dell'assistenza post-ospedaliera.

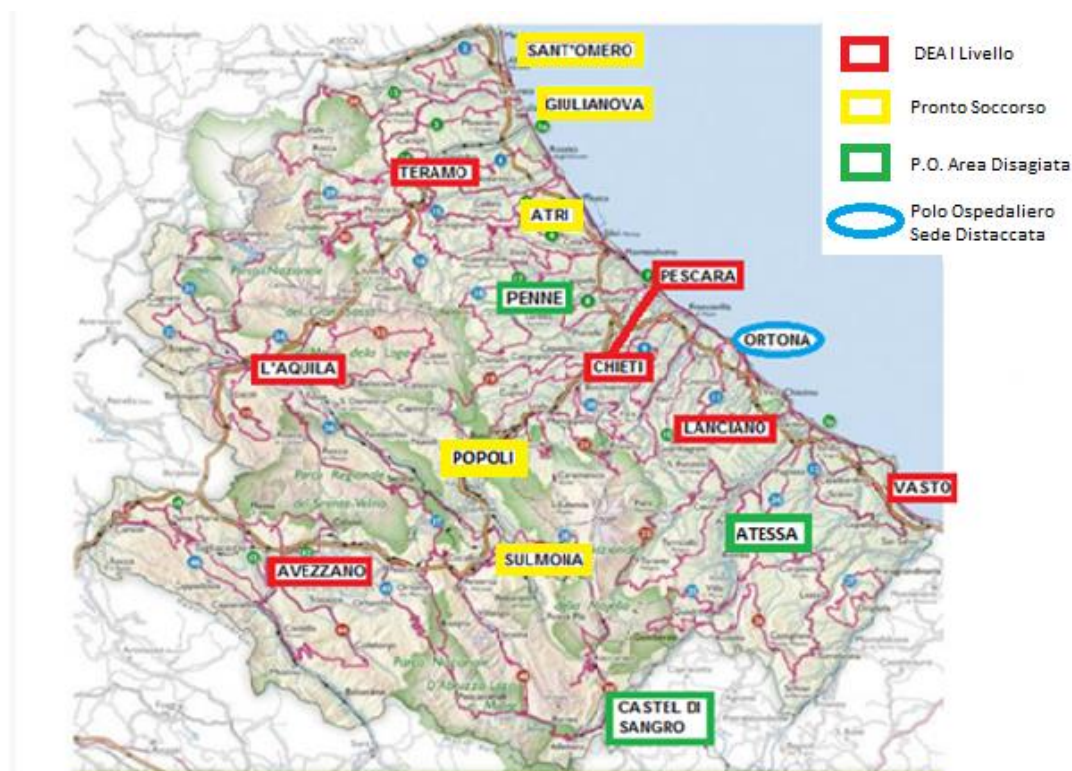
L'articolazione della Rete Ospedaliera è organizzata, secondo il principio delle Reti cliniche integrate (modello HUB e Spoke), in:

- 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;
- 5 Ospedali sedi di Pronto Soccorso (Presidio Ospedaliero di Sulmona, Presidio Ospedaliero di Popoli, Presidio Ospedaliero di Atri, Presidio Ospedaliero di Giulianova e Presidio Ospedaliero di S. Omero);
- 3 Presidi Ospedalieri in zone particolarmente disagiate (Castel di Sangro, Atessa e Penne);
- 1 Polo Ospedaliero (Ortona) afferente al rispettivo Presidio principale (Chieti) con attività sanitaria elettiva e programmata.

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

Riordino Rete Ospedaliera



ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

Nell'anno 2018 sono stati registrati nei PS della Regione Abruzzo 524.975 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 3a vengono riportati gli accessi totali effettuati nel 2018 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 3a: Accessi Totali in Pronto Soccorso– Anno 2018

ASL	PRESIDIO OSPEDALIERO	ACCESSI TOTALI	%
201	OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE-L'AQUILA	43843	8,35%
	OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA-AVEZZANO	35505	6,76%
	OSPEDALE CIVILE-CASTEL DI SANGRO	10565	2,01%
	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA-SULMONA	18057	3,44%
202	OSPEDALE CIVILE "GAETANO BERNABEO"-ORTONA	16581	3,16%
	OSPEDALE CIVILE RENZETTI-LANCIANO	45423	8,65%
	OSPEDALE CIVILE-ATESSA	9784	1,86%
	OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA-CHIETI	61831	11,78%
	PRESIDIO OSPEDALIERO-VASTO	34120	6,50%
203	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO-PESCARA	94529	18,01%
	OSPEDALE CIVILE S.MASSIMO-PENNE	12523	2,39%
	OSPEDALE CIVILE SS. TRINITA'-POPOLI	13447	2,56%
204	OSPED. MARIA SS.MA DELLO SPLENDORE-GIULIANOVA	25537	4,86%
	OSPEDALE "VAL VIBRATA"-SANT'OMERO	29825	5,68%
	OSPEDALE CIVILE MAZZINI-TERAMO	43178	8,22%
	OSPEDALE CIVILE SAN LIBERATORE-ATRI	30227	5,76%
Totale regionale		524975	100,00%

Nella tabella 3b vengono riportati gli accessi totali per singolo Presidio Ospedaliero e per mese.

Si nota come per alcuni P.O. i mesi estivi rappresentano il periodo con maggiore accesso in percentuale.

Tabella 3b : Accessi Totali in Pronto Soccorso per mese – Anno 2018

PRESIDIO SEDE DI P.S.	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
PO-L'AQUILA	8,7%	7,4%	8,0%	8,6%	8,7%	8,5%	8,6%	9,3%	8,1%	8,1%	7,6%	8,3%
PO-SULMONA	9,1%	7,2%	8,5%	8,7%	8,7%	7,9%	8,7%	9,8%	7,8%	7,9%	7,8%	7,8%
PO-AVEZZANO	8,6%	7,3%	8,1%	8,9%	8,5%	8,6%	9,1%	9,9%	7,8%	7,9%	7,5%	7,7%
PO-CASTEL DI SANGRO	10,8%	8,5%	8,2%	7,9%	7,3%	7,5%	9,2%	12,7%	7,3%	7,0%	6,2%	7,5%
PO-TERAMO	8,4%	7,3%	8,3%	8,7%	8,8%	8,3%	8,8%	9,5%	8,0%	8,3%	7,6%	8,0%
PO-GIULIANOVA	7,6%	6,7%	7,6%	7,6%	8,1%	9,3%	11,4%	12,5%	8,0%	7,4%	6,7%	7,0%
PO-ATRI	7,4%	6,1%	7,1%	7,9%	8,1%	9,3%	10,8%	11,9%	8,1%	8,0%	7,4%	7,7%
PO-SANT'OMERO	8,2%	6,9%	7,5%	8,0%	8,4%	8,9%	10,2%	11,2%	7,8%	8,0%	7,2%	7,8%
PO-PESCARA	8,7%	7,1%	8,2%	8,8%	8,7%	8,7%	9,0%	9,7%	8,1%	7,9%	7,6%	7,6%
PO-PENNE	8,7%	6,8%	8,6%	8,8%	8,6%	8,1%	9,3%	9,7%	8,4%	8,0%	7,6%	7,4%
PO-POPOLI	8,3%	6,1%	7,6%	8,3%	8,5%	7,8%	9,5%	10,6%	9,3%	8,4%	8,2%	7,5%
PO-CHIETI	8,5%	7,5%	8,5%	9,0%	8,5%	8,5%	9,0%	9,2%	8,0%	8,2%	7,4%	7,6%
PO-LANCIANO	7,9%	6,8%	8,2%	8,8%	8,7%	8,6%	9,4%	10,0%	8,2%	8,0%	7,4%	7,9%
PO-VASTO	8,2%	6,6%	7,9%	8,5%	8,1%	8,5%	10,1%	11,2%	7,8%	8,2%	7,3%	7,4%
PO-ATESSA	8,6%	7,2%	7,6%	8,3%	8,1%	8,9%	9,0%	9,0%	8,9%	8,4%	7,8%	8,0%
PO-ORTONA	7,8%	7,1%	8,2%	8,4%	9,3%	8,9%	10,1%	9,8%	8,2%	7,8%	7,2%	7,2%
MEDIA REGIONALE	8,4%	7,1%	8,1%	8,6%	8,5%	8,6%	9,4%	10,2%	8,1%	8,0%	7,4%	7,7%

Nella tabella 3c si evidenzia una percentuale di accessi maggiore per i pazienti compresi nella classe di età 0 - 45 anni, mentre in tabella 3d è riportata la percentuale per classi di età e Presidio Ospedaliero sede di P.S.

Tabella 3c: Accessi Totali in Pronto Soccorso per classi di età – Anno 2018

Classi di età	% di accessi
0-44	45,17%
45-54	12,56%
55-64	11,69%
65-74	11,56%
75-84	11,88%
85+	7,14%
Totale	100,00%

Tabella 3d: Accessi Totali in Pronto Soccorso per classi di età e P.O. – Anno 2018

Classi di età	PO-GIULIANOVA	PO-SANT'OMERO	PO-ORTONA	PO-PESCARA	PO-TERAMO	PO-LANCIANO	PO-PENNE	PO-ATRI	PO-L'AQUILA	PO-AVEZZANO	PO-POPOLI	PO-ATESSA	PO-CASTEL DI SANGRO	PO-SULMONA	PO-CHIETI	PO-VASTO
0-44	38,77%	49,80%	37,35%	50,77%	45,56%	43,23%	34,83%	44,66%	51,01%	46,68%	32,43%	26,35%	37,58%	40,18%	46,35%	44,67%
45-54	15,29%	12,75%	16,07%	11,67%	12,50%	12,41%	13,73%	13,94%	11,22%	11,69%	14,01%	12,05%	13,77%	12,30%	12,47%	11,91%
55-64	13,69%	11,04%	15,00%	9,95%	11,75%	11,25%	13,42%	12,70%	11,24%	12,16%	14,80%	12,33%	13,66%	11,87%	11,52%	11,30%
65-74	12,08%	10,21%	13,60%	10,17%	10,83%	11,95%	14,40%	11,98%	9,94%	11,08%	14,00%	17,60%	13,67%	13,18%	11,99%	11,83%
75-84	13,23%	10,39%	11,77%	10,81%	12,02%	12,87%	14,43%	11,12%	10,14%	10,82%	15,12%	21,35%	12,86%	13,06%	11,36%	12,71%
85+	6,93%	5,81%	6,21%	6,62%	7,35%	8,30%	9,20%	5,59%	6,45%	7,57%	9,64%	10,32%	8,46%	9,42%	6,31%	7,58%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

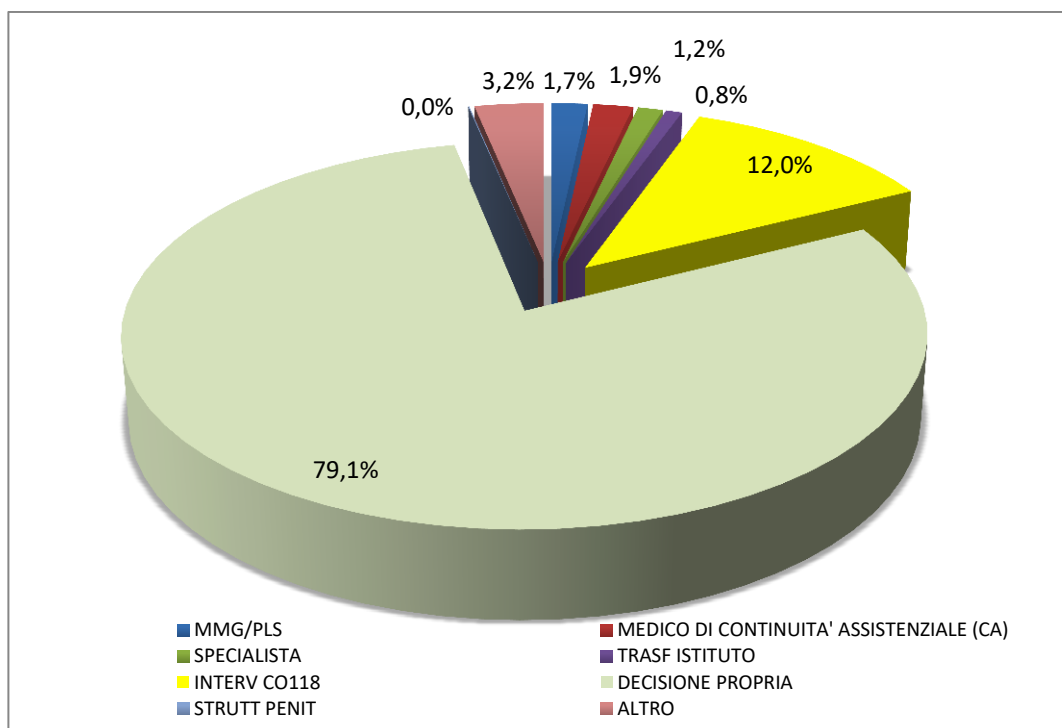
ACCESSI PER TIPOLOGIA DI INVIO

Dall'analisi dei dati estratti dal flusso EMUR si evince che per il 79,1% 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 2018



- 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.

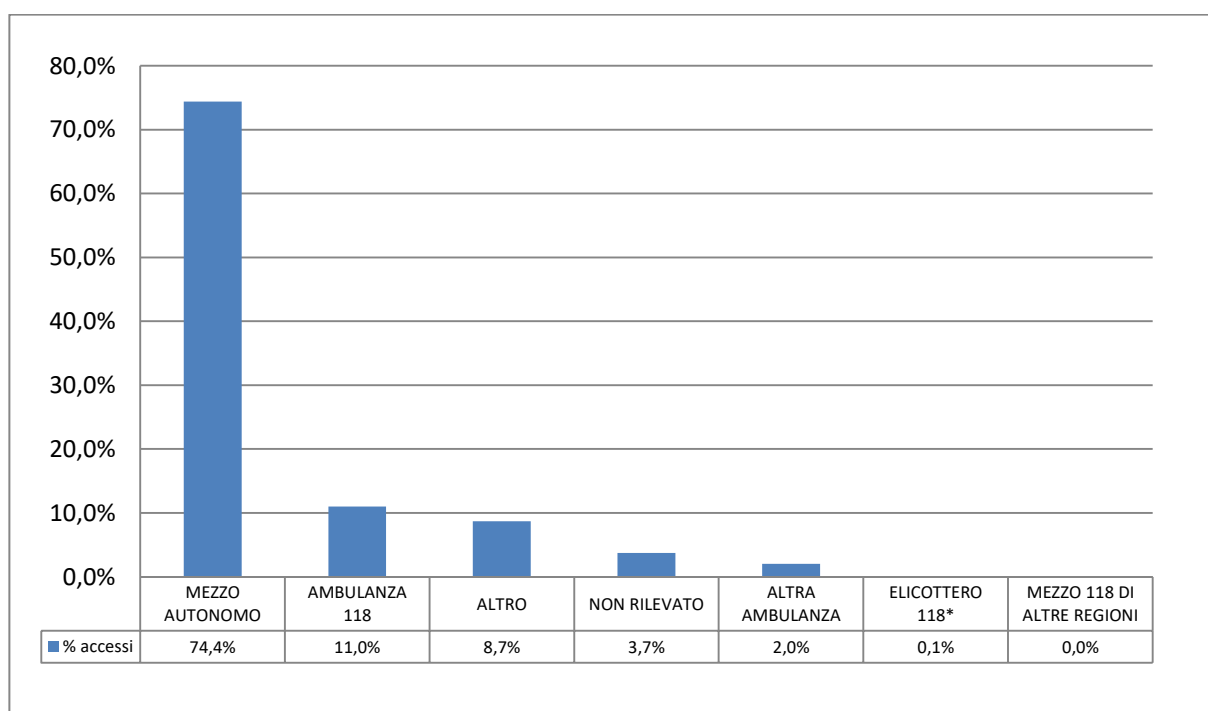
Con **MEZZO AUTONOMO** si intende il paziente arrivato con mezzi propri (personali o di accompagnatori).

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 nel 2018 è rappresentata dall'uso del mezzo proprio, circa il 74%. 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 2018



*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

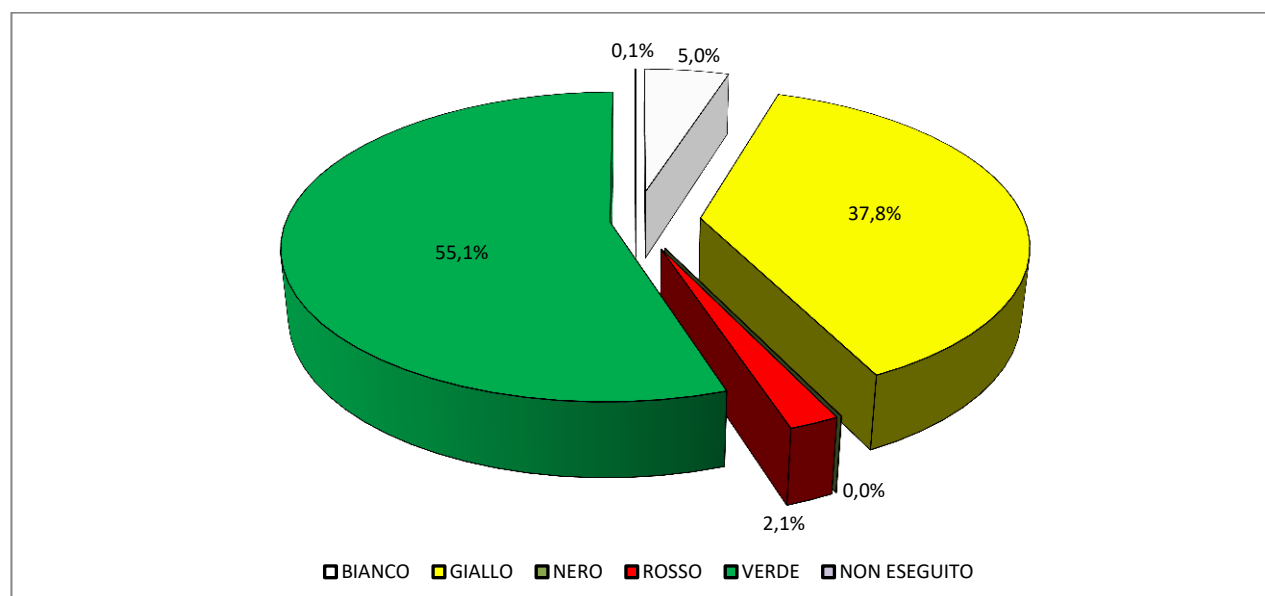
Il **NON ESEGUITO**, in coerenza con Linee Guida ottobre 2001 "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema di emergenza urgenza sanitario". (G.U. n 285 del 7/12/2001), dovrebbe essere utilizzato solo da quelle strutture in cui risultano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

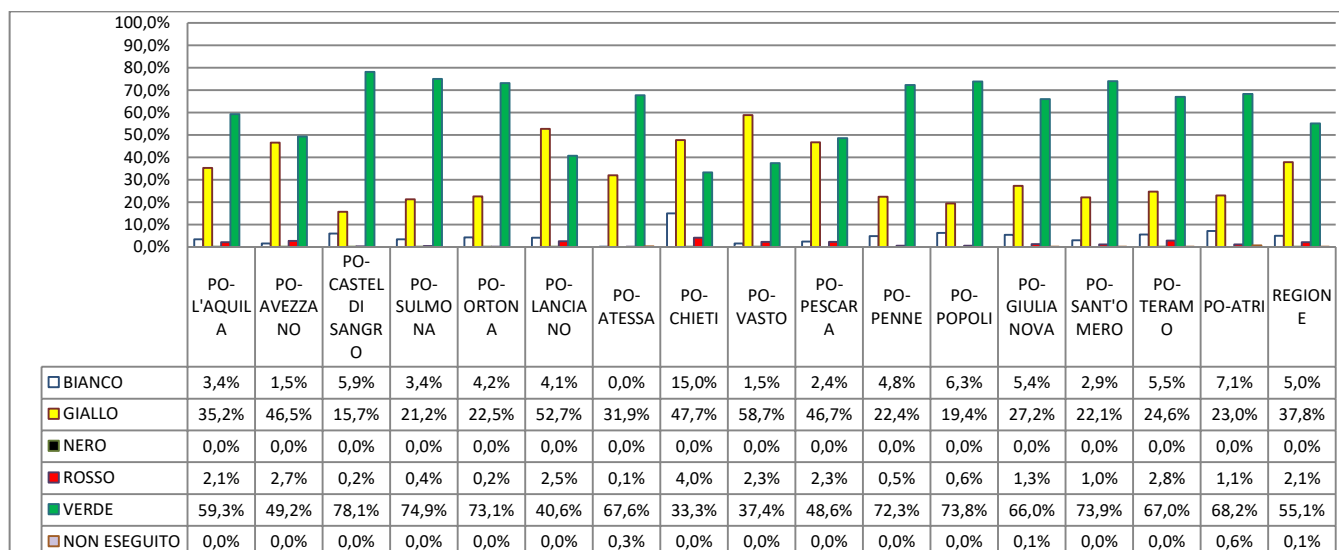
Numeratore	Accessi per TRIAGE ACCESSO	X 100
Denominatore	Numero totale di accessi	

Grafico 3: Percentuale di accessi per codice colore secondo le specifiche EMUR nella Regione Abruzzo– Anno 2018



Dal grafico 3 si nota come circa al 55% degli accessi registrati nel 2018 è stato attribuito il codice colore VERDE. Nel grafico 4 vengono rappresentati gli accessi della Regione Abruzzo, riferiti all'anno 2018, suddivisi per codice colore per singolo Presidio Ospedaliero.

Grafico 4: Percentuale di accessi per codice colore secondo le specifiche EMUR per singolo PO- Anno 2018



Nel 2018 alla maggior parte degli accessi è stato attribuito il codice **VERDE** (circa il 55% di tutti gli accessi) con una variabilità tra i vari presidi che va dal 33,3% di Chieti al 78,1 % di Castel di Sangro.

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

I codici **GIALLI** rappresentano il 37,8% di tutti gli accessi regionali con un valore minimo pari al 15,7% (P.O. di Castel di Sangro) e un valore massimo di 58,7% (P.O. di Vasto).

Infine, per quanto riguarda la percentuale degli accessi regionali con codice **BIANCO** pari al 5,0% del totale, si osserva anche in questo caso una variabilità tra i vari presidi che va dallo 0% di Atessa al 15% di Chieti.

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

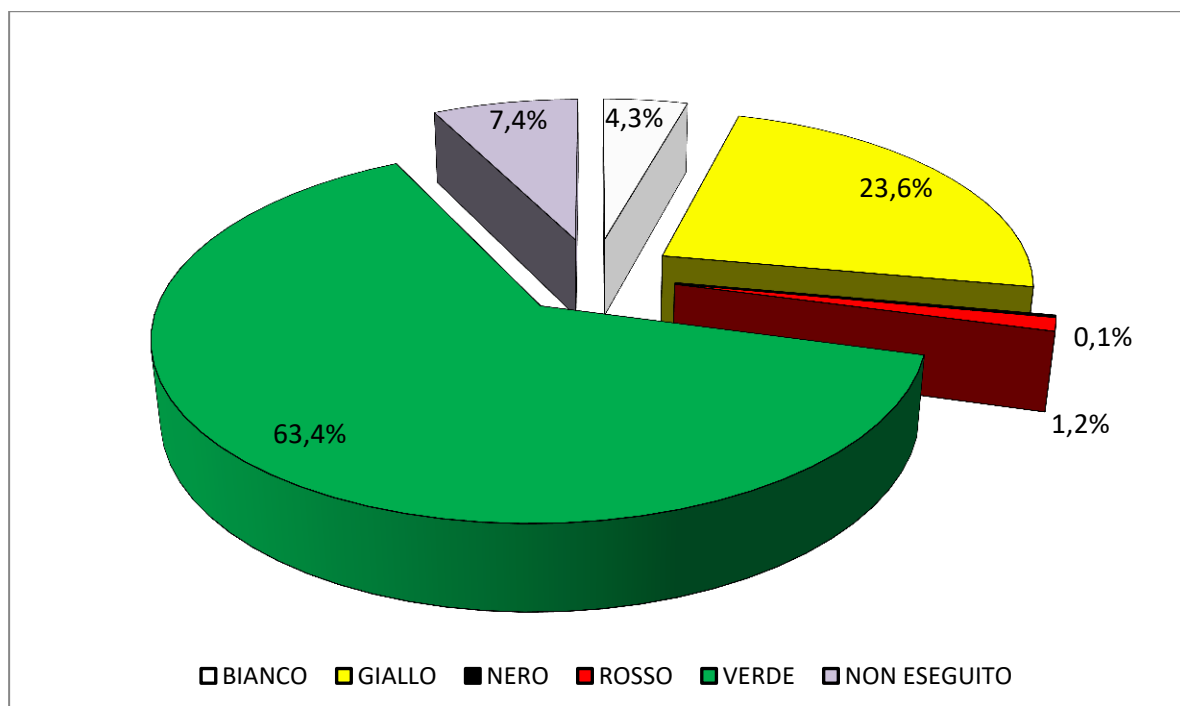
Il livello Appropriatazza Accesso indica il livello di appropriatezza dell'accesso valutato dal medico dopo la visita in Pronto Soccorso.

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

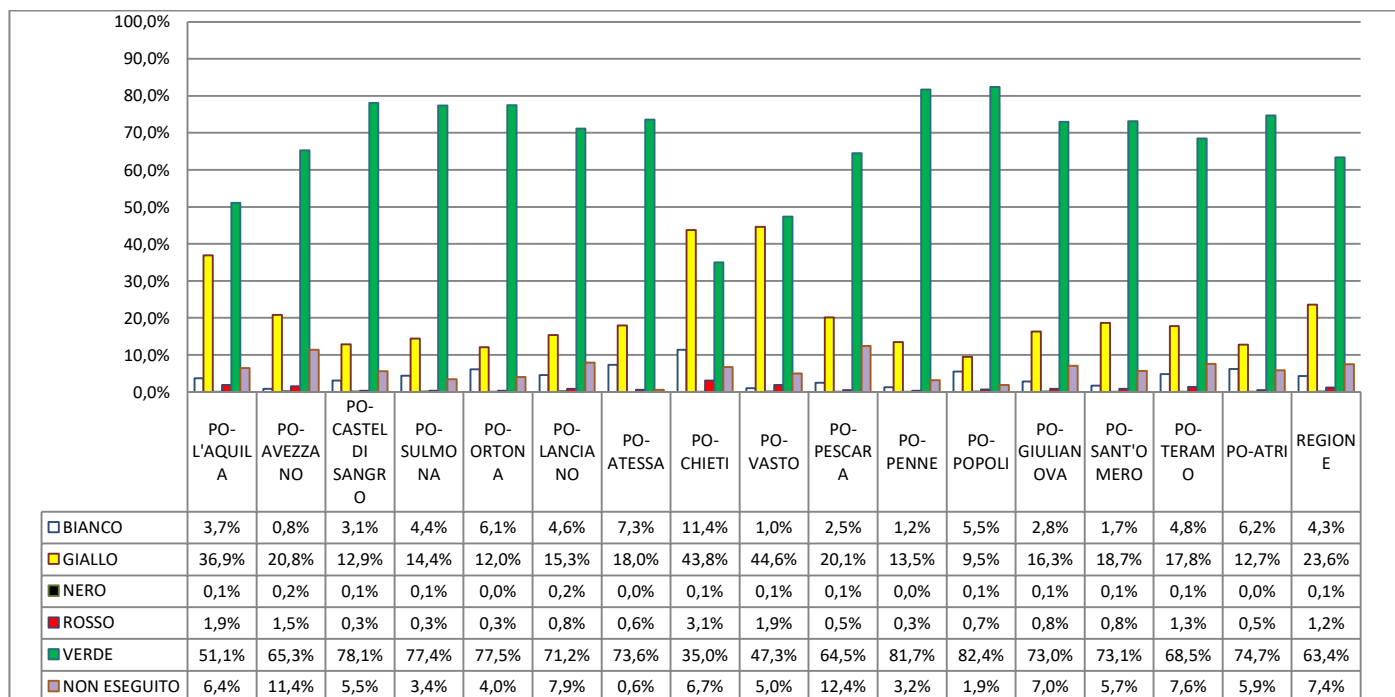
Numeratore	Accessi per LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO	X 100
Denominatore	Numero totale di accessi	

Grafico 5: Percentuale di accessi per Livello Appropriatazza Accesso nella Regione – Anno 2018



Il Livello Appropriatazza Accesso più alto nella Regione Abruzzo è rappresentato dal **VERDE**, circa il 63,4%.

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



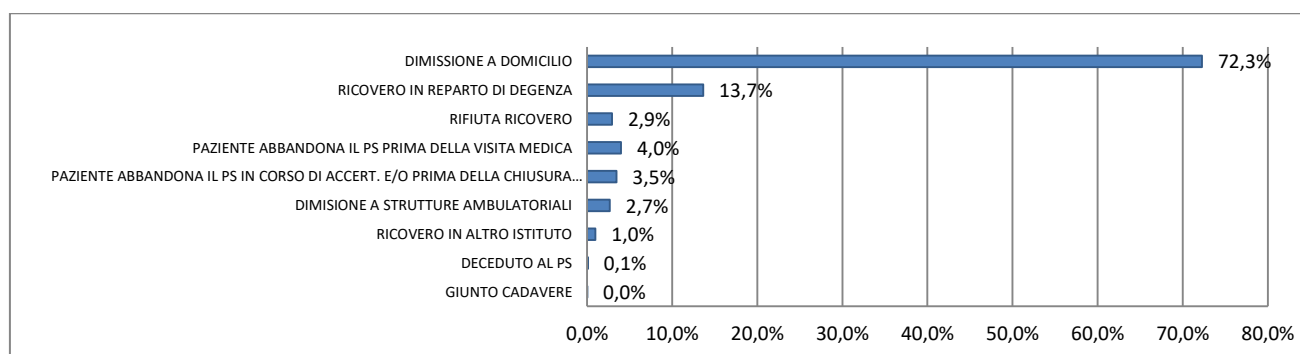
Il grafico 6 illustra, per Presidio Ospedaliero, la distribuzione degli accessi per Livello Appropriatazza Accesso (LAA). Si può notare come il P.O. di Popoli con circa l'82,4% del LAA **VERDE** (Poco critico Priorità bassa, prestazione differibile) abbia una percentuale molto più alta della media regionale (63,4% LAA **VERDE**). Mentre il LAA **ROSSO** (Molto critico. Priorità massima) ha la percentuale più alta nel PO di Chieti (3,1%).

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 2018



Dall'analisi dei dati dal flusso EMUR si evidenzia come la "Dimissione a domicilio" si configura come l'esito del trattamento più rappresentativo (72,3% degli accessi totali) e che il "Ricovero in reparto di degenza" rappresenta solo il 13,7% degli accessi totali.

Tabella 4a : Percentuale di distribuzione dell'ESITO TRATTAMENTO per classe di età - anno 2018

Esito Trattamento	Classi di età					
	0-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
DIMISSIONE A DOMICILIO	47,2%	13,4%	12,1%	11,3%	10,6%	5,3%
RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA	31,2%	6,5%	8,8%	13,4%	20,9%	19,2%
RICOVERO IN ALTRO ISTITUTO	27,2%	10,0%	12,5%	15,5%	19,6%	15,3%
DECEDUTO AL PS	2,6%	4,0%	6,5%	12,6%	28,7%	45,7%
RIFIUTA RICOVERO	44,0%	11,9%	11,8%	12,2%	12,4%	7,7%
PAZIENTE ABBANDONA IL PS PRIMA DELLA VISITA MEDICA	53,5%	16,8%	12,1%	8,9%	6,6%	2,1%
PAZIENTE ABBANDONA IL PS IN CORSO DI ACCERT. E/O PRIMA DELLA CHIUSURA DELLA CARTELLA CLINICA	56,2%	11,6%	11,1%	10,1%	8,0%	3,0%
DIMISSIONE A STRUTTURE AMBULATORIALI	42,7%	16,7%	14,7%	12,1%	10,0%	3,9%
GIUNTO CADAVERE	5,3%	5,3%	14,0%	12,3%	28,1%	35,1%

Le tabelle 4a e 4b mostrano rispettivamente la distribuzione delle percentuali di accessi per esito in base all'età ed al P.O.

Tabella 4b: Percentuale di distribuzione dell'ESITO TRATTAMENTO per singolo P.O. anno 2018

Esito Trattamento	PO-GIULIANOVA	PO-SANT'OMERO	PO-ORTONA	PO-PESCARA	PO-TERAMO	PO-LANCIANO	PO-PENNE	PO-ATRI	PO-L'AQUILA	PO-AVEZZANO	PO-POPOU	PO-ATESSA	PO-CASTEL DI SANGRO	PO-SULMONA	PO-CHIETI	PO-VASTO
DIMISSIONE A DOMICILIO	83,6%	83,5%	50,2%	66,8%	76,0%	73,1%	79,7%	83,5%	72,1%	65,7%	87,2%	87,6%	61,7%	72,9%	67,5%	69,7%
RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA	8,3%	9,7%	7,7%	18,1%	16,1%	11,1%	14,0%	9,8%	16,5%	14,6%	9,3%	0,1%	7,8%	13,2%	16,2%	13,5%
RICOVERO IN ALTRO ISTITUTO	1,0%	1,1%	2,1%	0,6%	0,2%	0,8%	2,0%	0,8%	0,1%	0,7%	0,9%	11,6%	2,0%	0,8%	0,8%	0,8%
DECEDUTO AL PS	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
RIFIUTA RICOVERO	0,0%	0,0%	4,9%	2,1%	0,0%	1,9%	1,1%	0,0%	1,4%	4,4%	0,7%	0,1%	13,8%	1,9%	8,0%	7,3%
PAZIENTE ABBANDONA IL PS PRIMA DELLA VISITA MEDICA	4,0%	1,3%	1,7%	10,1%	5,3%	1,3%	1,0%	2,2%	3,0%	3,4%	1,0%	0,3%	2,0%	1,1%	3,5%	2,1%
PAZIENTE ABBANDONA IL PS IN CORSO DI ACCERT. ...	3,0%	4,4%	2,3%	2,2%	2,2%	6,6%	2,2%	3,6%	3,5%	8,0%	0,9%	0,2%	3,5%	2,3%	3,2%	2,9%
DIMISSIONE A STRUTTURE AMBULATORIALI	0,0%	0,0%	31,0%	0,0%	0,1%	5,0%	0,0%	0,0%	3,4%	3,0%	0,0%	0,1%	8,9%	7,7%	0,7%	3,6%
GIUNTO CADAVERE	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

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:

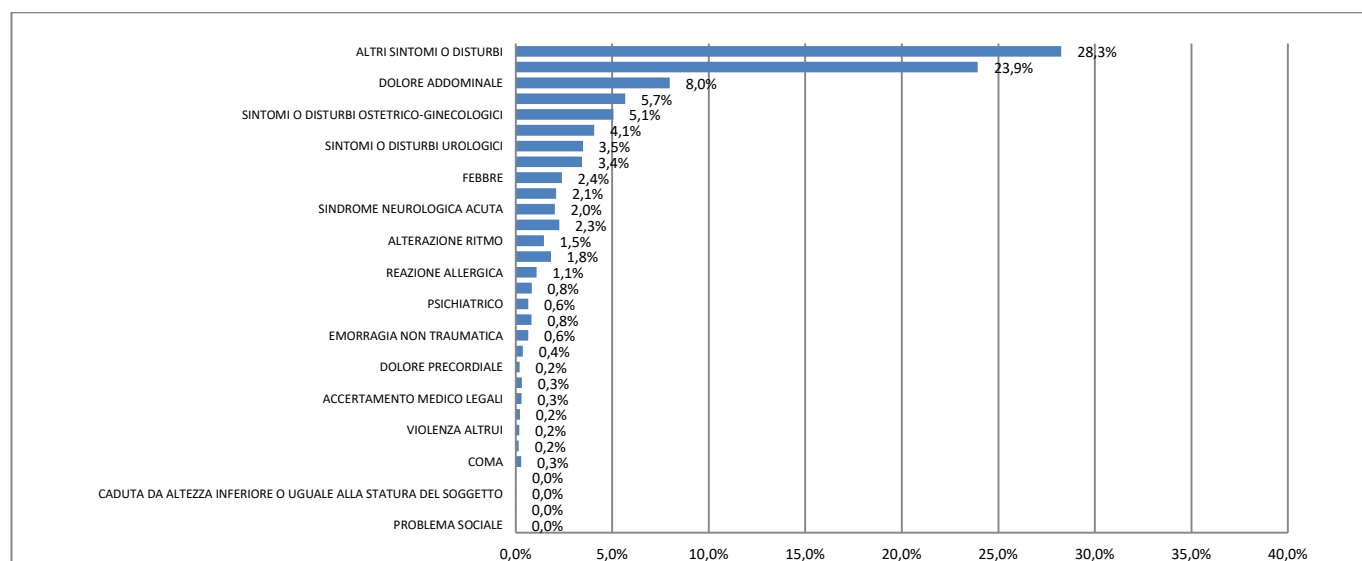
Tabella 5a: Problema Principale riscontrato/percepito al momento del Triage

Elenco Problema Principale	
01 Coma	17 Sintomi o disturbi oculistici
02 Sindrome neurologica acuta	18 Sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici
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” (28,3%) seguito dal “Trauma” (23,9%).

Tabella 5b: Problema Principale riscontrato/percepito al momento del Triage – Distribuzione percentuale per singolo P.O.

Problema Principale	PO-GIULIANOVA	PO-SANTOMERO	PO-ORTONA	PO-PESCARA	PO-TERAMO	PO-LANCIANO	PO-PENNE	PO-ATRI	PO-L'AQUILA	PO-AVEZZANO	PO-POPOLI	PO-ATESSA	PO-CASTEL DI SANGRO	PO-SULMONA	PO-CHIETI	PO-VASTO
COMA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	1,4%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	2,1%
SINDROME NEUROLOGICA ACUTA	0,1%	0,2%	0,1%	7,6%	1,0%	0,7%	5,9%	0,2%	0,6%	0,7%	4,4%	0,2%	0,3%	0,2%	0,7%	0,6%
ALTRI SINTOMI SISTEMA NERVOSO	0,2%	0,7%	0,6%	0,0%	2,5%	5,8%	0,0%	0,4%	2,0%	2,8%	0,0%	0,4%	0,8%	2,0%	2,1%	5,2%
DOLORE ADDOMINALE	3,0%	6,9%	5,7%	11,0%	5,7%	10,1%	11,6%	5,3%	6,5%	7,4%	10,8%	4,0%	8,5%	8,3%	6,1%	12,0%
DOLORE TORACICO	2,0%	2,4%	3,3%	12,1%	4,2%	4,0%	13,0%	2,5%	3,8%	4,9%	11,7%	1,8%	3,7%	4,1%	4,1%	5,0%
DISPNEA	1,3%	1,8%	2,3%	0,0%	3,2%	2,7%	0,0%	1,3%	2,1%	3,0%	0,0%	1,7%	2,1%	3,8%	3,3%	4,8%
DOLORE PRECORDIALE	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,1%	0,2%	0,7%	0,0%	0,2%	0,1%	0,5%	0,2%	0,2%
SHOCK	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
EMORRAGIA NON TRAUMATICA	0,1%	0,6%	0,3%	0,0%	0,9%	1,3%	0,0%	0,1%	0,8%	0,5%	0,0%	0,4%	0,4%	0,4%	0,8%	2,7%
TRAUMA	25,7%	22,1%	36,4%	23,8%	16,9%	23,5%	36,6%	20,8%	24,0%	23,3%	39,0%	22,4%	36,5%	26,1%	18,3%	26,4%
INTOSSICAZIONE	0,2%	0,2%	0,0%	0,7%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,4%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,4%
FEBBRE	0,9%	3,7%	1,4%	0,0%	3,5%	3,1%	0,0%	2,9%	4,3%	2,7%	0,0%	1,6%	1,3%	4,3%	3,1%	3,9%
REAZIONE ALLERGICA	0,5%	0,9%	1,0%	1,0%	0,7%	1,3%	1,5%	0,7%	1,1%	1,2%	1,1%	1,5%	1,3%	1,3%	0,7%	2,2%
ALTERAZIONE RITMO	1,6%	1,1%	1,8%	0,0%	2,2%	2,7%	0,0%	0,9%	2,0%	1,7%	0,0%	0,6%	1,6%	2,7%	1,7%	2,8%
IPERTENSIONE ARTERIOSA	0,8%	1,0%	0,7%	0,0%	1,2%	1,4%	0,0%	0,8%	1,2%	0,9%	0,0%	1,2%	1,6%	1,0%	0,9%	1,5%
STATO DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA	0,4%	0,1%	0,2%	0,0%	0,2%	0,5%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,5%	0,2%
SINTOMI O DISTURBI OCULARI	0,5%	0,5%	5,4%	3,2%	6,7%	4,8%	3,6%	5,2%	4,8%	3,9%	0,4%	1,2%	2,0%	5,4%	7,4%	1,8%
SINTOMI O DISTURBI OTORINOLARINGOIATRICI	4,9%	0,9%	4,2%	4,8%	3,8%	3,6%	4,4%	3,0%	4,0%	2,1%	2,0%	0,9%	1,4%	3,4%	3,5%	2,4%
SINTOMI O DISTURBI OSTETRICO-GINECOLOGICI	0,2%	7,4%	0,4%	7,8%	6,4%	4,6%	1,1%	0,4%	4,7%	5,3%	0,2%	0,1%	0,1%	4,0%	7,9%	6,5%
SINTOMI O DISTURBI DERMATOLOGICI	0,1%	0,5%	0,2%	4,0%	2,0%	3,4%	3,3%	1,0%	3,0%	0,1%	7,9%	1,0%	1,1%	0,6%	2,5%	1,1%
SINTOMI O DISTURBI ODONTOSTOMATOLOGICI	0,2%	0,3%	0,1%	0,0%	0,5%	0,7%	0,0%	0,7%	0,7%	0,2%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,7%	0,4%
SINTOMI O DISTURBI UROLOGICI	2,6%	2,2%	2,0%	4,2%	3,3%	3,0%	3,0%	3,3%	3,8%	2,4%	3,3%	1,5%	2,1%	3,3%	4,5%	5,3%
ALTRI SINTOMI O DISTURBI	52,3%	45,2%	32,8%	17,5%	32,6%	17,3%	14,6%	49,8%	26,6%	34,0%	17,2%	58,1%	30,5%	27,4%	28,5%	9,6%
ACCERTAMENTO MEDICO LEGALI	0,1%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
PROBLEMA SOCIALE	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
CADUTA DA ALTEZZA INFERIORE O UGUALE ALLA STATURA DEL SOGGETTO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
USTIONE	0,2%	0,2%	0,3%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%	0,0%	0,6%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
PSICHIATRICO	1,6%	0,1%	0,0%	1,2%	0,7%	0,6%	0,3%	0,1%	0,6%	0,1%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,7%	0,9%
PNEUMOLOGIA/PATOLOGIA RESPIRATORIA	0,2%	0,9%	0,2%	0,0%	0,7%	2,1%	0,0%	0,0%	2,1%	0,2%	0,0%	0,0%	3,8%	0,1%	1,2%	1,3%
VIOLENZA ALTRUI	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%	1,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,2%	0,2%	0,3%
AUTOLESIONISMO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

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".

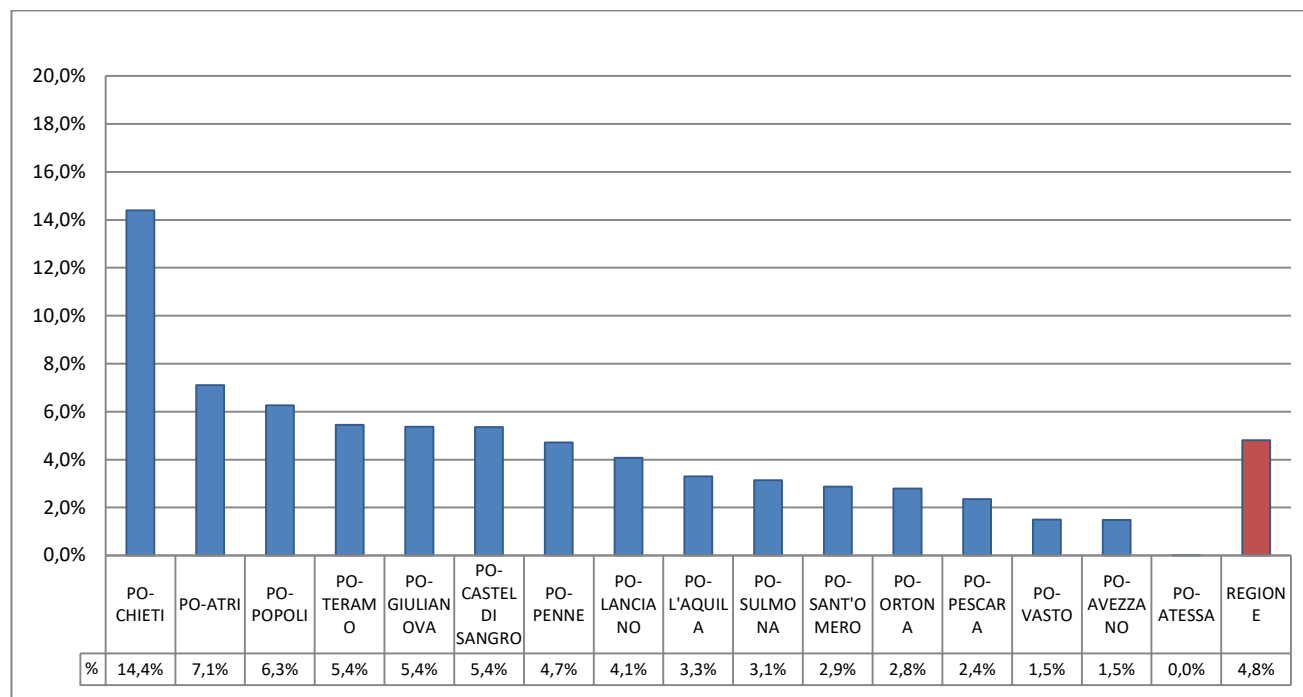
Denominatore

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

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 4,8% . Il PS dell' Ospedale di Chieti è quello che presenta la percentuale di inappropriatezza di accessi per i codici bianchi più alta (14,4%).

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:

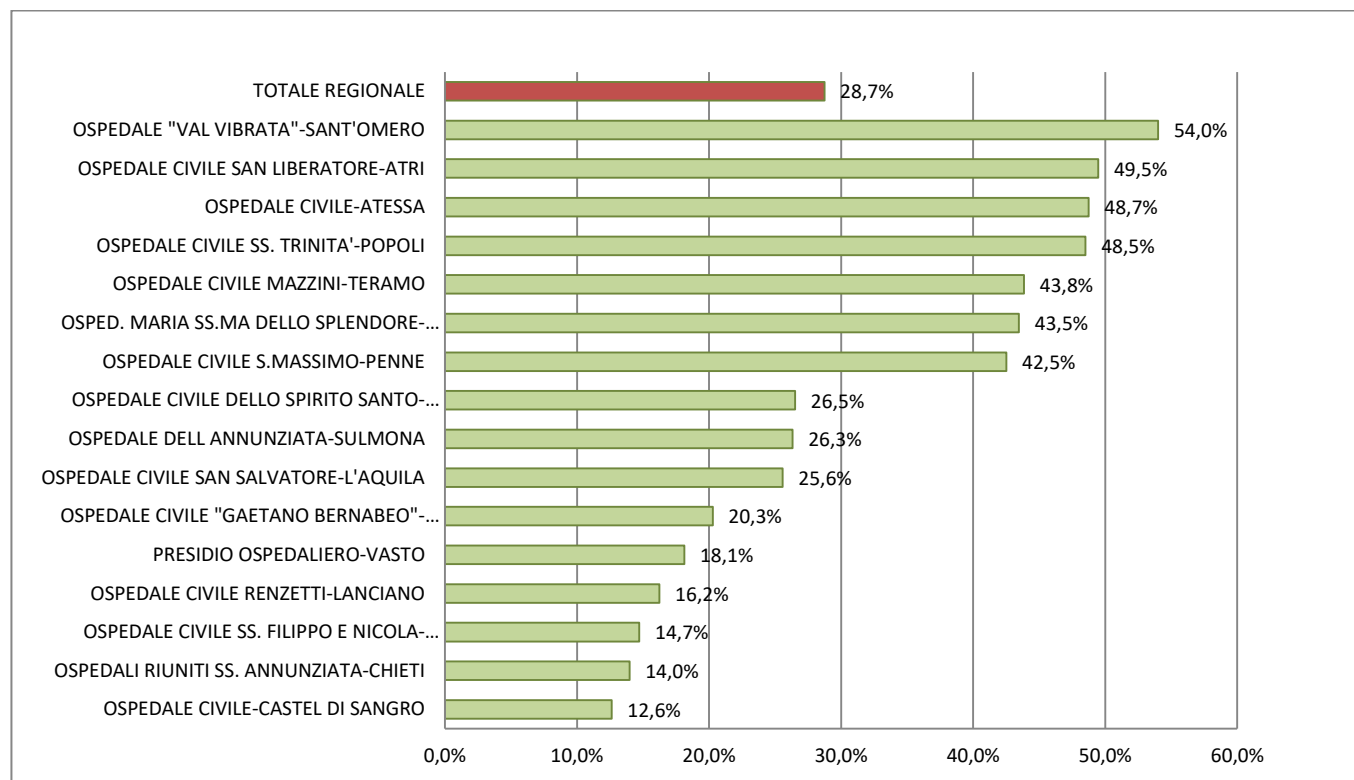
- triage verde ed esito “a domicilio” con unica prestazione visita generale
- invio diverso da
 - a) MMG;
 - b) Pediatra di Libera Scelta;
 - c) Specialista;
 - d) Medico della Continuità Assistenziale;
 - e) Operatore di mezzo di soccorso 118.

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 inappropriately 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’ 12,6 % del P.O. di Castel di Sangro al 54,0% 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 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

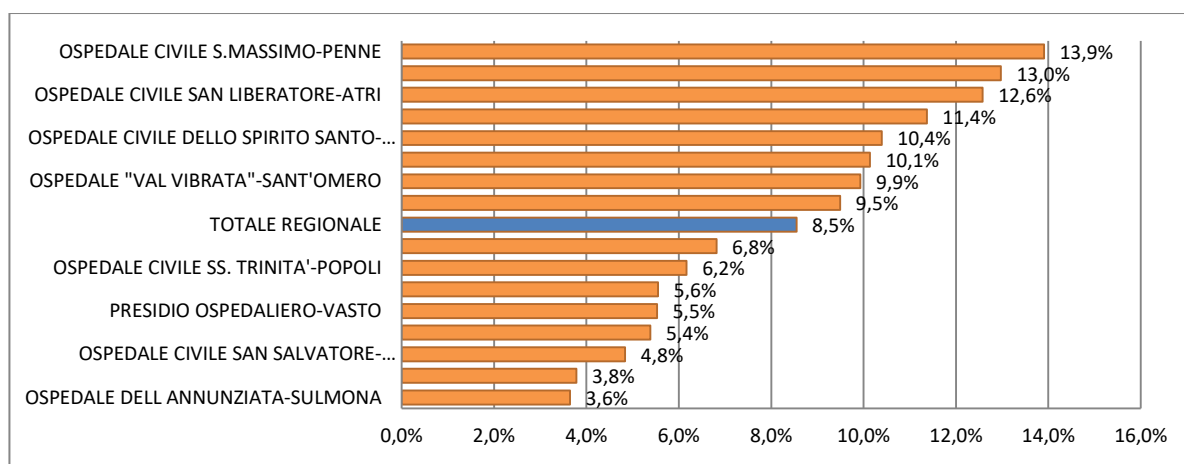
Accessi in Pronto Soccorso ripetuti dalla stessa persona nello stesso PS entro 24 h dalla dimissione a domicilio dell'accesso precedente

Denominatore

Accessi in Pronto soccorso con esito dimissione a domicilio

Nel grafico 11 vengono riportati le percentuali degli accessi 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' 8,5%. La distribuzione di questo dato presenta una variabilità tra i singoli PO che oscilla da un valore minimo pari al 3,6% del PO di Sulmona, ad un valore massimo pari al 13,9% del PO di Penne.

TEMPI DI PERMANENZA IN PRONTO SOCCORSO DALL' ARRIVO

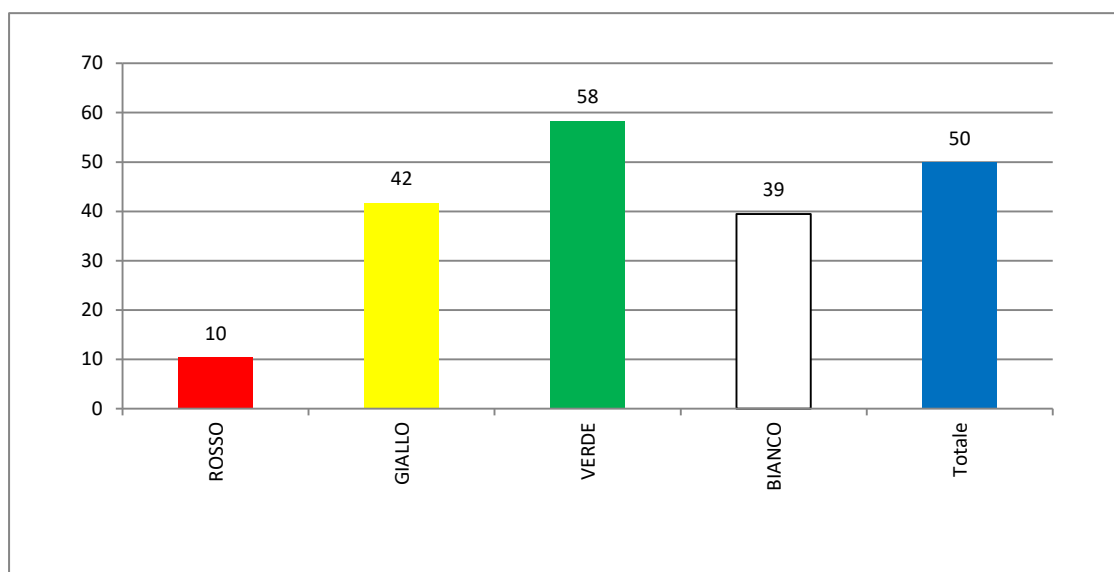
In questa sezione del report si è proceduto all'analisi di quelli che sono i tempi medi che un paziente che arriva in pronto soccorso attende fino al momento della presa in carico da parte del medico.

Tabella 6: Tempo medio (minuti) di permanenza fino alla presa in carico, per codice triage

CODICI TRIAGE ACCESSO	PRESA IN CARICO (MINUTI)
ROSSO	10
GIALLO	42
VERDE	58
BIANCO	39
Totale	50

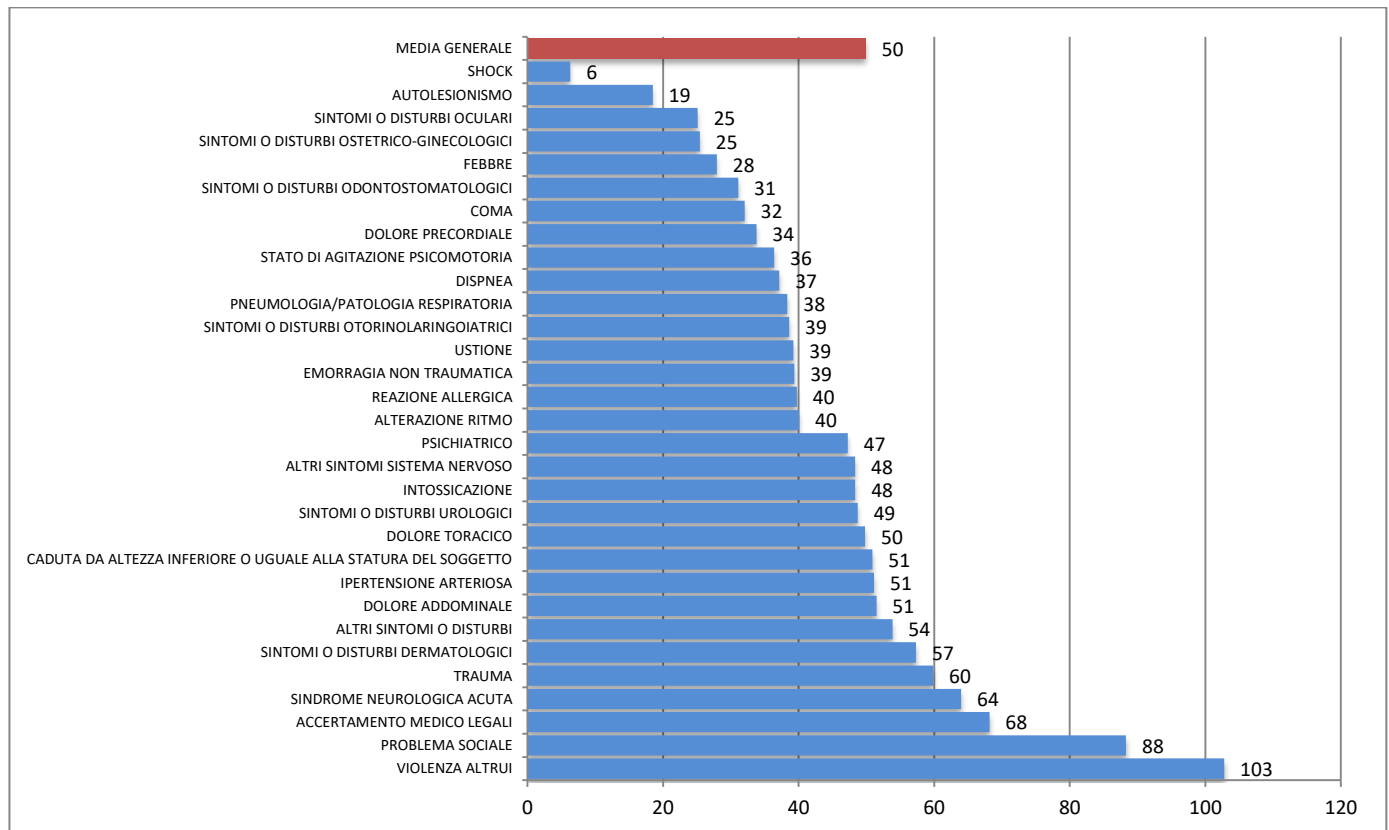
Come si può notare in tabella 6 il tempo medio di attesa fino alla presa in carico da parte del medico di P.S. è di 50 minuti in totale. Tale valore varia dai 10 minuti per i codici rossi fino ai 58 minuti per i codici verdi.

Grafico 12: Rappresentazione grafica del tempo medio di permanenza



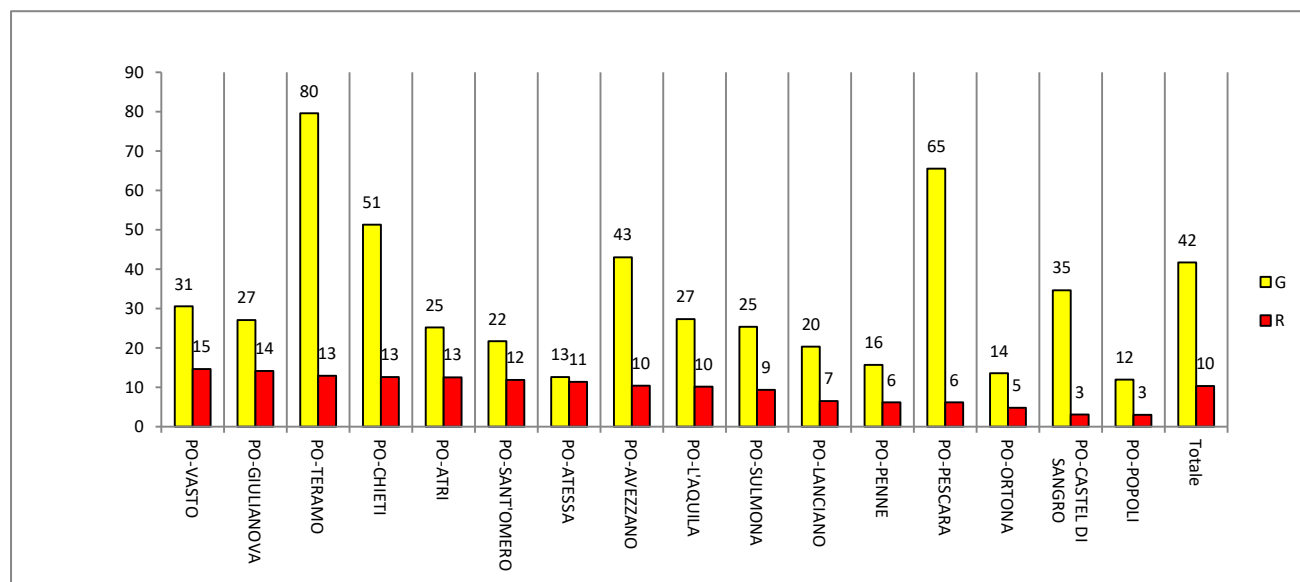
Nel grafico 13 è rappresentata la media del tempo di permanenza per tipo di Problema Principale riscontrato/percepito al momento del Triage. I valori vanno da un minimo di 6 minuti per lo “Shock” ad un massimo di 103 minuti per “violenza altrui”.

Grafico 13: Rappresentazione grafica del tempo medio di permanenza dal triage alla presa in carico per problema principale



14 lo stesso tempo medio di attesa dal momento dell’arrivo in PS fino alla presa in carico da parte del medico è stato analizzato per i due codici rossi e gialli che rappresentano livello di urgenza rispettivamente molto critico e mediamente critico, stratificando i risultati per Pronto Soccorso. Si evidenzia che la media di 10 minuti per i codice rosso ha valori tra i singoli pronto soccorso che variano da un minimo di 3 minuti per i P.O. di Popoli e Castel di Sangro ad un massimo di 15 per il P.O. di Vasto, mentre per i codici gialli la media di attesa varia da un minimo di 12 minuti per il P.O. di Popoli ad un massimo di 80 minuti per il P.O. di Teramo rispetto ad una media regionale di 42 minuti.

Grafico 14: Rappresentazione grafica del tempo medio di permanenza dall'arrivo al PS fino alla presa in carico stratificata per P.O. sede di pronto soccorso



Successivamente per i pazienti dimessi dal pronto soccorso e ricoverati presso i reparti di degenza dell'ospedale (esito del trattamento=2 "ricovero in reparto di degenza") abbiamo rilevato i tempi medi (in ore) dall'accesso al PS. fino alla dimissione dallo stesso e quindi al ricovero presso il reparto di degenza. I valori per P.O. sede di Pronto soccorso e per i codici gialli e rossi, sono rappresentati in tabella 7.

Tabella 7: Tempo medio (ORE) di permanenza dall'accesso al ricovero

P.O. sedi di P.S.	Gialli	Rossi
PO-SANT'OMERO	6	6
PO-AVEZZANO	11	5
PO-CHIETI	5	4
PO-TERAMO	6	4
PO-GIULIANOVA	5	4
PO-LANCIANO	7	4
PO-VASTO	5	3
PO-PESCARA	3	3
PO-SULMONA	5	2
PO-ATRI	4	2
PO-CASTEL DI SANGRO	7	2
PO-L'AQUILA	4	2
PO-PENNE	2	2
PO-ORTONA	3	1
PO-POPOLI	3	1
PO-ATESSA	3	-
Totale complessivo	5	3

Quindi il tempo medio dall'arrivo in PS. fino al ricovero, è stato elaborato anche per reparto di ricovero considerando simultaneamente solo i codici rossi e gialli. I valori vanno da un minimo di 0,1 ore (circa 6 min.) per il reparto Nido ad un massimo di 8,1 ore per il reparto di Cardiologia. Un tempo alto in questi casi si potrebbe giustificare da una momentanea indisponibilità di posti nel reparto di ricovero.

Tabella 8: Tempo medio (in ore) di permanenza dall'accesso (per i soli codici gialli e rossi) al ricovero stratificato per reparto di degenza

Reparto	P.O.-GIULIANOVA	P.O.-SANT'OMERO	P.O.-ORTONA	P.O.-PESCARA	P.O.-TERAMO	P.O.-LANCIANO	P.O.-PENNE	P.O.-ATRI	P.O.-L'AQUILA	P.O.-AVEZZANO	P.O.-POPOLI	P.O.-ATESSA	P.O.-CASTEL DI SANGRO	P.O.-SULMONA	P.O.-CHIETI	P.O.-VASTO	Totale complessivo
CARDIOLOGIA	5,0	10,1		5,0	10,1	21,0	1,9	4,4	6,8	8,1				8,0	12,4	9,2	8,1
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI				4,7	12,0				6,1	14,7					6,6	6,4	7,4
GASTROENTEROLOGIA																6,9	6,9
MEDICINA GENERALE	6,3	7,0	2,8	4,4	7,0	10,4	1,8	3,9	5,1	14,4	2,9	2,7	7,2	6,3	7,2	6,9	6,7
GERIATRIA			2,6	5,0			1,7		4,7	14,4					4,2	7,3	6,4
NEFROLOGIA				5,2	5,1										7,4	7,9	6,4
NEUROLOGIA	5,7	4,2			3,7	4,9		3,5	3,6	10,8					4,8	5,5	5,5
PNEUMOLOGIA					6,3				3,6						4,7		4,9
UROLOGIA	14,6	8,4		3,8	7,3			2,9	4,2	9,7				2,7	4,3	4,2	4,7
CHIRURGIA PLASTICA				4,6													4,6
CHIRURGIA GENERALE	4,4	5,1	3,3	3,4	6,7	6,7	1,3	4,4	3,8	6,8	2,3		6,7	3,7	4,5	5,5	4,5
UNITA' CORONARICA	2,8	8,7		2,4	5,1	5,6			2,9	4,1				8,7	3,1	4,9	3,9
OTORINOLARINGOIATRIA	6,4			2,9	9,1				2,5	5,2					5,4	4,8	3,9
CHIRURGIA TORACICA				3,7	4,4												3,8
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE					21,6	4,6			1,4								3,5
REUMATOLOGIA									3,5								3,5
ALLERGOLOGIA				3,5													3,5
CHIRURGIA VASCOLARE	3,8	2,0		2,6	3,4				3,2	3,7					4,1		3,4
ONCOLOGIA	17,4			2,9	4,7				3,3	8,9							3,4
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,9	4,3		2,3	3,7	2,9	1,2	2,3	2,8	3,6	1,4		2,6	2,1	3,9	3,5	3,0
NEUROCHIRURGIA	7,7	4,8		2,5	5,1			3,6	1,7								2,8
PEDIATRIA	5,2	1,8		4,2	3,0	1,6		2,9	3,1	2,7				1,0	2,6	1,4	2,7
CARDIOCHIRURGIA					3,5										2,6		2,7
OCULISTICA				3,0	2,5	3,1			2,4	4,8				1,1	1,5		2,6
PSICHIATRIA	2,2	4,5		2,0	3,9	2,2			1,7								2,1
TERAPIA INTENSIVA	2,3	3,9		1,5	2,1	3,0	0,8	1,3	1,2	2,1				3,0	2,1	3,8	2,0
EMATOLOGIA				1,8													1,8
OSTETRICIA E GINECOLOGIA		1,0	1,4	1,5	1,6	1,8		5,4	1,1	1,2				0,8	1,8	4,2	1,7
CHIRURGIA PEDIATRICA				1,6													1,6
NEONATOLOGIA				0,5	0,9				1,7	0,4					0,4		0,4
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE				0,2					1,3		0,3				0,3		0,3
NIDO				0,1											0,1		0,1
Totale	5,0	5,9	2,7	3,2	5,9	6,3	1,7	3,7	3,6	9,9	2,4	2,7	7,0	5,3	5,1	5,2	4,8