Audit Civico della **Rete dell'Emergenza** 2012

AGENZIA VALUTAZIONE CIVICA di CITTADINANZATTIVA

REGIONE ABRUZZO

CITTADINANZATTIVA ABRUZZO

Indice

Prefazione

Il perché di una valutazione civica della Rete dell'Emergenza-Urgenza pag. 2

I Cittadini come risorsa del Sistema Sanitario Regionale pag. 3

Introduzione pag. 4

Prima Parte

L'Audit Civico della Rete dell'Emergenza-Urgenza: un progetto sperimentale

L'Audit Civico: uno strumento per valutare i servizi dal punto di vista del cittadino pag. 9

Gli attori e le tappe del progetto pag. 14

Seconda Parte

I risultati dell'Audit Civico: analisi di benchmarking

Pronto Soccorso pag. 19

Centrale Operativa 118 pag. 51

Postazione periferica 118 pag. 65

Conclusioni pag. 71

Bibliografia pag. 74

Prefazione

Il perché di una valutazione civica della Rete dell'Emergenza-Urgenza

L'area di intervento relativa all'Emergenza-Urgenza rappresenta una delle componenti più importanti della programmazione sanitaria in quanto viene influenzata e, nello stesso tempo, va ad influenzare l'organizzazione stessa di tutta la rete del Sistema Sanitario Regionale (SSR), è un punto nodale perché realizza l'integrazione ospedale territorio e consente di affrontare le situazioni critiche che necessitano di cure immediate.

Negli ultimi anni si è registrato un progressivo, costante ed elevato incremento di richieste di prestazioni da parte del sistema di emergenza sanitaria sia territoriale che ospedaliero, con conseguenti problemi nelle strutture di Pronto Soccorso degli ospedali regionali nel garantire le risposte appropriate e tempestive.

Sono ormai documentate sia le difficoltà del sistema nel far fronte a tutte le richieste, sia i notevoli rallentamenti per la definizione delle situazioni cliniche e l'avvio all'eventuale ricovero. Si ritiene che una quota non trascurabile di accessi al Pronto Soccorso possano essere evitabili in particolare quelli non preventivamente filtrati dalla medicina del territorio, in quanto il paziente identifica erroneamente nel Pronto Soccorso la sede idonea alla gestione del problema presentato, e quelli determinati da elevati tempi di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale. Questa situazione impone azioni di riorganizzazione del servizio sanitario territoriale, al fine di garantire un più appropriato e contenuto utilizzo dei sistemi di emergenza sanitaria, con il superamento delle "rigidità organizzative" e l'elaborazione di modelli a maggiore flessibilità, con ulteriore sviluppo delle integrazioni multiprofessionali sanitarie, assistenziali e sociali come le aggregazioni funzionali territoriali (AFT).

Il sistema è rappresentato dall'insieme di strutture organizzate e deputate a fornire l'assistenza al cittadino colpito da improvvise patologie che presentino la caratteristiche di emergenza urgenza, pertanto non rinviabili; non rientrano nel sistema le prestazioni di medicina ordinaria e prevenzione che sono assicurate dalla medicina di base e dalla continuità assistenziale.

La *mission* è la riduzione delle morti evitabili e delle gravi disabilità conseguenti a situazioni di emergenza urgenza sanitarie attraverso l'intervento diretto e qualificato con il primo trattamento sul luogo dell'evento e il trasporto all'ospedale competente.

L'obiettivo è quello di assicurare una risposta globale ed uniforme sull'intero territorio regionale, in linea con le attese dei cittadini; rendendo obbligatorio pertanto che le strutture deputate all'Emergenza-Urgenza operino in rete e siano in grado di garantire senza discontinuità, risposte sempre adeguate alle reali necessità declinate da percorsi clinico-assistenziali attraverso una completa integrazione operativa con le strutture che fanno capo al dipartimento di emergenza accettazione (DEA).

Angelo Muraglia

Direzione Politiche della Salute -Regione Abruzzo

I Cittadini come risorsa del Sistema Sanitario Regionale

Da sempre Cittadinanzattiva attribuisce un valore strategico al fatto di mettere i cittadini in grado di produrre una propria valutazione, tecnicamente strutturata, della qualità dei servizi. L'Audit Civico consente tutto ciò, unendo alla valutazione civica l'irrinunciabile dimensione della partecipazione alla vita del Servizio Sanitario Regionale.

La presenza attiva dei cittadini in tutte le fasi di svolgimento dell'Audit Civico, diviene una risorsa che può consentire l'espressione autonoma e originale di uno specifico punto di vista e rende trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie.

La scelta di realizzare un Audit Civico specifico per l'ambito dell'Emergenza-Urgenza è generata dalla consapevolezza del ruolo che questo specifico Sistema riveste nel delicato e difficile ri-equilibrio tra gli ambiti delle cure ospedaliere e cure territoriali.

Come nei precedenti cicli di Audit Civico realizzati sul territorio abruzzese, Cittadinanzattiva Abruzzo ha messo a disposizione il proprio *know-how* e curato la mobilitazione di un nutrito gruppo di cittadini per offrire il proprio contributo nell'analisi dei punti di forza e delle criticità presenti nella Rete dell'Emergenza-Urgenza in Abruzzo, favorendo collaborazione e creando momenti di confronto aperto fra cittadini, professionisti e dirigenti dei Servizi.

Orgogliosi di aver portato a compimento, per primi in Italia, un simile ambizioso progetto pilota, di applicazione dell'Audit Civico sull'intera Rete dell'Emergenza-Urgenza dell'Abruzzo, ci auguriamo che la collaborazione tra Cittadinanzattiva Abruzzo e le Istituzioni della Regione continui nella direzione di una sempre più solida *partnership* in vista della tutela della Salute quale Bene Comune.

Aldo Cerulli

Segretario Regionale Cittadinanzattiva Abruzzo

Introduzione

Il Rapporto si configura, al tempo stesso, come un documento di rendicontazione del primo progetto Regionale di Audit Civico della Rete dell'Emergenza-Urgenza in Abruzzo e come una presentazione dei risultati della valutazione effettuata presso le 4 Aziende sanitarie abruzzesi; per questo è articolato in due parti.

Nella **prima parte** si vuole fornire al lettore un quadro conoscitivo generale sulla metodologia dell'Audit Civico e una ricostruzione accurata delle fasi che hanno caratterizzato la realizzazione del progetto in Abruzzo.
E' importante conoscere, infatti, quanto la metodologia dell'Audit ideata e promossa da Cittadinanzattiva sia diventata, in oltre dieci anni di realizzazione, uno dei più consolidati strumenti di valutazione delle strutture e dei servizi sanitari, che ha interessato tutte le realtà territoriali del Paese.
Ciò che caratterizza e rende unica questa metodologia è il fatto che l'intero processo di valutazione viene promosso e condotto da cittadini, adeguatamente formati, in collaborazione con le Aziende sanitarie. I "valutatori" infatti, sono organizzati in équipe miste di cittadini volontari e operatori sanitari, e questo consente sin dall'inizio uno spirito di collaborazione e di condivisione del processo, oltre che una validazione congiunta dei dati rilevati, che rende particolarmente oggettiva e rigorosa la valutazione.

In Abruzzo, dopo il primo ciclo regionale realizzato nel triennio 2007-2009, la Regione e Cittadinanzattiva hanno manifestato la volontà di proseguire nell'applicazione dell'Audit Civico.
In base alle priorità regionali e ad aspetti dell'assistenza ritenuti particolarmente significativi dai cittadini, si è scelto di focalizzare la valutazione su due particolari ambiti: la Rete di Emergenza-Urgenza e i Servizi relativi alla tutela della Salute Mentale. Nel Dicembre 2011 è stata sottoscritta una Convenzione tra Cittadinanzattiva e l'Agenzia Sanitaria Regionale che ha dato il via al nuovo progetto realizzato nel corso del 2012.

La **seconda parte** del Rapporto, come si evince dal titolo "*I risultati dell'Audit Civico: analisi di benchmarking*" riporta in modo sintetico e comparato i punteggi conseguiti da ciascuna Azienda in relazione alle valutazioni effettuate dalle équipe locali.
Per una più agevole e chiara lettura di tali dati è opportuno fornire alcune indicazioni introduttive.

a) Innanzitutto i dati sono forniti per ciascuno dei 14 Fattori, raggruppati per Componenti, di seguito richiamati:

1° Componente – Dati strutturali, Risorse e Personale

- F1 - Competenza territoriale
- F2 - Dati di attività
- F3 - Dotazione di personale
- F4 - Dotazione di mezzi, attrezzature e strumenti
- F5 - Funzioni

2° Componente – Qualità Tecnica

- F6 - Organizzazione del servizio
- F7 - Gestione del triage e Valutazione della criticità
- F8 - Integrazione della Rete
- F9 - Sistema informativo e Risorse tecnologiche
- F10 - Formazione e Sicurezza del personale

3° Componente – Umanizzazione

- F11 - Cura della relazione con il paziente e rispetto della Privacy
- F12 - Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa
- F13 - Comfort e Accessibilità
- F14 - Accesso alle informazioni, alla documentazione e comunicazione

Per ogni Fattore sono stati attribuiti i punteggi conseguiti dalle singole Aziende con riferimento ai diversi Livelli di applicazione, e in particolare:

1 Livello:

- Pronto Soccorso
- Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di I° livello
- Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di II° livello
- Osservazione Breve e Intensiva (OBI) e Unità Operative di Medicina di Urgenza

2 Livello:

- Centrale Operativa 118

3 Livello:

- Postazione Operativa territoriale 118

Per ogni Fattore ed ogni Livello, ad eccezione della 1 Componente[1], sono stati forniti, in valore assoluto e in termini comparativi, i risultati conseguiti da ciascuna Azienda.

b) In secondo luogo, la comparazione dei punteggi tra i diversi Servizi è stata fatta in un'ottica di *benchmarking*. L'obiettivo non è quello di fare una "pagella" delle strutture, ma di fornire a ciascuna Azienda la possibilità di posizionarsi rispetto al quadro regionale e capire quali possono essere i propri margini di miglioramento.
Per questo motivo, su ogni grafico sono state colorate in verde le 2 migliori *performance* e in rosso le 2 peggiori, indipendentemente dal punteggio, proprio con lo scopo di evidenziare, in termini comparativi, il posizionamento e i divari potenzialmente colmabili.

c) Per ogni Fattore e Livello è stato calcolato il valore medio tra tutti i Servizi, il che consente di leggere la *performance* del Servizio Sanitario Regionale.
I punteggi attribuiti, da 0 a 100, sono stati classificati secondo la seguente scala:

PUNTEGGIO IAS	
VALORE	CLASSE DI MERITO
da 91 a 100	Eccellente
da 81 a 90	Buono
da 61 a 80	Discreto
da 41 a 60	Mediocre
da 21 a 40	Scadente
da 0 a 20	Pessimo

d) In questo Rapporto Regionale non sono state formulate delle proposte specifiche di miglioramento e di intervento presso le singole Aziende, che saranno oggetto invece dei singoli Rapporti locali che ciascuna équipe elabora nella propria azienda.

[1] Data la portata sperimentale del progetto e la complessità di alcuni indicatori presenti nei Fattori della 1° Componente, si è scelto di non attribuire a questi un punteggio IAS, in deroga alla prassi dell'Audit Civico.

Ringraziamenti

La redazione del Rapporto è curata da Michela Liberti, Maria Vitale e Angelo Tanese,

Il rapporto è comunque il risultato di un impegno collettivo.

In primo luogo, il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale, *Angelo Muraglia*, i dirigenti ed i funzionari della regione, in particolare *Luigia Calcalario*, che sono stati i nostri interlocutori politico-istituzionali.

Le Direzioni Aziendali e tutti i dirigenti e operatori dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione delle quattro ASL abruzzesi, che hanno favorito, nelle diverse fasi di svolgimento, la realizzazione di un Audit civico della Rete di Emergenza -Urgenza.

I membri del coordinamento regionale del programma per Cittadinanzattiva Abruzzo: il Presidente di Cittadinanzattiva Abruzzo *Vincenzo Di Benedetto*, il Segretario regionale *Aldo Cerulli*, il Coordinatore regionale Cittadinanzattiva Abruzzo per l'Audit Civico *Vittorio Fonzo*, i referenti civici *Gilda Di Blase, Eduardo Facchini, Fiorella Marchetti e Anna Maria Mattioli.*

Le équipe locali:

Per la ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila: il referente aziendale *Pierluigi Tancredi* ed i suoi collaboratori, gli auditors interni, i cittadini *Mailen Arderi, Salvatore di Bacco, Marika Di Carlo, Bernardo Di Cesare, Stefano Di Giuseppe, Manuela Gemini, Caterina Sirolli, Monica Terrenzio e Vincenza Turco.*

Per la ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti: il referente aziendale *Laura Ottaviani* ed i suoi collaboratori, gli auditors interni, i cittadini *Debora Di Menno Di Bucchianico, Maria Francesca Castiglione, Flaviano Di Blase, Nicola Di Pasquale, Ennio Di Renzo, Fiorella Di Rocco, Alessia Finizio, Franco Fois, Antonio Golato, Donato Liberatoscioli, Mauro Massi, Erika Pica, Tommaso Spadano, Giuseppe Tatasciore, Paola Tatasciore e Ghislaine Verdy.*

Per la ASL 3 Pescara: il referente aziendale *Maria Assunta Ceccagnoli* ed i suoi collaboratori, gli auditors interni e la cittadina *Alessandra D'Ascenzo*.

Per la ASL 4 Teramo: il referente aziendale *Lidia Bocci* ed i suoi collaboratori, gli auditors interni, i cittadini *Mimoza Karaj, Eliverta Leka, Lisa Ruggeri, Elena Binchi Soledad.*

Un ringraziamento particolare alla dott.ssa Cinzia Barletta, presidente della Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza (SIMEU) per il prezioso contributo alla redazione della struttura di valutazione dell'Audit Civico della Rete dell'Emergenza-Urgenza.

A tutti un sincero ringraziamento.

Prima parte

L'AUDIT CIVICO DELLA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA: UN PROGETTO SPERIMENTALE

L'Audit Civico: uno strumento per valutare i servizi dal punto di vista del cittadino

Dieci anni di valutazione civica in Sanità. La diffusione dell'Audit sul territorio nazionale.

L'Audit Civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle Aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche e si configura come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle strutture e dei servizi delle Aziende sanitarie locali e ospedaliere.

L'Audit Civico nasce nel 2000 per iniziativa di Cittadinanzattiva sulla base dell'esperienza del Tribunale per i Diritti del Malato. Il primo ciclo sperimentale è stato avviato nel 2001 con lo scopo di definire e testare sul campo il quadro teorico e metodologico realizzato con la collaborazione di 13 Aziende sanitarie. A partire dal 2003, la possibilità di aderire all'Audit Civico è stata estesa all'universo delle Aziende sanitarie, e il numero delle aziende coinvolte è aumentato costantemente negli anni.

Dal 2004 in poi, in base a specifiche convenzioni con le Agenzie Sanitarie e gli Assessorati alla Salute delle Regioni, sono stati avviati alcuni cicli regionali, ovvero programmi regionali di applicazione sistematica della metodologia.

Nel 2007 è stato siglato un programma nazionale di collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali - Settore Salute Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione e Dipartimento della Qualità - con la finalità di favorire l'insediamento dell'Audit Civico nel Servizio Sanitario Nazionale. Sulla scorta di tale iniziativa, le Aziende sanitarie che hanno preso parte all'Audit Civico 2009 sono state ben 87, di cui 52 Aziende sanitarie locali (ASL) e 35 Aziende ospedaliere (AO), che rappresentano circa un terzo del numero di aziende sanitarie. Nel 2010, in occasione dell'evento di presentazione del 6° Rapporto nazionale dell'Audit, sono stati presentati e discussi con un *panel* di circa 60 rappresentanti delle istituzioni ed esperti (Ministero, Agenas, Regioni, Civit, Fiaso, Aziende Sanitarie, Università, Organizzazioni civiche) i risultati e il valore dei dieci anni di esperienza di Audit Civico e le sue prospettive nel Sistema sanitario italiano.

A partire dalla prima esperienza pilota realizzata nel 2001, in dieci anni sono stati prodotti 6 Rapporti nazionali dell'Audit Civico, e realizzati ben 12 programmi regionali di utilizzo diffuso dell'Audit per tutte le Aziende sanitarie ivi presenti.

Tab. 1 – I Rapporti nazionali dell'Audit Civico

	Anno
ciclo pilota	2001
1° Rapporto	2002
2° Rapporto	2003
3° Rapporto	2004
4° Rapporto	2005
5° Rapporto	2006
6° Rapporto	2009

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Tab. 2 – I Cicli regionali dell'Audit Civico

Emilia Romagna	2005/07	11 aziende
Puglia	2006/08	16 aziende
Lazio	2006/07	7 aziende
Lazio	2009/10	20 aziende
Abruzzo	2007/09	6 aziende
Friuli Venezia Giulia	2007/08	11 aziende
Friuli Venezia Giulia	2008/09	12 aziende
Provincia di Trento	2007/09	1 azienda
Piemonte	2009/10	22 aziende
Umbria	2009/11	6 aziende
Lazio	2011/2012	23 aziende
Sicilia	2011/2012	17 aziende

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Come si evince dalla tabella che segue, nel periodo 2001-2011 Cittadinanzattiva ha realizzato ben 314 differenti cicli di Audit Civico, con una presenza diffusa dello strumento su tutto il territorio nazionale.

Complessivamente sono state coinvolte oltre 150 Aziende Sanitarie differenti (tra ASL e Aziende Ospedaliere), alcune delle quali hanno ripetuto già due o tre cicli di Audit. In alcune Regioni sono state coinvolte tutte le Aziende, e anche in più cicli (Lazio, Umbria, Friuli-Venezia Giulia).

Tab. 3 – I Cicli di Audit Civico complessivamente realizzati da Cittadinanzattiva (2001-2011)

REGIONI	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Tot. Cicli realizzati
Val d'Aosta	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Piemonte	2	2	2	3	3	3	-	-	22	-	-	37
Liguria	1	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	5
Lombardia	-	-	2	1	1	-	-	-	4	-	-	8
Prov. Trento	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	3
Prov. Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Friuli-V.G.	-	-	2	1	1	-	11	-	12	-	-	27
Veneto	1	-	2	2	-	1	-	-	1	-	-	7
Emilia-Rom.	1	1	4	-	-	11	-	-	-	-	-	17
Toscana	1	1	2	2	2	1	-	-	3	-	-	12
Umbria	-	1	-	-	-	-	-	-	-	6	6	13
Marche	1	-	2	1	3	-	-	-	4	-	-	11
Lazio	-	-	-	5	2	-	6	-	20	-	22	55
Abruzzo	1	1	-	-	1	-	-	6	-	-	-	9
Molise	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Campania	2	-	3	3	3	2	-	-	1	-	-	14
Puglia	1	-	1	3	1	-	-	16	-	-	-	22
Basilicata	-	1	-	3	3	2	-	-	2	-	-	11
Calabria	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Sicilia	-	4	1	7	-	5	-	-	6	-	17	40
Sardegna	1	-	-	2	2	4	-	-	6	-	4	19
TOTALE CICLI di AUDIT	13	13	22	36	25	29	17	23	81	6	49	314

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

A questo numero di Aziende coinvolte in cicli di Audit corrisponde la mobilitazione di migliaia di cittadini volontari e di operatori sanitari coinvolti nelle équipe miste di rilevazione dei dati, con un coordinamento delle strutture di Cittadinanzattiva a livello nazionale, regionale e locale.

Si può quindi affermare che l'Audit Civico si è insediato ormai stabilmente nel Sistema sanitario italiano, confermando la concreta fattibilità di una valutazione della azione delle Aziende sanitarie che ha, come protagonisti, i cittadini e, come quadro di azione, la collaborazione tra organizzazioni civiche e Aziende sanitarie.

La struttura di valutazione della Rete dell'Emergenza - Urgenza

La finalità generale dell'Audit Civico in Sanità è quella di fornire ai cittadini e agli operatori sanitari uno strumento in grado di svolgere una valutazione civica della qualità dei Servizi, sia per valorizzare le realtà più all'avanguardia e le buone pratiche, sia per comprendere meglio le carenze delle strutture e dei servizi che non sono altrettanto adeguati a rispondere ai bisogni di salute del proprio territorio. Tra i Servizi che rivestono un ruolo cruciale nel delicato equilibrio del riassetto tra erogazione delle cure territoriali e cure ospedaliere vi rientra, senza ombra di dubbio, la Rete dell'Emergenza-Urgenza, da intendersi come l'insieme di strutture, servizi e operatori deputati a rispondere nei casi di emergenza. Alla luce di queste premesse si è deciso di realizzare in Abruzzo il **progetto pilota** dell'Audit Civico specifico della Rete dell'Emergenza-Urgenza.

Il sistema sanitario dell'Emergenza–Urgenza della Regione Abruzzo si articola in due settori tra loro strettamente collegati: la Rete ospedaliera e il Servizio di emergenza territoriale.
In particolare, la **Rete ospedaliera** è costituita da:

- Pronto Soccorso
- Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), di I° livello
- Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di II° livello
- Osservazione Breve e Intensiva (OBI)
- Unità Operative di Medicina di Urgenza

Il **Servizio di Emergenza Territoriale "118"** è costituito da:

- Centrali Operative 118
- Postazioni Operative territoriali
- Punti di Primo Intervento
- Servizio di Elisoccorso

Il progetto pilota dell'Audit Civico ha interessato l'intero sistema sanitario per l'Emergenza–Urgenza della Regione Abruzzo, esclusi i Punti di Primo Intervento. Non si è trattato pertanto di un'analisi limitata ad un campione di strutture, bensì di una valutazione capace di comprendere l'intera gamma di strutture e servizi presenti sul territorio, ad eccezione di alcune Postazioni 118 territoriali[2]. I temi oggetto della valutazione civica sono stati raggruppati in tre Componenti:

1° Componente – Dati Strutturali, Risorse e Personale
2° Componente – Qualità Tecnica
3° Componente – Umanizzazione

Come si evince dalla tabella che segue, ciascuna Componente si articola in diversi Fattori, per un totale di 14 Fattori. Ciascun Fattore è stato declinato in più indicatori, per un totale di 193 indicatori[3]. A ciascun indicatore è attribuito un punteggio IAS-Indice di Adeguamento allo Standard, da 0 a 100, sulla base della minore o maggiore aderenza agli standard di qualità. A ciascun Fattore viene attribuito un punteggio IAS medio.
Data la portata sperimentale del presente Audit Civico e la complessità del sistema monitorato, non a tutti i Fattori (e relativi indicatori) si è scelto di attribuire un punteggio IAS, in deroga alla prassi dell'Audit Civico. D'altra parte, non è per nulla immediato riuscire a parametrare la *performance* di alcuni servizi attribuendo un punteggio quantitativo. Ciò nonostante, per molte delle questioni monitorate si possono formulare – pur in assenza di un punteggio IAS - delle ipotesi interpretative e inferire valutazioni in tema di qualità, appropriatezza e adeguatezza.I Fattori privi di un punteggio IAS sono stati raggruppati unicamente nella 1° Componente[4].

[2] Numero di Postazioni territoriali 118 monitorate: Asl 1 6/13; Asl 2 12/13; Asl 3 5/6; Asl 4 3/17.
[3] Di cui 123 IAS e 70 non IAS.
[4] A questi vanno aggiunti due indicatori non IAS presenti nella II° Componente.

Tab. 4 – Prospetto sintetico della Struttura di valutazione della Rete dell'Emergenza-Urgenza

1° Componente - Dati Strutturali, Risorse e Personale	**Pronto Soccorso DEA I° e II° livello[5]**	**Centrale Operativa 118[6]**	**Postazione territoriale 118**
F1 - Competenza territoriale	-	4	4
F2 - Dati di attività	8	10	5
F3 - Dotazione di personale	5	3	3
F4 - Dotazione di mezzi, attrezzature e strumenti	-	8	12
F5 - Funzioni	6	-	-
Totale indicatori	19	25	24
2° Componente - Qualità Tecnica	**Pronto Soccorso DEA I° e II° livello**	**Centrale Operativa 118**	**Postazione territoriale 118**
F6 - Organizzazione del servizio	-	13	-
F7 - Gestione del triage e Valutazione della criticità	9	5	-
F8 - Integrazione della Rete	7	6	-
F9 - Sistema Informativo e Risorse tecnologiche	12	5	-
F10 - Formazione e Sicurezza del personale	6	7	-
Totale indicatori	34	36	0
3° Componente – Umanizzazione	**Pronto Soccorso DEA I° e II° livello**	**Centrale Operativa 118**	**Postazione territoriale 118**
F11 - Cura della relazione con il paziente e rispetto della Privacy	10	-	-
F12 - Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa	10	-	-
F13 - Comfort e accessibilità	17	-	-
F14 - Accesso alle informazioni, alla documentazione e comunicazione	16	-	-
Totale indicatori	53	0	0
Monitoraggio delle criticità igienico strutturali	X		X

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Strumenti di rilevazione

Sulla base della struttura di valutazione illustrata, sono stati progettati i seguenti strumenti di rilevazione:

- un **Questionario rivolto ai responsabili sia di Pronto Soccorso che di Dea di I° e II° Livello**, costituito da 120 quesiti[7];
- un **Questionario rivolto ai responsabili della Centrale Operativa 118** costituito da 59 quesiti;
- una **Griglia di osservazione per le Postazioni 118 periferiche** costituita da 31 indicatori utilizzata per l'intervista ai referenti del servizio e per il monitoraggio diretto a cura degli auditors.

[5] Comprensivi dei servizi di Osservazione Breve e Intensiva e Medicina d'Urgenza, laddove presenti, per tutte e tre le componenti.

[6] Comprensivo del servizio di elisoccorso, per la 1° e 2° componente.

[7] Per facilitare la rilevazione e la successiva analisi dei dati, i questionari sono stati strutturati prevalentemente mediante domande a risposta chiusa, fatta eccezione per le domande volte alla acquisizione di dati, quali ad esempio, quelli relativi ai volumi di attività, alla dotazione di mezzi, attrezzature e personale, ai tempi attesa, ecc.

Gli attori e le tappe del progetto[8]

Dopo il primo ciclo regionale realizzato nel triennio 2007-2009 sia la Regione Abruzzo che Cittadinanzattiva hanno manifestato la volontà di proseguire l'applicazione dell'Audit Civico, quale metodologia in grado di fornire al Sistema Sanitario Regionale informazioni e conoscenze particolarmente utili per accompagnare l'azione di cambiamento e di miglioramento dei servizi.
In base alle priorità regionali e ad aspetti dell'assistenza ritenuti particolarmente significativi dai cittadini, si è scelto di focalizzare la valutazione in due particolari ambiti: la Rete di Emergenza-Urgenza e i Servizi relativi alla tutela della Salute Mentale. Nel Dicembre 2011 è stata sottoscritta una Convenzione tra Cittadinanzattiva e l'Agenzia Sanitaria Regionale che ha dato il via al nuovo progetto realizzato nel corso del 2012. Di seguito vengono descritte le tappe di questo percorso secondo un ordine cronologico.

Gennaio 2012

Costituzione di una Cabina di regia regionale composta da referenti dell'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (*Dott. Angelo Muraglia e Dott.ssa Luigia Calcalario*), referenti di Cittadinanzattiva Abruzzo (*Dott. Aldo Cerulli e Dott. Vittorio Fonzo*) e dell'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva (*Dott. Angelo Tanese, Dott.ssa Michela Liberti e Dott.ssa Maria Vitale*).

Febbraio-Giugno 2012

L'Agenzia Sanitaria Regionale presenta il progetto alle Direzioni Generali delle ASL, raccoglie le adesione e la successiva nomina dei referenti aziendali.
Al contempo Cittadinanzattiva Abruzzo ha selezionato i cittadini interessati ad aderire all'iniziativa e tra questi sono stati nominati i referenti civici locali.
Definizione di strumenti di rilevazione.
Realizzazione di una giornata di formazione, 14 giugno 2012, rivolta a tutti coloro i quali sarebbero stati coinvolti nel processo; evento fondamentale, tra l'altro, perché ha permesso ai referenti civici ed aziendali di conoscersi, confrontarsi e condividere proposte per la programmazione delle attività operative.
Di seguito si riporta il nominativo dei referenti aziendali e referenti civici che hanno operato in ciascuna Azienda.

AZIENDA	REFERENTE AZIENDALE	REFERENTE CIVICO
ASL 1 AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	TANCREDI PIERLUIGI	FACCHINI EDUARDO
ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI	OTTAVIANI LAURA	MATTIOLI ANNA MARIA
ASL 3 PESCARA	CECCAGNOLI MARIA ASSUNTA	MARCHETTI FIORELLA
ASL 4 TERAMO	BOCCI LIDIA	DI BIASE GILDA

Luglio-Agosto 2012

Una volta condiviso con i singoli servizi coinvolti un piano di incontri, è stato possibile realizzare la rilevazione dei dati attraverso la compilazione di due questionari, rivolti rispettivamente ai responsabili del Pronto Soccorso e della Centrale Operativa 118 e di una Griglia utilizzata per l'osservazione diretta delle Postazioni 118 periferiche da parte degli auditors.
Le équipe hanno lavorato in gruppi costituiti da 2-3 cittadini per la somministrazione dei questionari ai responsabili e da almeno due cittadini e un operatore sanitario per l'osservazione diretta. Le date e gli orari dello svolgimento delle interviste e delle osservazioni sono state concordate

[8] A cura di Vittorio Fonzo Coordinatore regionale dell'Audit Civico in Abruzzo.

preventivamente a cura del referente aziendale delle équipe locali, così come si è deciso di fornire in anticipo i questionari agli interessati, allo scopo di consentire loro la raccolta delle informazioni e della documentazione richiesta. Le risposte sono state date nel corso dell'incontro con i cittadini-auditors civici, che hanno avuto modo di fare eventuali ulteriori domande e/o obiezioni motivate o chiedere evidenze delle risposte ricevute.
Ogni équipe disponeva durante la fase di rilevazione dati di uno strumento cartaceo denominato "diario di bordo" sul quale era possibile annotare commenti relativi a specifiche domande.
Nei mesi di luglio ed agosto la rilevazione ha coinvolto 49 Servizi sanitari afferenti alla Rete dell'Emergenza-Urgenza delle 4 ASL abruzzesi di seguito elencate.

Tab. 5 – Elenco delle strutture sanitarie delle Rete dell'Emergenze-Urgenza oggetto di valutazione

ASL 1 AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	ASL 2 ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI
1. PRONTO SOCCORSO DE L'AQUILA 2. PRONTO SOCCORSO DI AVEZZANO 3. PRONTO SOCCORSO DI PESCINA 4. PRONTO SOCCORSO DI TAGLIACOZZO 5. PRONTO SOCCORSO DI SULMONA 6. PRONTO SOCCORSO DI CASTEL DI SANGRO • CENTRALE OPERATIVA 118 DE L'AQUILA 1. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI AVEZZANO 2. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DE L'AQUILA 3. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI NAVELLI 4. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI MONTEREALE 5. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI PRATOLA PELIGNA 6. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI SULMONA	1. PRONTO SOCCORSO DI CHIETI 2. PRONTO SOCCORSO DI GUARDIAGRELE 3. PRONTO SOCCORSO DI ORTONA 4. PRONTO SOCCORSO DI VASTO 5. PRONTO SOCCORSO DI LANCIANO 6. PRONTO SOCCORSO DI ATESSA • CENTRALE OPERATIVA 118 DI CHIETI 1. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI CHIETI 2. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI GUARDIAGRELE 3. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI VASTO 4. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI LANCIANO 5. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI ATESSA 6. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI CASOLI 7. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI CASTIGLIONE MESSER MARINO 8. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI FRANCAVILLA AL MARE 9. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI GISSI 10. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI VILLA SANTA MARIA 11. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI PASSO LANCIANO 12. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI ORTONA
ASL 3 PESCARA	**ASL 4 TERAMO**
1. PRONTO SOCCORSO DI PESCARA 2. PRONTO SOCCORSO DI PENNE 3. PRONTO SOCCORSO DI POPOLI • CENTRALE OPERATIVA 118 DI PESCARA 1. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI PENNE 2. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI POPOLI 3. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI MONTESILVANO 4. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI PIANELLA 5. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI SCAFA	1. PRONTO SOCCORSO DI TERAMO 2. PRONTO SOCCORSO DI GIULIANOVA 3. PRONTO SOCCORSO DI ATRI 4. PRONTO SOCCORSO DI SANTO OMERO • CENTRALE OPERATIVA 118 DI TERAMO 1. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI GIULIANOVA 2. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI ATRI 3. POSTAZIONE PERIFERICA 118 DI SANTO OMERO

Settembre-Dicembre 2012
I Questionari e le Griglie di osservazioni compilati sono stati trasmessi all'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva che ha provveduto all'inserimento dei dati in un apposito Data-base e alla successiva elaborazione e restituzione dati per ogni realtà aziendale monitorata a ciascuna équipe locale.

Gennaio-Marzo 2013
Ogni équipe, una volta ricevuta la base dati, ha provveduto a validarla definitivamente. A questo punto si è potuto procedere alla costruzione delle tavole di *benchmarking* da parte dell'Agenzia di Valutazione Civica.

Aprile-Maggio 2013
Redazione del presente Rapporto regionale contenente i risultati della valutazione; tale rapporto non rappresenta la fase conclusiva del processo di Audit Civico, demandato invece alle singole èquipe per l'elaborazione di un Rapporto locale che raccolga i principali risultati ed il relativo Piano di miglioramento proposto.
Ogni singola équipe sta pertanto lavorando alla stesura di questo documento, secondo criteri di omogeneità forniti dall'Agenzia di Valutazione Civica.

Seconda parte

I RISULTATI DELL'AUDIT CIVICO: ANALISI DI BENCHMARKING

PRONTO SOCCORSO

1° Componente - Dati strutturali, Risorse e Personale

Fattore 2 - Dati di attività

Elenco indicatori

IND. 1	**Accessi al PS nel 2011:**
	• codice bianco
	• codice verde
	• codice giallo
	• codice rosso
IND. 2	**Numero di codici ricodificati**
	• n. casi di codice bianco ricodificati come più urgenti/gravi
	• n. casi di codice verde ricodificati come più urgenti/gravi
	• n. casi di codice giallo ricodificati come meno urgenti/gravi
	• n. casi di codice giallo ricodificati come più urgenti/gravi
	• n. casi di codice rosso ricodificati come meno urgenti/gravi
IND. 3	**N. di posti letto di OBI attivi**
IND. 4	**N. di casi trattati in OBI nel 2011**
IND. 5	**N. di posti letto di Medicina d'Urgenza attivi**
IND. 6	**N. di ricoveri in Medicina d'Urgenza nel 2011**
IND. 7	**Percentuale di accessi al PS seguita da ricovero nel 2011**
IND. 8	**Ricoveri effettuati con trasferimento del paziente presso altre strutture:** • per mancanza di struttura specializzata • per mancanza di disponibilità di posti letto

Gli indicatori sui quali si è deciso di concentrarsi sono relativi al numero di accessi al Pronto Soccorso divisi sulla base dei codici di Triage e ai Servizi di OBI e Medicina d'Urgenza. Di seguito il dettaglio nelle tabelle.

Tab. 6 – Accessi al Pronto Soccorso nel 2011

IND.1	ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila						ASL 2 Lanciano Vasto Chieti						ASL 3 Pescara			ASL 4 Teramo			
	PS Cast. Sangro	PS Pescina	PS Tagliacozzo	DEA 1° Sulmona	DEA 2° Avezzano	DEA 2° L'Aquila	PS Atessa	PS Ortona	PS Guardiagrele	DEA 1° Lanciano	DEA 1° Vasto	DEA 2° Chieti	PS Popoli	DEA 1° Penne	DEA 2° Pescara	DEA 1° Atri	DEA 1° Giulianova	DEA 1° S.Omero	DEA 2° Teramo
TOT Accessi PS 2011	10.000	-	7.202	22.215	47.898	39.742	12.050	19.017	8.479	39.612	32.801	66.984	10.269	13.850	97.115	27.992	26.450	23.580	45.237
Accessi suddivisi per Codici di Priorità (%)																			
Bianco + Verde	-	-	-	-	-	54,7%	-	70,3%	89,3%	76%	65,4%	53,7%	91%	69,1%	65%	81,4%	89,8%	92,6%	74,2%
Giallo	-	-	-	-	-	44%	-	29,4%	10,4%	22%	33,9%	43,9%	8,8%	30,3%	33,4%	18,3%	9,5%	7,1%	24,9%
Rosso	-	-	-	-	-	1,3%	-	0,2%	0,3%	2%	0,7%	2,4%	0,2%	0,6%	1,5%	0,3%	0,7%	0,3%	0,9%

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Il Pronto Soccorso di Pescara spicca per il numero di accessi complessivi, nell'ordine dei 100.000, a seguire Chieti, Avezzano e Teramo.

Valutando gli accessi divisi per Codice di priorità, risulta che il Pronto Soccorso di Atessa ha avuto solo accessi in codice bianco; in funzione della redazione del Report locale, questo dato andrà verificato meglio.

In tabella è stato sommato il numero di accessi in codice bianco con il numero di accessi in codice verde. Quando tale dato si avvicina o supera la percentuale dell'80% allora può essere letto come un indice del ricorso al Pronto Soccorso che presenta delle criticità e richiamando all'attenzione il tema dell'uso inappropriato di tale servizio al quale si ricorre spesso in sostituzione di altri del territorio non seguendo il criterio dell'emergenza.

Tab. 7 – Percentuale di accessi al Pronto Soccorso seguita da ricovero nel 2011

IND.7	ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila						ASL 2 Lanciano Vasto Chieti						ASL 3 Pescara			ASL 4 Teramo			
	PS Cast. Sangro	PS Pescina	PS Tagliacozzo	DEA 1° Sulmona	DEA 2° Avezzano	DEA 2° L'Aquila	PS Atessa	PS Ortona	PS Guardiagrele	DEA 1° Lanciano	DEA 1° Vasto	DEA 2° Chieti	PS Popoli	DEA 1° Penne	DEA 2° Pescara	DEA 1° Atri	DEA 1° Giulianova	DEA 1° S.Omero	DEA 2° Teramo
% accessi PS seguiti da ricovero	10%	-	-	-	12,5%	14%	9,5%	5,5%	14%	12,8%	-	11%	13,9%	27,8%	18 %	14,5%	12%	11%	15,7%

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

La percentuale di pazienti che viene ricoverata in seguito all'accesso al Pronto Soccorso si attesta per tutti intorno al 13%, con punte minime nel PS di Ortona (5,5%) e punte massime a Penne (27,8%).

Tab. 8 – Ricoveri da Pronto Soccorso con trasferimento del paziente presso altre strutture nel 2011

IND. 8	ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila						ASL 2 Lanciano Vasto Chieti						ASL 3 Pescara			ASL 4 Teramo			
	PS Cast. Sangro	PS Pescina	PS Tagliacozzo	DEA 1° Sulmona	DEA 2° Avezzano	DEA 2° L'Aquila	PS Atessa	PS Ortona	PS Guardiagrele	DEA 1° LanCiano	DEA 1° Vasto	DEA 2° Chieti	PS Popoli	DEA 1° Penne	DEA 2° Pescara	DEA 1° Atri	DEA 1° Giulianova	DEA 1° S.Omero	DEA 2° Teramo
mancanza strutt. specializ.	0,8%	-	-	-	0,6%	-	-	17,7%	3,6%	3%	-	2%	10%	90	18	90%	50%	0,7%	-
mancanza posti letto	0,2%	-	-	-	0,3%	1,4%	-	-	-	3%	-	1%	-	7	102	10%	50%	1%	3,2%

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

L'**indicatore 8**, che rileva la percentuale di ricoveri con trasferimento presso altre strutture, va interpretato con una certa cautela perchè le informazioni ricevute da parte dei responsabili dei Servizi fanno pensare ad interpretazioni diverse date al medesimo indicatore, il che non consente un immediato confronto tra i Servizi. In particolare, per due Servizi questa ipotesi sembra molto realistica; anche in questo caso, in funzione della redazione del Rapporto Locale, sarà necessario un ulteriore approfondimento.

Fattore 3 - Dotazione del personale

Elenco indicatori

IND.1	**Dotazione di personale al PS relativo all'anno 2011**
	MEDICI: previsti in organico ed effettivamente presenti
	INFERMIERI: previsti in organico ed effettivamente presenti
	OPERATORI SOCIO-SANITARI (OSS): previsti in organico ed effettivamente presenti
IND.2	**Dotazione di personale al PS per tipologia di contratto**
	MEDICI
	• n. con contratto a tempo indeterminato
	• n. con contratto a tempo determinato (incluso contratto interinale, personale cooperative, etc.)
	INFERMIERI
	• n. con contratto a tempo indeterminato
	• n. con contratto a tempo determinato (incluso contratto interinale, personale di cooperative, etc.)
	OPERATORI SOCIO-SANITARI (OSS)
	• n. con contratto a tempo indeterminato
	• n. con contratto a tempo determinato (incluso contratto interinale, personale di cooperative, etc.)
IND.3	**Numero di unità di personale effettivamente in servizio al PS nell'arco delle 24 ore**
	MATTINA:
	• medici
	• infermieri
	• operatori socio-sanitari (OSS)
	• altri
	POMERIGGIO:
	• medici
	• infermieri
	• operatori socio-sanitari (OSS)
	• altri
	NOTTE:
	• medici
	• infermieri
	• operatori socio-sanitari (OSS)
	• altri
IND.4	**Numero di ore di lavoro straordinario effettuato dal personale in organico al PS**
	• medici
	• infermieri
	• operatori socio-sanitari (OSS)
	• altri
IND.5	**Numero di personale medico-infermieristico in organico al PS e a rotazione**
	MEDICI
	• in organico al PS
	• a rotazione da altre UU.OO. in orario di servizio
	• a rotazione da altre UU.OO. in straordinario
	• a rotazione a gettone
	INFERMIERI
	• in organico al PS
	• a rotazione da altre UU.OO. in orario di servizio
	• a rotazione da altre UU.OO. in straordinario
	• a rotazione a gettone

Alcuni degli indicatori presenti in questo Fattore sono stati penalizzati dal fatto che il mancato numero delle risposte è elevato. Ci si è quindi concentrati solo su quegli indicatori che hanno ricevuto un maggior numero di dati e che permettono di operare delle riflessioni e considerazioni valide per tutti i Servizi valutati.

Tab. 9 – Dotazione di personale al Pronto Soccorso nel 2011

IND. 1	ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila						ASL 2 Lanciano Vasto Chieti						ASL 3 Pescara			ASL 4 Teramo			
	PS Cast. Sangro	PS Pescina	PS Tagliacozzo	DEA 1° Sulmona	DEA 2° Avezzano	DEA 2° L'Aquila	PS Atessa	PS Ortona	PS Guardiagrele	DEA 1° Lanciano	DEA 1° Vasto	DEA 2° Chieti	PS Popoli	DEA 1° Penne	DEA 2° Pescara	DEA 1° Atri	DEA 1° Giulianova	DEA 1° S.Omero	DEA 2° Teramo
MEDICI																			
Previsto in organico	7	6	-	-	13	13	6	8	7	16	16	19	7	6	24	7	9	10	16
Effettivamente presente	5	3	6	7	13	13	6	6	6	12	11	19	5	5	14	10	8	9	16
INFERMIERI																			
Previsto in organico	-	6	-	-	-	18	15	20	13	25	24	28	16	18	41	24	20	25	34
Effettivamente presente	15	6	6	14	23	18	15	20	13	25	24	25	14	-	32	16	20	21	28
OPERATORI SOCIO SANITARI																			
Previsto in organico	-	3	-	-	-	18	3	-	2	8	12	12	6	-	8	-	4	-	8
Effettivamente presente	-	2	2	7	9	17	3	-	2	8	13	12	3	-	2	6	4	1	5

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

L'**indicatore 1** permette di valutare la differenza tra il personale previsto in organico e quello effettivamente presente nei Pronto Soccorso. La fotografia che ne viene fuori è, per quanto riguarda i medici, che in un solo caso (DEA 2° livello di Chieti) quelli previsti in organico sono poi effettivamente presenti, mentre nei restanti Servizi il **personale effettivamente presente è sempre inferiore a quello previsto in organico**.

Per quanto riguarda gli infermieri la situazione migliora, infatti sono molti i casi in cui il numero degli infermieri previsto corrisponde a quello effettivamente presente.

Si è deciso di incrociare i dati relativi al personale effettivamente presente nel Pronto Soccorso con il dato relativo al numero di accessi al Pronto Soccorso, per ottenere una fotografia più completa che permette di valutare il rapporto tra il numero totale di accessi al Pronto Soccorso e personale effettivamente presente.

Tab. 10 – Incrocio tra il n°. accessi al Pronto Soccorso e il n° di personale effettivamente presente

	ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila						ASL 2 Lanciano Vasto Chieti						ASL 3 Pescara			ASL 4 Teramo			
	PS Cast. Sangro	PS Pescina	PS Tagliacozzo	DEA 1° Sulmona	DEA 2° Avezzano	DEA 2° L'Aquila	PS Atessa	PS Ortona	PS Guardiagrele	DEA 1° Lanciano	DEA 1° Vasto	DEA 2° Chieti	PS Popoli	DEA 1° Penne	DEA 2° Pescara	DEA 1° Atri	DEA 1° Giulianova	DEA 1° S.Omero	DEA 2° Teramo
IND 1 Accessi PS nel 2011	10.000	-	7.202	22.215	47.898	39.742	12.050	19.017	8.479	39.612	32.801	66.984	10.269	13.850	97.115	27.992	26.450	23.580	45.237
N° MEDICI	5	3	6	7	13	13	6	6	6	12	11	19	5	5	14	10	8	9	16
N° INFERMIERI	15	6	6	14	23	18	15	20	13	25	24	25	14	-	32	16	20	21	28
Accessi/N° Medici	2000	-	1200	3174	3684	3057	803	3170	1413	3301	2982	3525	2054	2770	6937	2799	3306	2620	2827
Accessi/N° Infermieri	667	-	1200	1587	2083	2208	803	951	652	1584	1367	2679	734	-	3035	1750	1323	1123	1616

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

A completare il quadro contribuisce il dato dell'**indicatore 2** relativo alla tipologia di contratto del personale presso il Pronto Soccorso illustrato nella tabelle che segue, dalla quale si evince che in generale la tipologia contrattuale prevalente è quella a tempo indeterminato per tutto il personale, siano essi medici, infermieri o operatori socio-sanitari.

La ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila sembra essere quella più in sofferenza per un numero più elevato di contratti a tempo determinato.

Tab. 11 – Dotazione di personale al Pronto Soccorso per tipologia di contratto

IND. 2	ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila						ASL 2 Lanciano Vasto Chieti						ASL 3 Pescara			ASL 4 Teramo			
	PS Cast. Sangro	PS Pescina	PS Tagliacozzo	DEA 1° Sulmona	DEA 2° Avezzano	DEA 2° L'Aquila	PS Atessa	PS Ortona	PS Guardiagrele	DEA 1° Lanciano	DEA 1° Vasto	DEA 2° Chieti	PS Popoli	DEA 1° Penne	DEA 2° Pescara	DEA 1° Atri	DEA 1° Giulianova	DEA 1° S.Omero	DEA 2° Teramo
MEDICI																			
N. unità contratto a tempo indeterminato	2	2	6	-	9	6 + 1	5	6	6	12	11	19	4	5	12	10	9	9	16
N. unità contratto a tempo determinato	4	1	-	-	4	6	1	-	-	1	-	-	1	-	2	-	-	-	-
INFERMIERI																			
N. unità contratto a tempo indeterminato	15	6	6	-	22	17	14	18	13	21	24	25	14	18	32	16	20	21	28
N. unità contratto a tempo determinato	-	-	-	-	1	1	1	1	-	4	-	3	-	15	0	-	-	-	-
OPERATORI SOCIO-SANITARI																			
N° unità contratto a tempo indeterminato	6	2	-	-	8	17	3	-	2	7	13	6	3	3	8+ 2	5	4	1	5
N° unità contratto a tempo determinato	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	0	1	-	-	-

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Fattore 5 - Funzioni

Elenco indicatori

IND.1	**Presenza del servizio di Osservazione Breve Intensiva**
IND.2	**Presenza del reparto di Medicina d'Urgenza**
IND.3	**Presenza del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione di I° livello con le seguenti caratteristiche:**
	• PS
	• OBI
	• Medicina d'Urgenza
	• Terapia Intensiva
	• Medicina Generale
	• Chirurgia Generale o Chirurgia di Urgenza
	• Ortopedia-Traumatologia
	• Cardiologia con Unità Cardio-Coronarica (UCC)
	• Unità Cardio-Coronarica (UCC)
IND.4	**Presenza del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione di II° livello con le seguenti caratteristiche:**
	• Neurochirurgia
	• Chirurgia vascolare
	• Chirurgia toracica
	• Terapia Intensiva Neonatale
	• Terapia Intensiva Pediatrica
	• Radiologia Interventistica
	• Altro Specificare:
IND.5	**Presenza dei servizi per i casi di emergenza**
	• Servizio di Analisi chimico-cliniche e microbiologiche
	• Servizio di Radiodiagnostica
	• Servizio Trasfusionale
	• Blocco operatorio
	• Sala gessi
IND.6	**Presenza di servizi non dedicati, ma disponibili per i casi di emergenza**
	• Servizio di Analisi chimico-cliniche e microbiologiche
	• Servizio di Radiodiagnostica
	• Servizio Trasfusionale
	• Blocco operatorio
	• Sala gessi

Questo Fattore descrivere le caratteristiche che dovrebbero avere i Pronto Soccorso, specifico per tipologia: Pronto Soccorso, DEA di 1° e 2° livello. Per una corretta analisi è importante leggere questi dati tenendo conto contestualmente della tipologia dei Servizi in riferimento ad altri indicatori.

Si è deciso quindi di incrociare gli indicatori 1 e 2 del Fattore 5 con gli indicatori 3,4,5,6 del Fattore 2, per avere un panorama più completo.

Tab. 12 – Incrocio tra gli indicatori 1 e 2 del Fattore 5 e gli indicatori 3,4,5,6 del Fattore 2

INDICATORI		ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila			ASL 2 Lanciano Vasto Chieti			ASL 3 Pescara		ASL 4 Teramo			
		DEA1° Sulmona	DEA2° Avezzano	DEA2° L'Aquila	DEA1° Lanciano	DEA1° Vasto	DEA2° Chieti	DEA1° Penne	DEA2° Pescara	DEA1° Atri	DEA1° Giulianova	DEA1° S.Omero	DEA2° Teramo
FATTORE 5													
IND. 1	Presenza del servizio di OBI	sì	no	no	sì	sì	sì	si	sì	no	no	no	sì
IND. 2	Presenza del reparto di Medicina d'Urgenza	NP	no	no	NP	NP	no	NP	no	NP	NP	NP	no
FATTORE 2													
IND. 3	N° posti letto di Osservazione Breve Intensiva attivi	2	-	-	8	4	15	4	10	-	-	-	6
IND. 4	N° casi trattati in Osservazione Breve Intensiva nel 2011	816	-	-	3.143	3.103	3.871	732	18.250	-	-	-	2.350
IND. 5	N° posti letto di Medicina d'Urgenza attivi	NP	-	-	NP	NP	-	NP	-	NP	NP	NP	-
IND. 6	N° ricoveri in Medicina d'Urgenza nel 2011	NP	-	-	NP	NP	-	NP	-	NP	NP	NP	-

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

La premessa da fare è che la normativa prevede che l'OBI sia presente nei DEA di 1° e 2° livello, mentre la Medicina d'Urgenza solo nei DEA di 2° livello[9]. I Pronto Soccorso semplici non sono tenuti ad avere nessuno dei due servizi. Partendo da questa premessa abbiamo escluso i Pronto Soccorso semplici e ci siamo concentrati solo sui DEA di 1° e 2° livello.

Dei cinque DEA di 2° livello presenti tre hanno l'OBI ma nessuno ha la Medicina d'Urgenza. Spiccano due DEA di 2° livello per l'assenza completa di entrambi i Servizi appartenenti alla ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila. Mentre dei sette DEA di 1° livello, quattro hanno l'OBI e tre no; tutti afferiscono alla ASL 4 di Teramo.

Gli OBI con il maggior numero di posti letto sono quelli presenti nei DEA di 2° livello (Chieti e Pescara), mentre gli altri si aggirano sull'ordine di grandezza che va da 4 a 8 posti letto, il più piccolo è quello di Sulmona con solo 2 posti letto.

[9] Tutti i DEA di I° livello, non tenuti ad avere la Medicina di Urgenza, sono stati esclusi dalla valutazione indicando questa situazione con la sigla NP intesa come "Non Pertinente".

Tab. 13 – Caratteristiche del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione di I° livello

IND. 3	ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila			ASL 2 Lanciano Vasto Chieti			ASL 3 Pescara		ASL 4 Teramo			
	DEA 1° Sulmona	DEA 2° Avezzano	DEA 2° L'Aquila	DEA 1° Lanciano	DEA 1° Vasto	DEA 2° Chieti	DEA 1° Penne	DEA 2° Pescara	DEA 1° Atri	DEA 1° Giulianova	DEA1° S.Omero	DEA 2° Teramo
□ PS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
□ OBI	■			■	■	■	■					■
□ Medicina d'Urgenza												
□ Terapia Intensiva	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■
□ Medicina Generale	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
□ Chirurgia Generale Chirurgia Urgenza	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
□ Ortopedia -Traumatologia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
□ Cardiologia con Unità Cardio-Coronarica (UCC)	■	■	■	■	■	■		■	■	■		■
□ Unità Cardio-Coronarica (UCC)						■		■	■	■		■
TOTALE	7/9	6/9	6/9	8/9	7/9	8/9	5/9	7/9	7/9	7/9	5/9	8/9

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Legenda cromatica
"No" casella vuota
"Si" casella piena

Questo indicatore rileva la discrepanza tra come dovrebbero essere strutturati i DEA di 1° livello e come lo sono realmente. Nessun DEA ha tutti i servizi richiesti. Inoltre, non c'è una differenza importate tra DEA di 1° e 2° livello, mediamente tutti hanno sette servizi sui nove richiesti.

In tutti i DEA è assente la Medicina d'Urgenza, questo dato ci conferma l'informazione che avevamo già rilevato con l'indicatore presentato nella tabella precedente.

Tutti, tranne uno, hanno la Terapia intensiva, e tutti hanno la Medicina Generale, la Chirurgia generale o Chirurgia d'urgenza e l'Ortopedia-Traumatologia; in soli due casi è presente la Cardiologia con Unità Cardio-Coronarica.

Tab. 14 – Caratteristiche del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione di II° livello

IND. 4	ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila	ASL 2 Lanciano Vasto Chieti	ASL 3 Pescara	ASL 4 Teramo
	DEA2° L'Aquila	DEA2° Chieti	DEA2° Pescara	DEA2° Teramo
• Neurochirurgia				
• Chirurgia vascolare				
• Chirurgia toracica				
• Terapia Intensiva Neonatale				
• Terapia Intensiva Pediatrica				
• Radiologia Interventistica				
TOTALE	4/6	4/6	5/6	4/6

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Legenda cromatica
"No" casella vuota
"Si" casella piena

L'**indicatore 4** riguarda esclusivamente i DEA di 2° livello. La fotografia che ne viene fuori è che rispetto ai sei servizi previsti, in tre DEA ce ne sono quattro su sei e in uno cinque su sei, nessuno li prevede tutti. In particolare in tutti è assente la Terapia Intensiva Pediatrica.

Tab. 15 – Presenza di servizi per i casi di emergenza: dedicati (DE) o disponibili (DI)

IND. 5 e 6	ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila			ASL 2 Lanciano Vasto Chieti			ASL 3 Pescara		ASL 4 Teramo			
	DEA 1° Sulmona	DEA 2° Avezzano	DEA 2° L'Aquila	DEA 1° Lanciano	DEA 1° Vasto	DEA 2° Chieti	DEA 1° Penne	DEA 2° Pescara	DEA 1° Atri	DEA 1° Giulianova	DEA 1° S.Omero	DEA2° Teramo
Servizio di Analisi chimico-cliniche e microbiologiche	DE	DI	DE	DI	DI	DE	DI	DE	DI	DI	DI	DI
Servizio di Radiodiagnostica	DE	DI	DE	DI	DI	DE	DI	DE	DI	DI	DI	DI
Servizio Trasfusionale	DE	DI	DI	DI	DI	DE	DI	DE	DI	DI	-	DI
Blocco operatorio	DE	DI	DE	DI	DI	DE	DI	DE	DI	DI	DI	DI
Sala gessi	DE	DI	DE	DI	DI	DE	DI	DE	DI	DI	DI	DE

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Dalla lettura di questa tabella emerge che in quasi tutti i DEA di 2° livello i servizi richiesti sono dedicati, mentre nei DEA di 1° livello i servizi sono disponibili a conferma della dotazione prevista per ciascuna tipologia di servizio.

E' probabile che nei presidi di città più piccole i suddetti servizi pur non essendo esclusivamente dedicati alle attività relative alle emergenze (come è auspicabile che avvenga per i DEA di 2° livello) siamo comunque adeguati alla gestione delle attività connesse al Pronto Soccorso.

PRONTO SOCCORSO

2° Componente - Qualità tecnica

Fattore 7 - Gestione del triage e Valutazione della criticità

Elenco indicatori

IND. 1	**Sistema di Triage per la classificazione dei pazienti**
IND. 2	**Classificazione degli interventi sanitari con appositi codici**
IND. 3	**Scheda Triage**
IND. 4	**Procedure Fast Track durante il Triage**
	□ otorinolaringoiatria
	□ oculistica
	□ altro
IND. 5	**Procedura per la valutazione del dolore** durante il Triage, in cui la misura del dolore è discriminante per l'attribuzione del codice
IND. 6	Procedura di rivalutazione del dolore durante l'intera permanenza in Pronto Soccorso
IND. 7	Procedura di rivalutazione del dolore durante l'intera permanenza in Osservazione Breve Intensiva
IND. 8	Procedura di rivalutazione del dolore durante l'intera permanenza nella Unità Operativa di Medicina Urgenza
IND. 9	Linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso
IND. 10	**Tempi di attesa per le prestazioni dopo il Triage:** (tempi medi in minuti)
	□ tempo medio di attesa dopo il triage per le prestazioni effettuate in codice bianco
	□ tempo medio di attesa dopo il triage per le prestazioni effettuate in codice verde
	□ tempo medio di attesa dopo il triage per le prestazioni effettuate in codice giallo
	□ tempo medio di attesa dopo il triage per le prestazioni effettuate in codice rosso
	□ in caso di ricovero, tempo medio di attesa per il ricovero dopo la visita

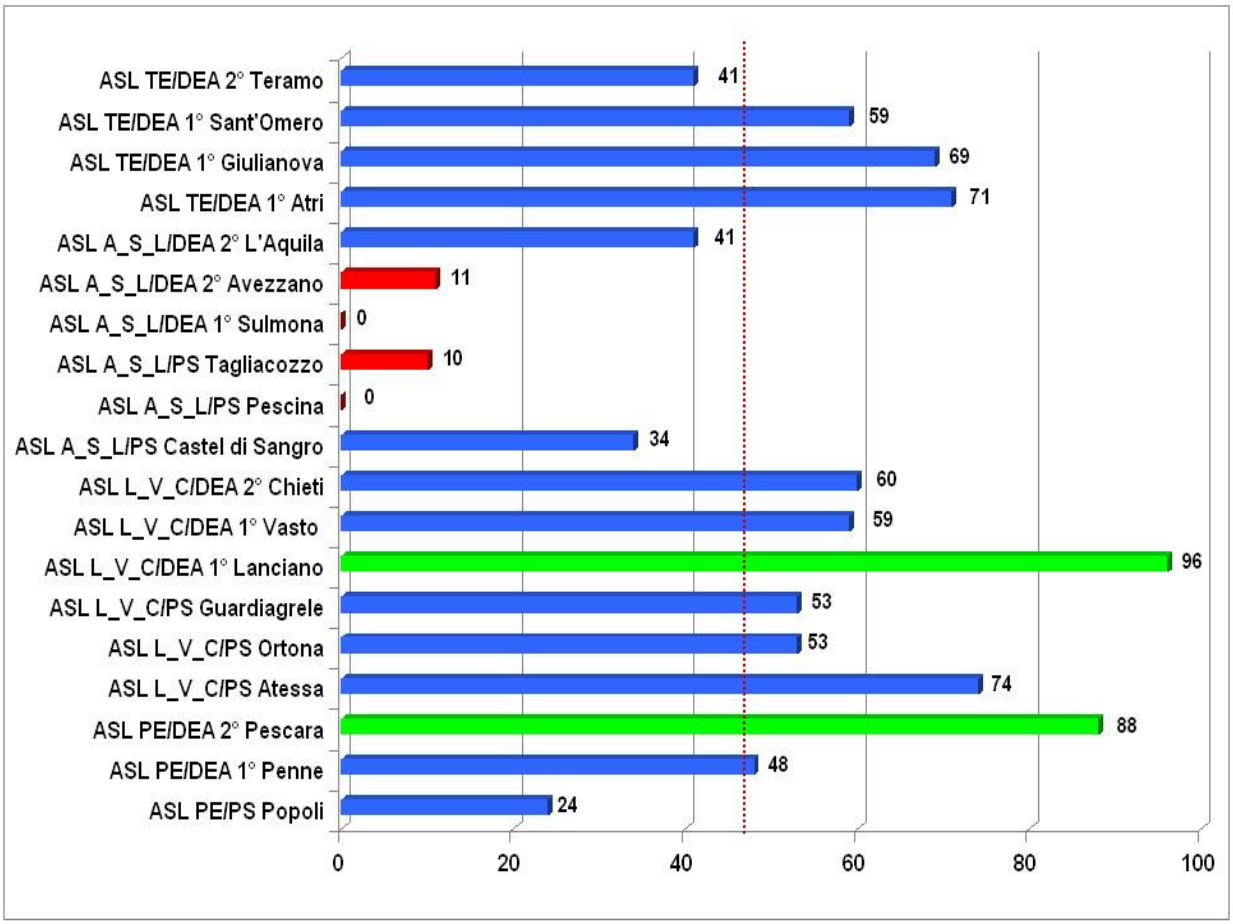
L'importanza di ricorrere ad un efficace processo di valutazione dei pazienti deriva dalla necessità di razionalizzare ed ottimizzare l'intervento medico e di disporre di un sistema, sufficientemente flessibile, in grado di rendere ed assicurare una adeguata selezione dei pazienti in attesa in relazione all'urgenza dell'assistenza necessaria.

Il sistema più efficace per la valutazione del paziente è stato ormai individuato nel Triage che, ancora oggi, presenta una forte disomogeneità di utilizzo nelle singole regioni italiane.[10]

La Conferenza Stato – Regioni del 25 ottobre 2001 ha indicato[11] di garantire la funzione di Triage intraospedaliero, quale strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati ad un servizio per acuti, in ogni caso e continuamente in quei presidi con oltre 25.000 accessi per anno. Mentre, gli ospedali che, pur essendo al di sotto dei 25.000 accessi per anno, si trovano ad operare in condizioni di flussi periodicamente elevati ed irregolari (turismo stagionale, ferie, ecc…) devono garantire la funzione di Triage proporzionalmente alle necessità.

[10] http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/MDS_MATTONI_SSN_milestone_1.3_triage_v1.0.pdf
[11] Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118

Grafico 1 - Fattore 7-Gestione del triage e Valutazione delle criticità



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 47
Mediocre

La valutazione della criticità delle condizioni dei pazienti, il sistema di Triage adottato e la presenza di una apposita Scheda di rilevazione del codice assegnato rappresentano il primo fondamentale parametro di qualità del servizio erogato nella fase di accesso dei pazienti al Pronto Soccorso.

Se la quasi totalità dei Pronto Soccorso/DEA oggetto della rilevazione (15 su 19) dichiara di aver adottato un sistema di **Triage**, grazie al quale classifica gli interventi sanitari con appositi codici, solo la metà di questi si è dotato di una apposita **scheda di Triage**.

La **valutazione del dolore**, laddove il dolore sia discriminante per l'attribuzione del codice di priorità, ed il successivo monitoraggio, avviene per prassi in 14 su 19 Pronto Soccorso con un punteggio IAS tra i 70 e 100; tuttavia dalla rilevazione emerge la mancanza di una formalizzazione di tale procedura basata su specifiche Linee guida, adottata soltanto da 3 Servizi.

Il **tempo medio di attesa** dopo il Triage per le prestazioni effettuate in **codice rosso** si attesta in tutti i casi non al di sopra dei 4 minuti. Per 9 Pronto Soccorso il tempo medio di attesa per il **codice giallo** è compreso tra 0 e 15 minuti; dai 36 ai 48 minuti per altri due Pronto Soccorso. Molto variabile il tempo di attesa per il **codice verde** (dai 5 ai 63 minuti).

Procedure **Fast Track** durante il Triage sono attivate solo in 5 Servizi.

Il punteggio medio complessivo del Fattore 7, collocandosi al sotto di un IAS pari a 50, non risulta soddisfacente.

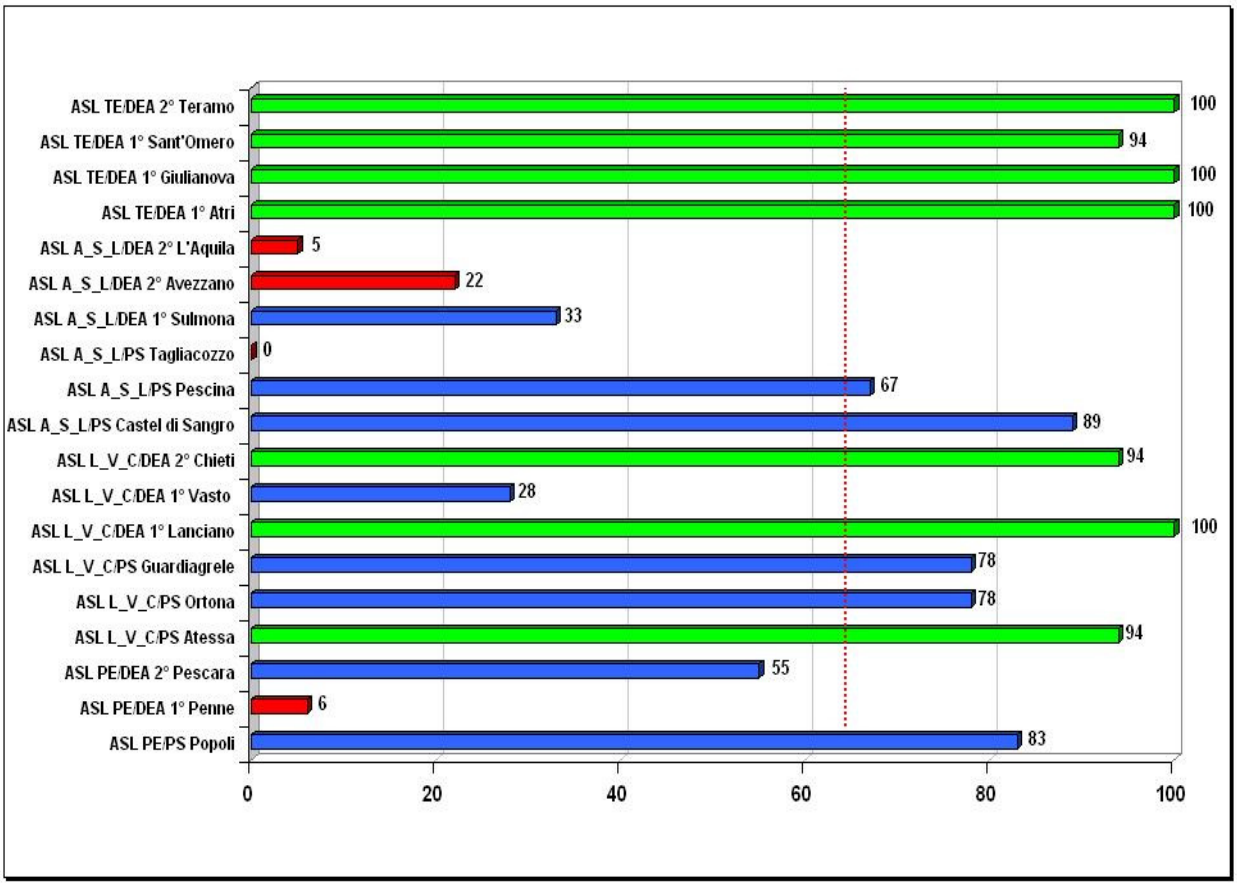
8 Servizi su 19 si trovano al di sotto della media del Fattore; tra queste si trovano tre DEA di II° Livello.

Fattore 8 - Integrazione della Rete

Elenco indicatori

IND. 1	Percorsi per l'identificazione di pazienti con dolore toracico
IND. 2	Percorsi per l'identificazione di pazienti con sindrome coronarica acuta
IND. 3	Percorsi per l'identificazione di pazienti con disturbo neurologico acuto
IND. 4	Procedura di Triage al Pronto Soccorso per l'individuazione di pazienti con sindrome coronarica acuta
STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DELLA RETE PER L'EMERGENZA CARDIOVASCOLARE	
IND. 5	Rete Integrata di Servizi per la gestione delle patologie di natura cardiaca
	La Rete garantisce la continuità assistenziale e favorisce l'integrazione ospedale-territorio
	La Rete si ispira al modello Hub&Spoke
	La Rete è collegata alla CO 118
STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DELLA RETE PER L'EMERGENZA TRAUMATOLOGICA	
IND. 6	Rete Integrata di Servizi per la gestione del trauma maggiore
	La Rete garantisce la continuità assistenziale e favorisce l'integrazione ospedale-territorio
	La Rete si ispira al modello Hub&Spoke
	La Rete è collegata alla CO 118
STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DELLA RETE PER L'EMERGENZA CEREBROVASCOLARE	
IND. 7	Rete Integrata di Servizi per la gestione dell'emergenza cerebrovascolare
	La Rete garantisce la continuità assistenziale e favorisce l'integrazione ospedale-territorio
	La Rete si ispira al modello Hub&Spoke
	La Rete prevede il servizio di Stroke unit oppure Stroke team
	La Rete è collegata alla CO 118
	Sistema di valutazione condiviso in caso di sospetto ictus cerebrale ischemico

Grafico 2 - Fattore 8 - Integrazione della Rete



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 64
Discreto

Il **modello Hub&Spoke** è realizzato solo per alcuni Servizi in particolare per la Rete per l'emergenza cardiovascolare in 12 Servizi; per l'emergenza traumatologica in 10 Servizi; per l'emergenza cerebrovascolare in 13 Servizi.

Sono implementati percorsi per **l'identificazione di pazienti con gravi sindromi** quali dolore toracico e sindrome coronarica acuta in 14 Servizi (IAS pari a 100); 15 Servizi hanno ottenuto lo stesso punteggio per l'identificazione di pazienti con disturbo neurologico acuto. Di contro i restanti 4 Servizi hanno ottenuto un punteggio IAS pari a 0.

La Rete garantisce **la continuità assistenziale** e favorisce **l'integrazione ospedale-territorio** in oltre la metà dei Servizi (IAS pari a 100). In particolare per la Rete per l'emergenza cardiovascolare (11 Servizi con IAS 100); per l'emergenza traumatologica (10 Servizi con IAS 100); per l'emergenza cerebrovascolare (14 Servizi con IAS 100). Di contro i restanti Servizi hanno ottenuto un punteggio IAS pari a 0.

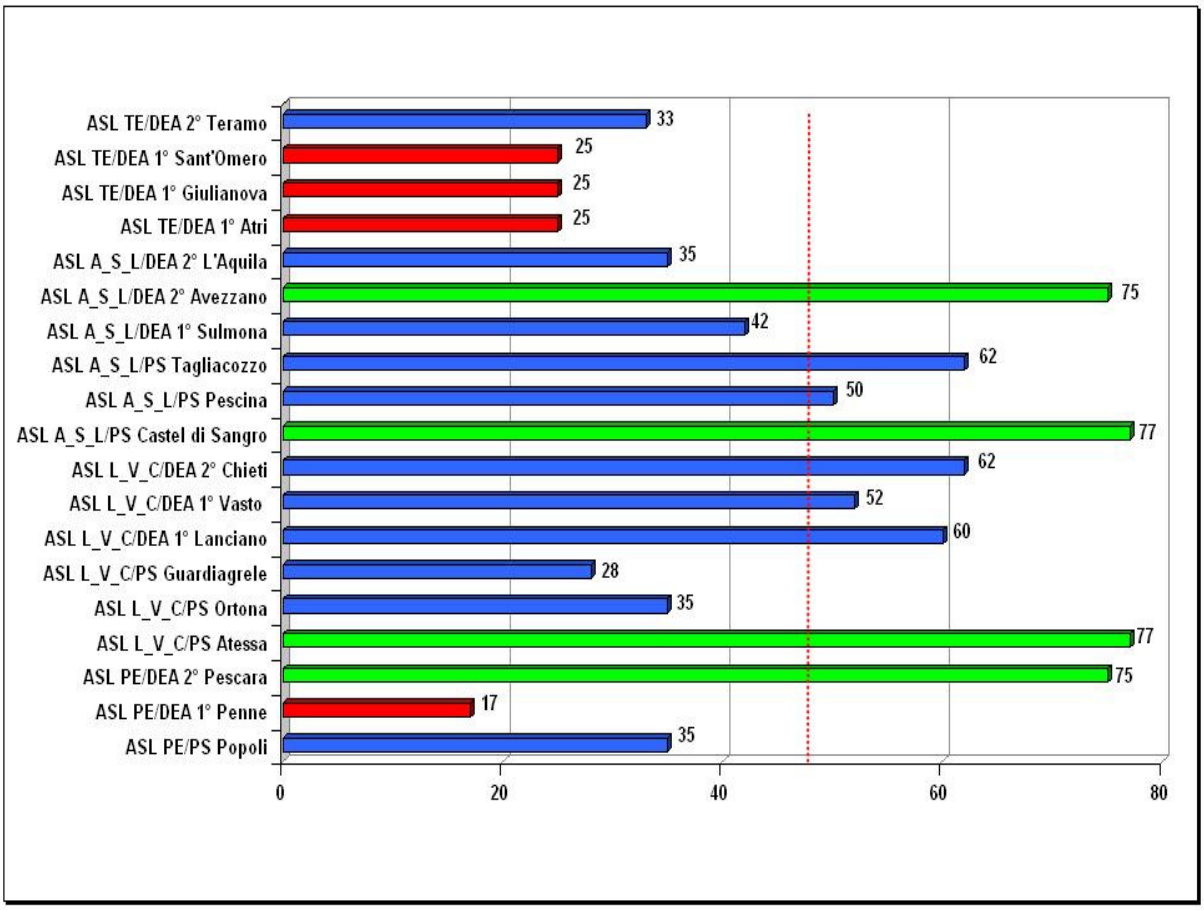
Il punteggio medio complessivo del Fattore 8, pari a 64 risulta **discreto**. 7 Servizi su 19 si trovano al di sotto della media del Fattore, di questi 6 risultano significativamente insufficienti. 7 Servizi raggiungono invece un punteggio eccellente (IAS tra 94 e 100); 2 un punteggio buono (con IAS compreso tra 83 e 90); altri 3 un punteggio Discreto (67 e 78).

Fattore 9 - Sistema informativo e Risorse tecnologiche

Elenco indicatori

IND. 1	Gestione completa dei dati del paziente attraverso software
IND. 2	Gestione della cartella clinica attraverso software
IND. 3	Gestione delle prestazioni effettuate attraverso software
IND. 4	Integrazione tra il software e l'Unità Operativa di radiologia ai fini della trasmissione e della lettura delle immagini in formato elettronico
IND. 5	Condivisione del software tra tutti i Presidi Ospedalieri presenti all'interno della ASL
IND. 6	Compatibilità del software con gli altri sistemi informativi presenti nella ASL
IND. 7	Analisi statistica dei dati attraverso il software
IND. 8	Archiviazione dell'analisi delle attività svolte e delle valutazioni circa la loro qualità e appropriatezza attraverso il software
IND. 9	Collegamento informatico per la gestione dei ricoveri
IND. 10	Cartella clinica informatizzata
IND. 11	Il Pronto Soccorso è a conoscenza della disponibilità di posti letto in ospedale
	indicare con quali modalità:
	- software integrato di gestione dei posti letto
	- sistema codificato di messa a disposizione di un certo numero di posti letto per il PS da parte delle Unità Operative di ricovero
	- altro sistema, specificare:
IND. 12	Il Pronto Soccorso è a conoscenza della disponibilità di posti letto in altri ospedali della ASL
	indicare con quali modalità:
	- sistema di collegamento con la CO 118
	- sistema di collegamento con altri Pronto Soccorso
	- altro sistema, specificare

Grafico 3 - Fattore 9 - Sistema informativo e Risorse tecnologiche



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 47
Mediocre

Tutti i Pronto Soccorso (19) sono dotati di un **software** per la gestione completa dei dati del paziente; di questi 15 sono in grado di elaborare **un'analisi statistica dei dati**, ma non hanno la possibilità di archiviare i risultati delle analisi svolte e delle valutazioni circa la qualità e l'appropriatezza: solo 4 PS dichiarano di poter archiviare questo tipo di analisi tramite il medesimo software.

In meno della metà (8 PS) il software risulta essere **compatibile con gli altri sistemi** informatizzati presenti nella ASL

Solo 6 Pronto Soccorso gestiscono la **Cartella clinica** in modo informatizzato.

La conoscenza della **disponibilità di posti letto** in ospedale da parte del Pronto Soccorso nella quasi totalità dei Servizi non avviene attraverso l'utilizzo di alcun software.

Il punteggio medio complessivo del Fattore è 47 e risulta al di sotto della sufficienza.

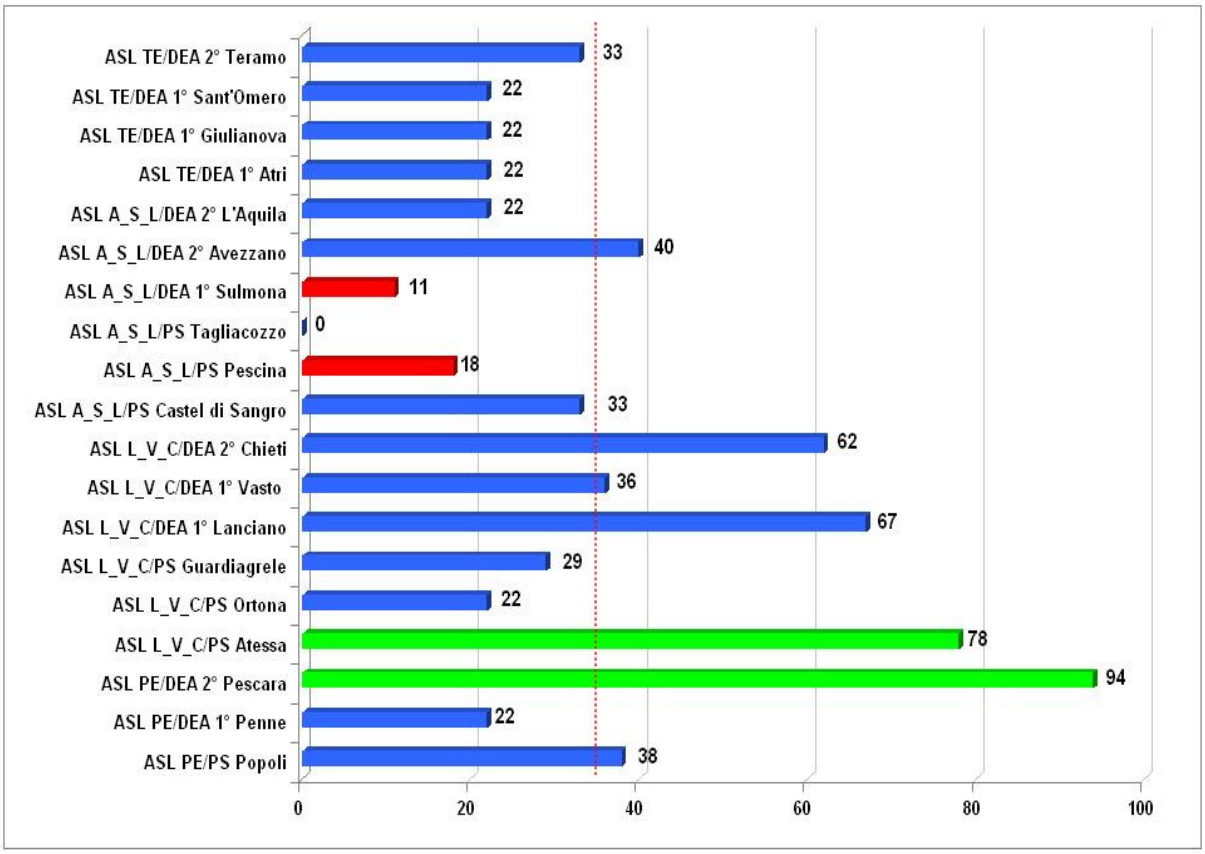
10 Pronto Soccorso su 19 si trovano al di sotto della media del Fattore. 9 PS hanno un punteggio superiore alla media (IAS tra 50 e 77), ma nessuno soddisfa pienamente il Fattore

Fattore 10 - Formazione e Sicurezza del personale

Elenco indicatori

IND. 1	Corsi di formazione/aggiornamento professionale riservati ai **medici,** negli ultimi due anni
	Corso di formazione/aggiornamento di BLSD (Basic Life Support Defibrillator)
	Corso di formazione/aggiornamento di ALS (Advanced Life Support)
	Corso di formazione/aggiornamento di ATLS (Advanced Trauma Life Support)
IND. 2	Corsi di formazione/aggiornamento professionale riservati agli **infermieri**, negli ultimi due anni
	Corso di formazione/aggiornamento di BLSD (Basic Life Support Defibrillator)
	Corso di formazione/aggiornamento di Triage per gli infermieri
IND. 3	Formazione di base sul Triage per tutti gli operatori
IND. 4	Formazione permanente sul Triage per tutti gli operatori
IND. 5	Guardie giurate nella sala d'attesa del Pronto Soccorso
IND. 6	Postazione di pubblica sicurezza nelle vicinanze del Pronto Soccorso
IND. 7	Episodi di violenza nel Pronto Soccorso certificati negli ultimi 12 mesi

Grafico 4 - Fattore 10 - Formazione e Sicurezza del personale



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 35
Scadente

17 Pronto Soccorso hanno realizzato corsi di **formazione di base sul Triage** per tutti gli operatori negli ultimi due anni, mentre solo 6 hanno realizzato corsi di **formazione permanente** sullo stesso tema.

Solo 8 Pronto Soccorso dichiarano di aver attivato **corsi di formazione** e/o aggiornamento professionale riservati ai **medici**, negli ultimi due anni. Di questi solo 4 raggiungono un punteggio IAS tra 71 e 100[12] ed il corso ha avuto ad oggetto il "Basic Life Support Defibrillator". Solo 4 Servizi hanno attivato corsi relativi al "Advanced Life Support" e "Advanced Trauma Life Support" e soltanto un Pronto Soccorso ha ottenuto un IAS pari a 100 per questi ultimi due tipologie di corsi.

Corsi di formazione e/o aggiornamento professionale riservati agli **infermieri**, sono stati attivati negli ultimi due anni da 12 Pronto Soccorso. Di questi 7 hanno ottenuto un IAS tra 71 e 100 per il corso "Basic Life Support Defibrillator" e 6 Pronto Soccorso per l'attivazione di un corso di formazione/aggiornamento di Triage.

12 Servizi su 19 hanno nelle vicinanze **una postazione di pubblica sicurezza**. In 7 Pronto Soccorso si sono verificati negli ultimi dodici mesi episodi di violenza, principalmente contro medici ed infermieri, in seconda battuta contro altro personale.

Il punteggio medio complessivo del Fattore è pari a 35, risulta scadente.

12 Pronto Soccorso su 19 si trovano al di sotto della media del Fattore; 6 hanno un punteggio superiore alla media, e di questi solo per 3 Servizi il punteggio IAS si colloca in un *range* soddisfacente (IAS tra 62 e 94); gli altri 3 non raggiungono comunque la sufficienza (IAS da 36 a 40).

[12] Il punteggio IAS è calcolato tenendo conto della percentuale medici che ha partecipato ai corsi rispetto al totale del personale medico

PRONTO SOCCORSO

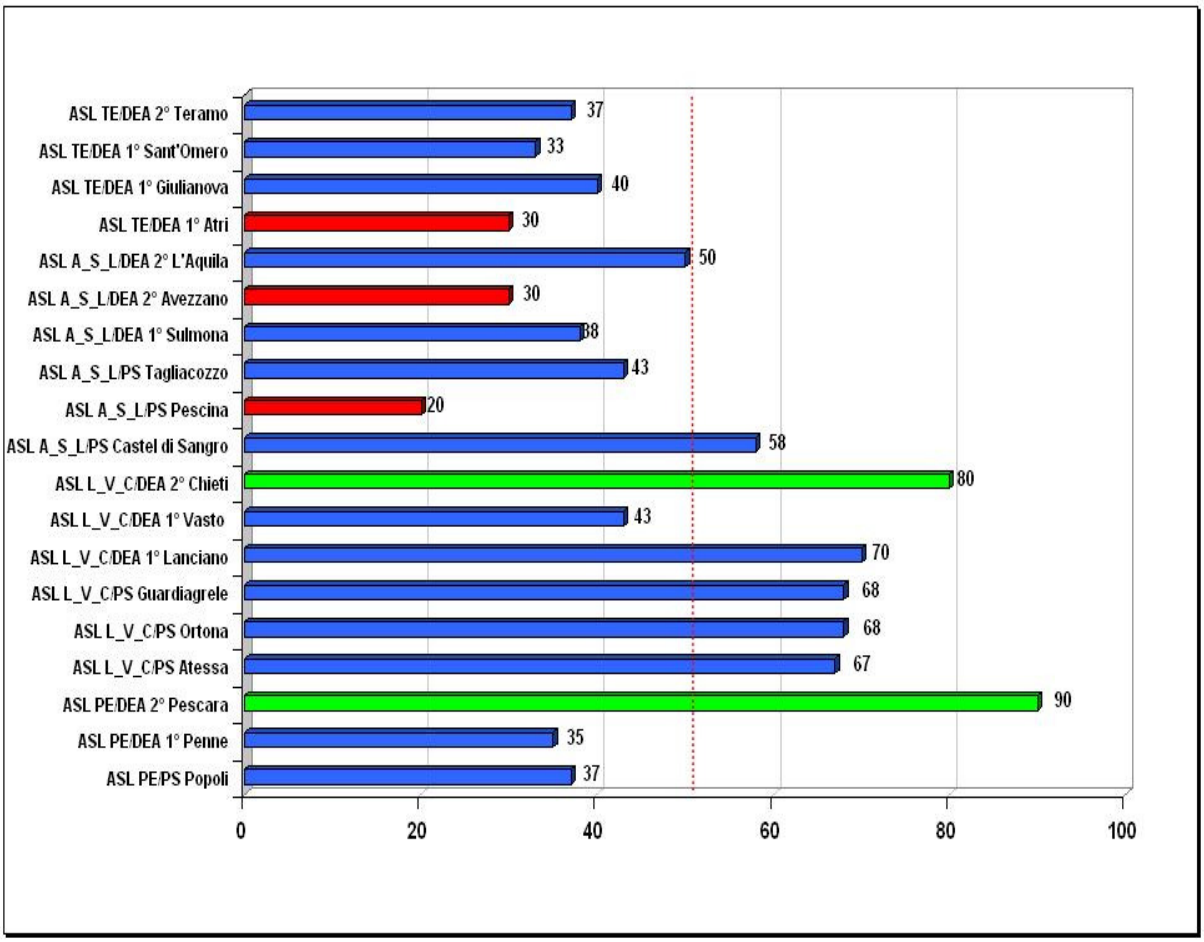
3° Componente - Umanizzazione

Fattore 11 - Cura della relazione con il paziente e rispetto della Privacy

Elenco indicatori

IND. 1	Procedura per la comunicazione con i parenti
IND. 2	Servizio di accoglienza dedicato ai cittadini che accedono al Pronto Soccorso
IND. 3	Procedura aziendale per il consenso informato
IND. 4	Corsi di formazione su aspetti della comunicazione/relazione con il paziente/cittadino per gli operatori sanitari negli ultimi due anni
	indicare su quali argomenti:
	• comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto
	• temi della diversità culturale
	• gestione della fase del fine vita
	• Altro (specificare)
IND. 5	Supporto psicologico specifico per coloro che hanno subito violenza a sfondo sessuale
	indicare con quali modalità:
	• consulenza psicologica in tutti i casi di violenza a sfondo sessuale.
	• consulenza psicologica su eventuale richiesta, ma non rientra in un programma specifico.
	• Altro (specificare)
IND. 6	Modalità di chiamata dei pazienti in sala di attesa del Pronto Soccorso nel rispettano della tutela della privacy
IND. 7	Procedura per le comunicazioni ai pazienti e familiari nel rispetto della riservatezza
IND. 8	Area dedicata ai pazienti in fase terminale nel Pronto Soccorso
IND. 9	Area dedicata ai pazienti deceduti nel Pronto Soccorso
IND. 10	Informazione agli utenti del Pronto Soccorso della possibilità di decidere a quali soggetti può essere comunicata la propria presenza al Pronto Soccorso
	indicare con quali modalità:
	• informativa stampata/materiale documentale (depliant, scheda, modulo, ecc.)
	• affissioni
	• operatore secondo una precisa procedura aziendale

Grafico 5 - Fattore 11 - Cura della relazione con il paziente e rispetto della Privacy



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 50
Mediocre

7 Pronto Soccorso hanno un IAS pari a 100 circa la presenza di un **servizio di accoglienza dedicato ai cittadini** che accedono al Pronto Soccorso e l'esistenza di una procedura per la comunicazione con i parenti.

Tutti i Servizi hanno adottato una procedura aziendale per il **consenso informato** raggiungendo un IAS pari a 100.

Solo 9 PS hanno attivato negli ultimi due anni corsi di formazione su aspetti della **comunicazione/relazione con il paziente/cittadino** per i propri operatori sanitari, principalmente sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto, meno sui temi della diversità culturale o gestione della momento di fine vita; tuttavia il punteggio da loro ottenuto non supera un IAS pari a 33, ad eccezione di un PS che ha raggiunto un IAS di 66.

Per la quasi totalità dei Pronto Soccorso il **supporto psicologico** per coloro che hanno subito violenza a sfondo sessuale non rientra in un programma specifico. Solo 2 Pronto Soccorso infatti

sono in grado di erogare questo servizio in ogni caso, altri 4 offrono consulenza solo su eventuale richiesta. Per tutti gli altri questo tipo di supporto psicologico non è garantito.

Tutti e 19 i Servizi monitorati si sono dotati di una procedura per le comunicazioni ai pazienti e familiari nel **rispetto della riservatezza** (IAS 100), quasi tutti hanno adottato una modalità di chiamata dei pazienti in sala di attesa tale da garantire la **tutela della privacy** (17 hanno raggiunto IAS 100).

La comunicazione agli utenti circa la **possibilità di decidere a quali soggetti** può essere **comunicata la propria presenza** al Pronto Soccorso generalmente è affidata ad un operatore sanitario, meno frequente la produzione di apposito materiale cartaceo. Su tale questione 8 PS hanno un IAS pari a 33; 3 PS hanno un IAS pari a 66; un solo PS ha IAS pari a 100; i restanti 3 hanno un punteggio pari a 0.

8 PS sui 19 sono dotati di una apposita **area dedicata ai pazienti deceduti**, mentre solo un PS è dotato di una apposita area dedicata ai pazienti in fase terminale.

Il punteggio medio complessivo del Fattore è pari a 50 e risulta mediocre.

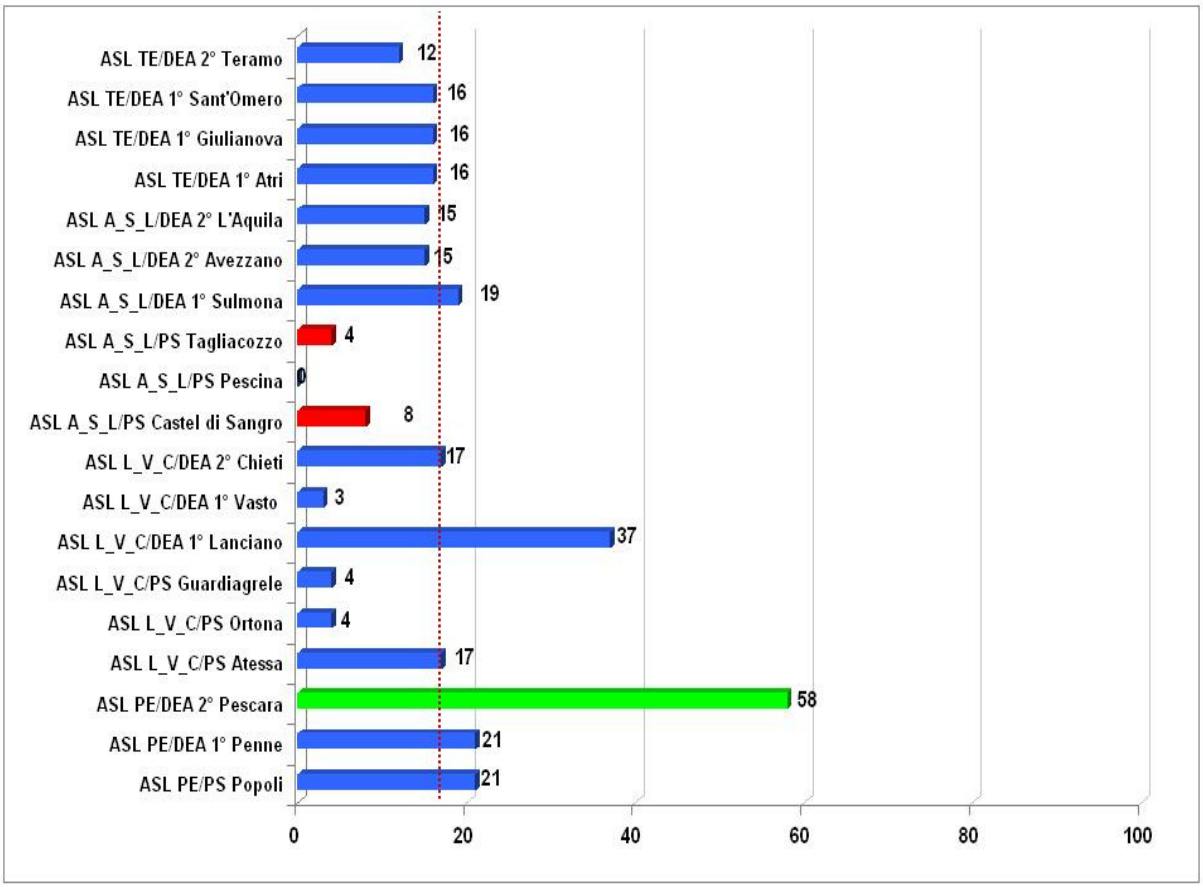
11 Pronto Soccorso su 19 si trovano al di sotto della media del Fattore; 7 hanno un punteggio superiore alla media, di questi 4 si collocano in un *range* discreto (IAS tra 67 e 70); gli altri 2 registrano un IAS tra 80 e 90.

Fattore 12 - Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa

Elenco indicatori

IND. 1	Servizio di interpretariato al Pronto Soccorso
	indicare con quali modalità:
	• disponibile nella struttura sanitaria
	• disponibile a chiamata
IND. 2	Documentazione informativa multilingue al Pronto Soccorso
	indicare quali:
	• fogli informativi multilingue su servizi presenti nella strutture
	• moduli di consenso informato multilingue
	• Carta dei Servizi
IND. 3	Comunicazione formale delle modalità di rilascio, agli utenti stranieri sprovvisti de permesso di soggiorno, del codice STP
IND. 4	Servizio di mediazione culturale a chiamata
IND. 5	Assistenza religiosa
	indicare con quali modalità:
	• per i cattolici è disponibile nella struttura sanitaria
	• per i cattolici è prevista a chiamata
	• per i non cattolici è disponibile nella struttura sanitaria
	• per i non cattolici è prevista a chiamata
IND. 6	Possibilità al Pronto Soccorso di farsi visitare da un medico uomo o donna secondo la religione di appartenenza
IND. 7	Possibilità nel reparto di Osservazione Breve Intensiva di farsi visitare da un medico uomo o donna secondo la religione di appartenenza
IND. 8	Possibilità nel reparto di Medicina d'Urgenza di farsi visitare da un medico uomo o donna secondo la religione di appartenenza
IND. 9	Possibilità nel reparto di Osservazione Breve Intensiva di tenere conto nei menu delle esigenze etiche o religiose
IND. 10	Possibilità nel reparto di Medicina d'Urgenza di tenere conto nei menu delle esigenze etiche o religiose

Grafico 6 - Fattore 12 - Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 16
Pessimo

Solo in 2 PS è disponibile un servizio di i**nterpretariato** ed è pressoché inesistente il Servizio di **mediazione culturale** anche solo a chiamata.

Documentazione **informativa multilingue** è presente solo in 4 PS e per altrettante Strutture esiste la possibilità per gli utenti di **farsi visitare da un medico uomo o donna** secondo la religione di appartenenza.

La **comunicazione** formale delle modalità di **rilascio**, agli utenti stranieri sprovvisti del permesso di soggiorno, del **codice STP** avviene in 7 dei PS monitorati.

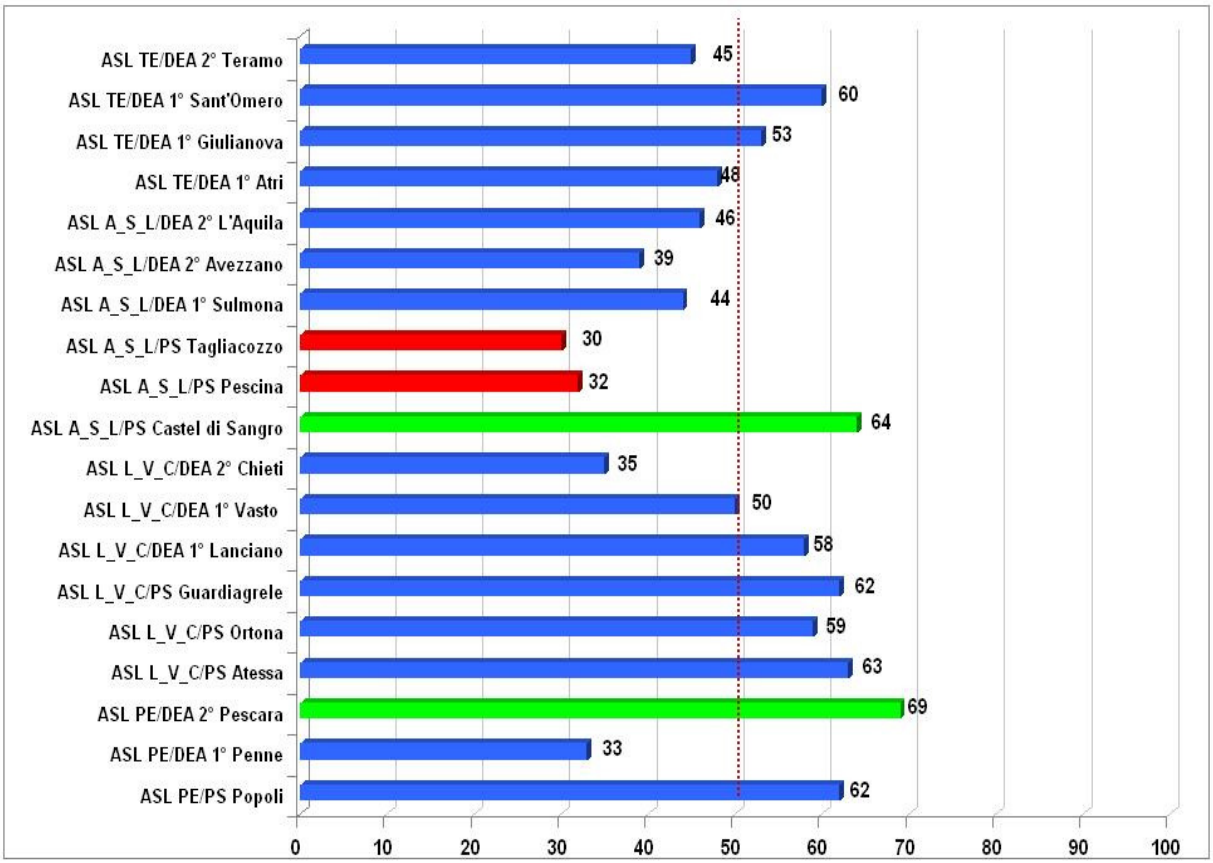
Il punteggio medio complessivo del Fattore è pari a 16 e risulta del tutto insoddisfacente e a peggiorare il quadro è il fatto che 9 Pronto Soccorso su 19 si trovano al di sotto di questa media di per sé molto bassa.

Fattore 13 - Comfort e Accessibilità

Elenco indicatori

IND. 1	Vitto e/o generi di conforto gratuiti per i pazienti in corso di visita al Pronto soccorso
IND. 2	Sistema di climatizzazione nei locali che ospitano pazienti
	indicare in quali locali:
	• Pronto Soccorso
	• Osservazione Breve Intensiva
	• Medicina d'Urgenza
IND. 3	Sala d'attesa/spazio dedicato ai bambini nel Pronto Soccorso
IND. 4	Interventi di pulizia nei locali del Pronto Soccorso previsti nel Capitolato d'appalto
IND. 5	Interventi di pulizia nei locali di Osservazione Breve Intensiva previsti nel Capitolato d'appalto
IND. 6	Interventi di pulizia nei locali di Medicina d'Urgenza previsti nel Capitolato d'appalto
IND. 7	Interventi di pulizia extra a chiamata, previsti nel Capitolato d'appalto
IND. 8	Bagni per il pubblico nel Pronto Soccorso, in cui sono presenti tabelle con la registrazione degli interventi di pulizia effettuati
IND. 9	Bagni nei locali dell'Osservazione Breve Intensiva, in cui sono presenti tabelle con la registrazione degli interventi di pulizia effettuati
IND. 10	Bagni nei locali di Medicina d'Urgenza, in cui sono presenti tabelle con la registrazione degli interventi di pulizia effettuati
IND. 11	Sala di attesa dedicata al Pronto Soccorso con:
	• congruo numero di posti a sedere
	• spazio congruo per i pazienti in barella
	• display che informa in tempo reale sul numero di pazienti in attesa per codice triage
	• distributori di bevande/alimenti
	• telefono pubblico
	• televisore (anche a circuito chiuso)
IND. 12	Nei locali del Pronto Soccorso sono presenti le seguenti aree dedicate ad uso del personale:
	• Bagni
	• Cucina
	• Sala relax
	• Impianto di aria condizionata
IND. 13	Segnaletica stradale in prossimità della struttura sanitaria relativa al Pronto Soccorso
IND. 14	Parcheggio riservato agli utenti del Pronto Soccorso
IND. 15	Cartellonistica, all'interno della struttura sanitaria, con indicazioni che tracciano il percorso per raggiungere il Pronto Soccorso
IND. 16	Percorsi e accorgimenti per raggiungere il Pronto Soccorso accessibili a persone con disabilità motoria
IND. 17	Percorsi e accorgimenti che consentono a non vedenti e ipovedenti l'accesso al Pronto Soccorso

Grafico 7 - Fattore 13 - Comfort e Accessibilità



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 50
Mediocre

Il punteggio IAS relativo alle **sale di attesa** dei Pronto Soccorso raggiunge una media di 51, collocandosi sulla sufficienza, anche se il **display** che informa in tempo reale sul numero di pazienti in attesa per ogni codice Triage è presente in 5/19 PS; il sistema di climatizzazione nei locali che ospitano pazienti è presente in 7/19 PS; **distributori di bevande/alimenti** sono presenti in 7/19 PS; un adeguato spazio per i pazienti in barella è presente in 13/19 PS. Un congruo numero di **posti a sedere** è presente in 15/19 PS. **Bagni per il pubblico** nel Pronto Soccorso, in cui sono presenti tabelle con la registrazione degli interventi di pulizia effettuati sono presenti in 17/19 e si attestano su un IAS pari a 70.

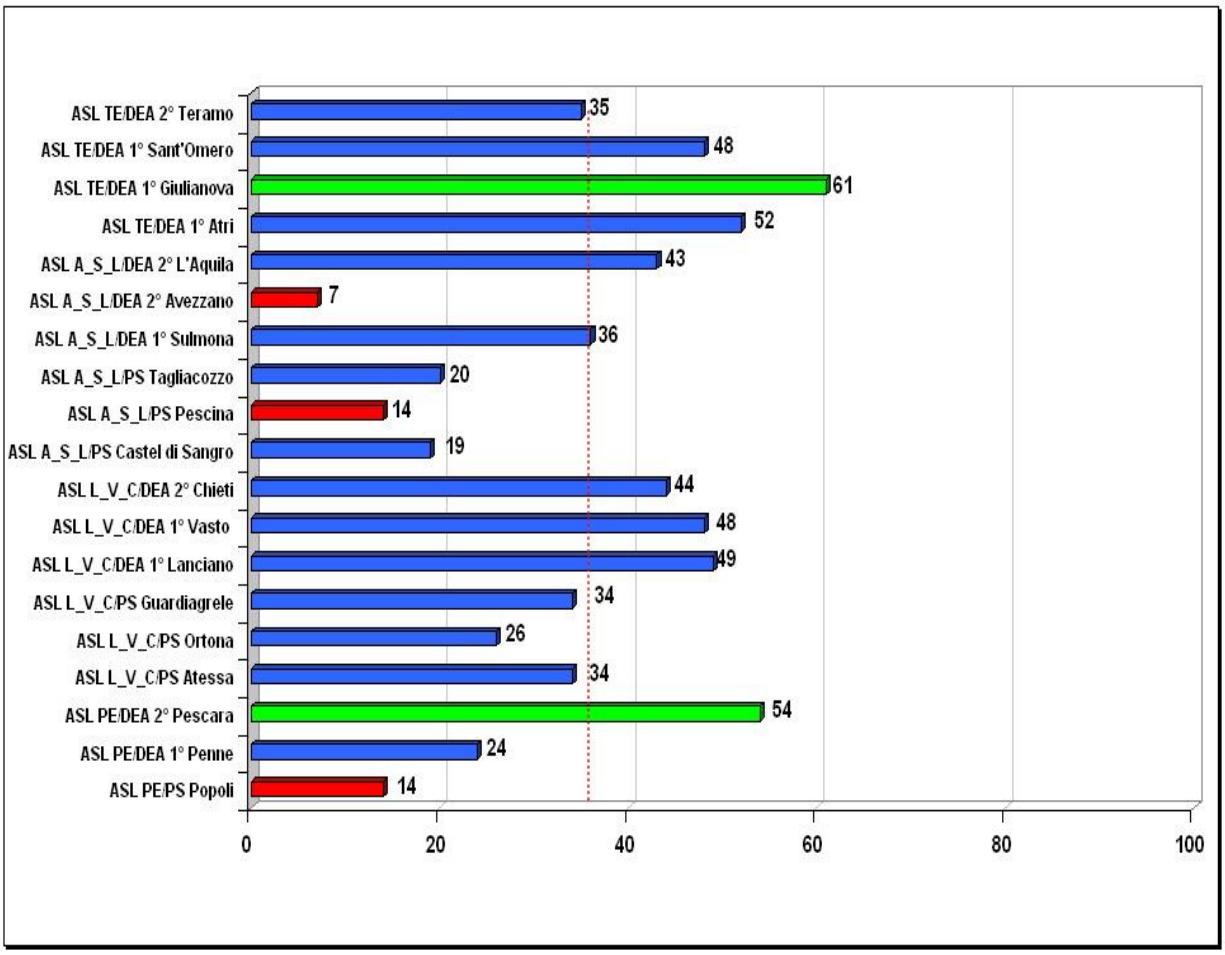
La **segnaletica stradale** relativa al Pronto Soccorso in prossimità della struttura sanitaria è presente pressoché in tutti i presidi (17/19); mentre il parcheggio riservato agli utenti esiste nella metà dei PS monitorati. Percorsi accessibili a persone con **disabilità** motoria sono presenti in 17 casi su 19; mentre solo una Struttura è dotata di percorsi e accorgimenti che consentono a non vedenti e ipovedenti l'accesso al Pronto Soccorso. Il punteggio medio complessivo del Fattore è pari a 50 e risulta nella sufficienza, 9 PS si trovano al di sotto della media; 5 strutture hanno ottenuto un punteggio discreto (IAS compreso tra 62 e 69).

Fattore 14 - Accesso alle informazioni, alla documentazione e comunicazione

Elenco indicatori

IND. 1	Modalità di comunicazione ai cittadini sui seguenti argomenti:
	Informazioni sul sistema di Triage adottato e relativa attribuzione dei codici di priorità
	Informazioni sulle prestazioni soggette a pagamento ticket e relative modalità
	Informazioni su come e dove ottenere referti e documentazioni clinica
	Altro, specificare:
IND. 2	Copia (duplicato) delle immagini diagnostiche
IND. 3	Copia di documentazione clinica masterizzata (DVD o CD)
IND. 4	Invio a domicilio della Cartella Clinica del reparto di Medicina d'Urgenza
IND. 5	Invio online della Cartella Clinica del reparto di Medicina d'Urgenza
IND. 6	Invio a domicilio dei referti di esami diagnostici strumentali
IND. 7	Invio online dei referti di esami diagnostici strumentali
IND. 8	Materiale informativo sul sistema Triage adottato dalla struttura in prossimità o all'interno del Pronto Soccorso
IND. 9	Sala d'attesa con monitor che indica i tempi di attesa divisi per codici di Triage
IND. 10	Sito Web aziendale con i tempi di attesa divisi per codice di Triage
IND. 11	Carta dei Servizi redatta dalla struttura
	indicare:
	- A quando risale l'ultima edizione?
	- Ogni quanto viene aggiornata?
	- Redazione della Carta con il coinvolgimento delle rappresentanza degli utenti
	- Copia della Carta nella sala d'attesa del Pronto Soccorso o in altri ambienti
	- Carta online sul sito internet aziendale
IND. 12	Documento, per i medici, con le indicazioni operative sulle modalità di prescrizione di esami, farmaci e presidi a carico del SSN ai pazienti: -visitati al Pronto Soccorso -dimessi dal reparto di Osservazione Breve Intensiva e Medicina d'Urgenza
IND. 13	Procedura relativa alle dimissioni per garantire la <u>continuità delle cure</u> con passaggio ad altro setting assistenziale (Assistenza Domiciliare Integrata, Residenze Sanitarie Assistenziali, ecc.)
	indicare se:
	- Pronto Soccorso
	- Osservazione Breve Intensiva
	- Medicina d'Urgenza
IND. 14	*(solo per il reparto di Medicina d'Urgenza)* Procedura per la prenotazione del <u>follow-up post-ricovero</u> all'atto della dimissione senza la necessità di richiesta da parte del medico curante
IND. 15	Report periodici sull'applicazione delle procedure di follow up
IND. 16	Sistema di condivisione telematica dei dati clinici tra l'ospedale e i medici di Medicina generale

Grafico 8- Fattore 14 - Accesso alle informazioni, alla documentazione e comunicazione



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 35
Scadente

La comunicazione diretta ai cittadini sul sistema di **Triage adottato** e relativa attribuzione dei codici di priorità avviene in 8/19 Pronto Soccorso (con un IAS tra 40-80); solo uno ha raggiunto un IAS pari a 100; mentre in 13/19 PS questa informazione è demandata a materiale informativo posto in prossimità o all'interno del PS.

Solo 5/19 PS **inviano a domicilio** i referti di esami diagnostici strumentali. È possibile ottenere copia di **documentazione clinica masterizzata** (DVD o CD) in 8/19 PS.

La **Carta dei Servizi** è presente in 13/19 PS, pubblicata sul Sito aziendale ed è aggiornata annualmente, purtroppo però la redazione non avviene con il coinvolgimento della rappresentanza degli utenti (solo in 2/19).

Sistema di **condivisione telematica dei dati clinici** tra l'ospedale e i Medici di Medicina Generale avviene in un solo caso su tutti.

Criticità igienico strutturali rilevate

Nel corso della Osservazione diretta dei Pronto soccorso sono stati osservati:	
Segni di fatiscenza alle pareti	In 4/19 PS
Vetri rotti	0
Finestre che non si chiudono	In 1/19 PS
Presenza di insetti, scarafaggi, ecc	In 2/19
Rifiuti o altro materiale abbandonato	0
Soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa	In 2/19
Servizi igienici fuori uso	0
Enorme affollamento in sala d'attesa	In 4/19 PS
Letti aggiunti	In 1/19 PS
Barelle aggiunte	In 2/19

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

CENTRALE OPERATIVA

1° Componente - Dati Strutturali, Risorse e Personale

Fattore1 - Competenza territoriale

Tab. 16 – Competenza territoriale delle Centrali Operative 118

INDICATORI		CO 118 PESCARA	CO 118 LANCIANO VASTO CHIETI	CO 118 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	CO 118 TERAMO
IND 1	Superficie in Kmq del territorio raggiunto dalla CO 118	1.225	2.588	5.035	1.948
IND 2	Popolazione residente nel territorio di competenza CO 118	323.184	397.268	305.803	288.000
IND 3	Competenza territoriale CO118	Provinciale	Provinciale	Provinciale	Provinciale
IND 4	Postazioni 118 sul territorio	6	13	13	17
	Fascia oraria attività	5 Postazioni h/24	-	7 Postazioni h/24	-
	Distanza dal presidio più vicino in Km	da 0 a 53	da 0 a 103	da 0 a 113	da 0 a 50

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Dai dati emerge che: il territorio con la maggior densità di persone -**popolazione residente/kmq-** è quello servito dalla CO 118 di Pescara con 263 residenti per kmq, seguito dalla CO 118 di Lanciano-Vasto-Chieti con 153, CO 118 di Teramo con 147 e CO 118 Avezzano-Sulmona-L'Aquila molto distanziato con 60 residenti per kmq.

Il territorio di competenza della CO 118 di Pescara ha una densità demografica 4 volte maggiore del territorio a minor densità di persone (CO 118 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila).

Il territorio di competenza della CO 118 Avezzano-Sulmona-L'Aquila è 4 volte più ampio di quello più circoscritto (corrispondente a quello servito da CO 118 Pescara)

In pratica, tanti che vivono vicino (CO 118 Pescara) e pochi che vivono lontano uno dall'altro (CO 118 Lanciano-Vasto-Chieti): per motivi opposti si giustificherebbe un numero di Postazioni 118 maggiore di quello di cui sono dotati.

È senza dubbio il **territorio di competenza** della CO 118 di Teramo quello maggiormente attrezzato, in quanto, senza essere il territorio con la più alta densità di popolazione, o il più esteso o il più popolato, può contare sul più alto numero di Postazione 118 (17) oltre che della minor distanza da percorrere dal presidio più vicino.

Fattore 2 - Dati di attività

Tab. 17 – Dati di Attività[13]

	INDICATORI	CO 118 PESCARA	%	CO 118 LANCIANO VASTO CHIETI	%	CO 118 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	%	CO 118 TERAMO	%
IND 1	N° di telefonate pervenute alla CO118 nel 2011	60.180		63.829		93.461		140.000	
IND 2	N° di soccorsi effettuati	23.373		33.472		14.546		21.131	
	N° chiamate pervenute da								
	Singoli cittadini	20.141		12.742		-		-	
	Soggetti privati	320		1.686		-		-	
	Enti Pubblici	2.903		2.158		-		-	
	Strutture sanitarie pubbliche	2		-		-		-	
	Strutture sanitarie private	7		-		-		-	
	N° soccorsi conclusi al PS	17.763		16.886		13.500		15.317	
IND 3	N° soccorsi effettuati per fasce orarie								
	◻ mattina	9.349		6.893		6.596		17.902	
	◻ pomeriggio	9.816		6.701		5.187		18.483	
	◻ notte	4.208		3.292		2.763		11.811	
IND 4	N° persone soccorse	21.278		16.886		14.746		21.131	
IND 5	N° soccorsi effettuati per codice di gravità assegnato:								
	◻ codice rosso	2.023	9%	1.131	8%	4.173	29%	2.220	11%
	◻ codice giallo	15.544	67%	8.022	54%	9.123	63%	12.493	59%
	◻ codice verde	5.806	25%	5.167	34%	1.216	8%	6.262	30%
	◻ codice bianco	0	0%	663	4%	31	0%	156	1%
IND 6	N° pazienti per i quali la valutazione a fine missione è stata:								
	◻ codice 1	14.891	82%	3.275	19%	10.275	71%	16.150	84%
	◻ codice 2	2.599	14%	12.391	73%	3.758	26%	2.562	13%
	◻ codice 3	273	2%	1.204	7%	433	3%	159	1%
	◻ codice 4	434	2%	16	0%	80	1%	425	2%
	◻ codice blu	0	0%	-	-	-	-	-	-
IND 7	N° di soccorsi effettuati con 'eliambulanza	357		no		453		82	
	N° di interventi effettuati ◻ soccorso primari ◻ soccorso secondario	- -		NP NP		337 102		50 32	
IND 9	N° Interventi elisoccorso notturni	NP		NP		NP		NP	
IND 10	N° missioni interrotte da parte dell'eliambulanza Valutato non necessario Cattive condizioni meteo	NP		NP		10 4		NP -	

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

[13] I Dati di attività, rilevati nel 2012 si riferisco all'anno 2011.

Prendendo in considerazione i principali **parametri sull'attività svolta**, emerge che il territorio che sollecita in modo più assiduo la CO 118 di pertinenza è quello di Teramo: più del doppio del **numero di telefonate pervenute** rispetto alla CO 118 di Pescara dove pure si registra, come si è detto in precedenza, un numero maggiore di residenti.

Va però anche detto che a fronte di tante chiamate, i soccorsi effettuati sono molto meno: in pratica, il **rapporto tra numero di telefonate e numero di soccorsi effettuati** nel territorio dove opera la CO 118 di Teramo è il più alto (6,6), seguito dal territorio dove opera la CO 118 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (6,4), la CO 118 di Pescara (2,5) e la CO 118 Lanciano-Vasto-Chieti (1,9).

A differenza delle altre CO 118 quella di Lanciano-Vasto-Chieti, non presenta -per l'anno 2011- soccorsi che abbiano richiesto l'**eliambulanza**, e più delle altre Centrali ha un'alta percentuale di **soccorsi effettuati in codice bianco**: il 118 compie un servizio suppletivo di altri servizi territoriali che latitano nell'intervenire? Una popolazione che trova nel CO 118, indipendentemente dalla gravità della situazione, un irrinunciabile punto di riferimento? Un servizio che non riesce a filtrare nella dovuta maniera le richieste di intervento?

Fattore 3 -Dotazione di personale

Tab. 18 – Dotazione di personale

	INDICATORI	CO 118 PESCARA	CO 118 LANCIANO VASTO CHIETI	CO 118 AVEZZANO SULMONA 'AQUILA	CO 118 TERAMO
IND 1	Infermieri dedicati esclusivamente al 118				
	• mattina	6	5	4	3
	• pomeriggio	6	4	4	3
	• notte	6	4	3	3
	Infermieri condivisi tra PS e 118				
	• mattina	2	5	-	-
	• pomeriggio	2	4	-	-
	• notte	2	4	-	-
IND 2	Personale per tipologia contrattuale				
	MEDICI				
	• dipendenti 118	26	10	18	3
	• a rotazione da altre UU.OO.: in orario di servizio	-	-	-	-
	• a rotazione da altre UU.OO.: in straordinario	-	-	-	-
	• a rotazione a "gettone"	-	-	-	-
	• in convenzione ex art. 63	8	3	33	27
	INFERMIERI				
	• dipendenti 118	32	19	23	19
	• a rotazione da altre UU.OO.: in orario di servizio	-	-	4	-
	• a rotazione da altre UU.OO.: in straordinario	-	-	-	-
	• a rotazione a "gettone"	-	-	-	-
	• in convenzione ex art. 63	-	-	4	-
	OPERATORI TECNICI				
	• dipendenti 118	14	10	9	-
	• a rotazione da altre UU.OO.: in orario di servizio	-	-	3	-
	• a rotazione da altre UU.OO.: in straordinario	-	-	-	-
	• a rotazione a "gettone"	-	-	-	-
	• in convenzione ex art. 63	-	-	7	-
	SOCCORRITORI				
	• dipendenti 118	-	-	-	-
	• a rotazione da altre UU.OO.: in orario di servizio	-	-	-	-
	• a rotazione da altre UU.OO.: in straordinario	-	-	-	-
	• a rotazione a "gettone"	-	-	-	-
	• in convenzione ex art. 63	-	-	9	-
	• altro personale dipendente 118				12
IND 3	N° personale dedicato all'ELISOCCORSO				
	• piloti	1	-	3	-
	• medici	10	-	9	-
	• infermieri	12	-	8	-
	• soccorritori	-	-	-	-
	• altro: tecnico di volo	1		15	

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Per quanto riguarda la **dotazione di personale** (Fattore 3), si può dire che in positivo gli **infermieri** dipendenti prevalgono in tutti e 4 le CO 118 rispetto ai colleghi infermieri impegnati negli stessi servizi ma a rotazione o in regime di convenzione (ex art. 63).
Lo stesso non si può dire per i **medici** dipendenti rispetto ai loro colleghi, la cui presenza nei servizi è prevalente solo in due servizi su 4 (fanno eccezione la CO 118 di Teramo e, in misura minore, la CO 118 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila).

Fattore 4 - Dotazione di mezzi, attrezzature e strumenti

Tab. 19 – Dotazione di mezzi, attrezzature e strumenti

	INDICATORI	CO 118 PESCARA	CO 118 LANCIANO VASTO CHIETI	CO 118 AVEZZANO SULMONA 'AQUILA	CO 118 TERAMO
IND 1	Numero di mezzi di soccorso operativi contemporaneamente nell'arco della giornata:				
	• mattina	10	12	14	19
	• pomeriggio	10	12	14	19
	• notte	8	10	8	12
IND 2	Numero e tipo di Ambulanze in dotazione:				
	• ambulanze	11	20	15	-
	• auto infermieristiche	-	-	-	-
	• auto medicalizzate	-	11	1	-
	• altro	-	9		
IND 3	Numero automezzi di soccorso presidiati da équipe formate da:				
	Autista e soccorritori				
	• mattina	4	1	3	8
	• pomeriggio	4	1	3	8
	• notte	2	-	1	6
	Autista, soccorritore e infermiere				
	• mattina	-	1	-	3
	• pomeriggio	-	1	-	3
	• notte	-	-	-	0
	Autista, infermiere e medico a bordo				
	• mattina	6	-	9	4
	• pomeriggio	6	-	9	4
	• notte	6	-	6	5
	Autista, soccorritore, infermiere e medico a bordo				
	• mattina	1	10	-	2
	• pomeriggio	1	10	-	2
	• notte	1	10	-	0
	Autista, e medico a bordo				
	• mattina	-	-	-	2
	• pomeriggio	-	-	-	2
	• notte	-	-	-	1
	Autista, medico e soccorritore				
	• mattina			2	
	• pomeriggio			2	
	• notte			1	
IND 4	Numero automezzi a disposizione:				
	• proprietà ASL/Presidio	4	20	16	6
	• mezzi di terzi, a seguito di gara con affidamento esterno	-	8	-	0
	• messi a disposizione da Associazioni non profit in convenzione	7	1	10	13
IND 5	Mezzi di soccorso sui quali è presente:				
	• navigatore satellitare	4	3	26	19
	• defibrillatore semiautomatico	11	20	26	19
IND 6	L'eliambulanza è dotata di verricello per le sue missioni di soccorso	no	NP	sì	-
IND 7	N° di postazioni operatore per la gestione delle chiamate al 118 attive contemporaneamente	2	3	4	3
IND 8	N° postazioni operatore telefonico attive contemporaneamente per fasce orarie:				
	• mattina	2	3	4	3
	• pomeriggio	2	2	4	3
	• notte	2	2	3	3

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Il maggior numero di **Postazioni 118** della CO 118 di Teramo (17) trova riscontro anche nel numero di **Mezzi di soccorso operativi** contemporaneamente nell'arco della giornata.
I Mezzi di soccorso di 3 su 4 CO 118 (Pescara, Avezzano-Sulmona-L'Aquila e Teramo) sono tutti dotati di **defibrillatore semiautomatico** a bordo. I Mezzi di soccorso delle CO 118 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila e Teramo, sono tutte dotate di **navigatore satellitare**; in misura minore i mezzi delle restanti due CO 118.

I Mezzi di soccorso sono di **proprietà** (ASL/Presidio) nel caso della CO 118 di Pescara per il 36%, Lanciano-Vasto-Chieti per il 69%, Avezzano-Sulmona-L'Aquila per il 62% e Teramo per il 32%. I restanti Mezzi sono, principalmente messi a disposizione da Associazioni non profit in convenzione.

Infine, il numero di postazione **operatore per la gestione del "118"** attive contemporaneamente nel servizio CO 118 Pescara è inferiore al numero di postazione operatore presenti nelle altre CO 118, nonostante sia il secondo territorio con il maggior numero di popolazione residente (dietro solo alla CO 118 Lanciano-Vasto-Chieti).

CENTRALE OPERATIVA

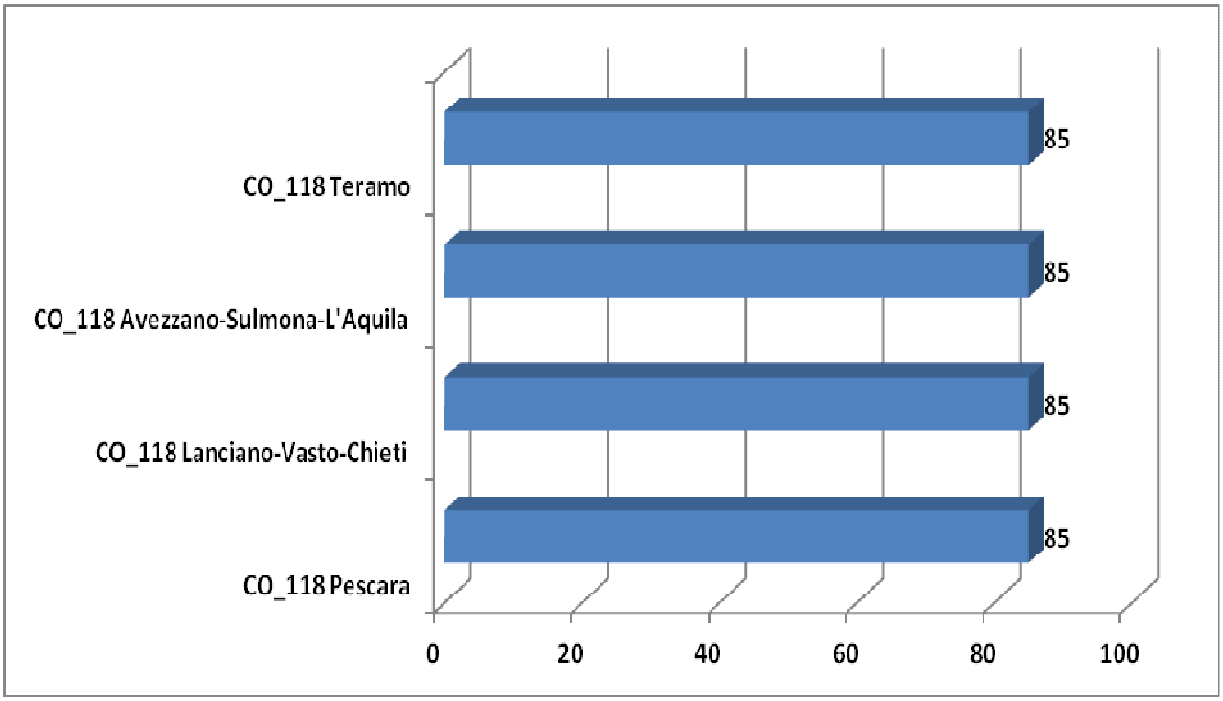
2° Componente - Qualità tecnica

Fattore 6 - Organizzazione del servizio

Elenco indicatori

IND. 1	CO 118, assicura il sistema di allarme sanitario
IND. 2	CO 118, riferimento per il numero unico telefonico 118
IND. 3	CO 118, raccoglie tutte le richieste di intervento per l'emergenza sanitaria
IND. 4	CO 118, garantisce il coordinamento di tutti gli interventi in emergenza-urgenza nell'ambito territoriale di riferimento
IND. 5	Centrali Operative della rete regionale, sono compatibili tra loro in termini di standard telefonici di comunicazione e di servizi
IND. 6	CO 118, garantisce standard telefonici di comunicazione stabiliti a livello regionale
IND. 7	CO 118, garantisce standard telefonici di servizio stabiliti a livello regionale
IND. 8	CO 118, assicura i radiocollegamenti con i mezzi di soccorso presenti sul territorio di riferimento su frequenze dedicate e riservate al Servizio Sanitario Nazionale
IND. 9	CO 118, inserita nel Dipartimento di Emergenza
IND. 10	CO 118, inserita in un'Azienda sanitaria dedicata all'emergenza sanitaria
IND. 11	CO 118, può vicariare, in caso di necessità, un'altra Centrale
IND. 12	CO 118, garantisce il servizio di elisoccorso
IND. 13	Servizio di elisoccorso garantito anche nelle ore notturne

Grafico 9 - Fattore 6 - Organizzazione del servizio



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 85
Buono

Con il Piano di Riordino della Rete sanitaria nel 2009 la regione Abruzzo è passata da 6 a 4 ASL e per ciascuna il **Sistema di allarme sanitario** è garantito dalla presenza di una **Centrale Operativa 118**, la quale assicura il coordinamento di tutti gli interventi in emergenza-urgenza nell'ambito territoriale **provinciale** di pertinenza.

I radiocollegamenti con i mezzi di soccorso presenti sul territorio si basano su **frequenze dedicate** e riservate al Servizio Sanitario Nazionale.

Le **Centrali Operative** 118 sono **compatibili** tra loro e in caso di necessità, un Centrale può vicariare un'altra.

Nel territorio regionale è presente un servizio di **Elisoccorso**, tuttavia non garantisce attività nelle ore notturne.

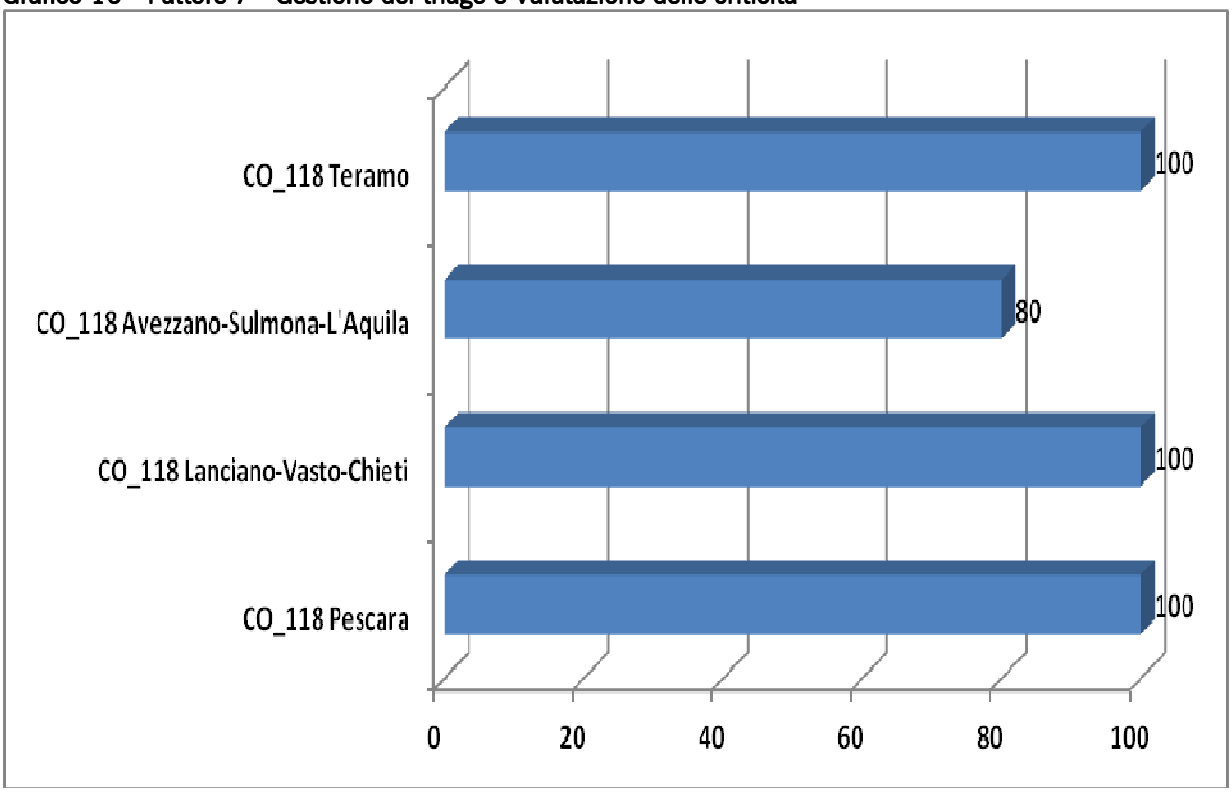
Il punteggio IAS ottenuto da ciascuna CO 118 è omogeneo alle altre e il valore medio del Fattore pari a 85 è più che soddisfacente.

Fattore 7 - Gestione del triage e Valutazione delle criticità

Elenco indicatori

IND. 1	Protocolli di valutazione dell'evento con codifiche standard
IND. 2	Procedure per l'attivazione di soccorsi di un livello più elevato (es. auto medicalizzata, eliambulanza…) rispetto al soccorso di base
IND. 3	L'operatore fornisce alla squadra di soccorso informazioni sul tipo di emergenza
IND. 4	L'operatore fornisce alla squadra di soccorso informazioni su eventuali problemi inerenti la viabilità
IND. 5	L'operatore attiva, se necessario, il collegamento con altri servizi deputati alle emergenze (Vigili del fuoco, Carabinieri, Polizia…)

Grafico 10 - Fattore 7 - Gestione del triage e Valutazione delle criticità



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 95
Eccellente

Tutte le CO 118 sono dotate di procedure per **l'attivazione di soccorsi di livello più elevato** (es. auto medicalizzata, eliambulanza…) rispetto al soccorso di base.

L'operatore della Centrale Operativa fornisce alla squadra di soccorso **informazioni oltre sul tipo di emergenza** anche su eventuali problemi inerenti la viabilità ed è in grado di garantire il collegamento con altri servizi deputati alle emergenze (Vigili del fuoco, Carabinieri, Polizia…).

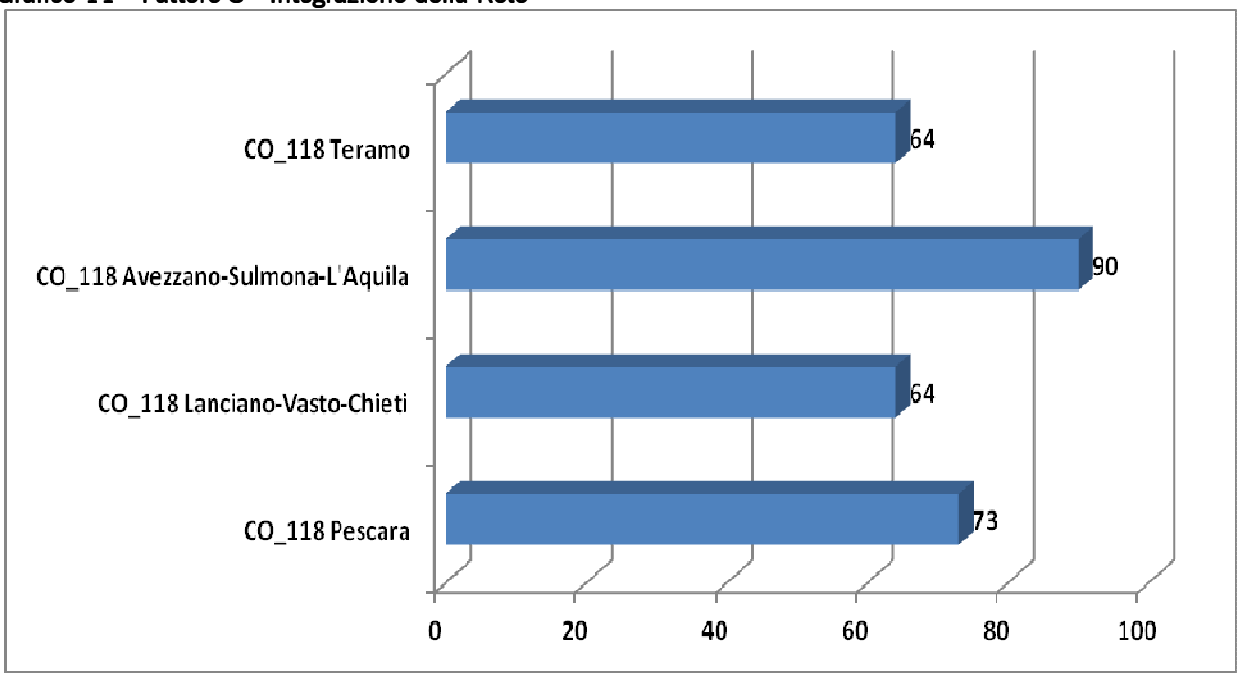
Il punteggio IAS medio del Fattore, pari a 95, è eccellente.

Fattore 8 - Integrazione della Rete

Elenco indicatori

IND. 1	Protocolli operativi noti e condivisi dalle Istituzioni coinvolte nel sistema di emergenza-urgenza (Ospedali, 112, 113, 115, Polizia Stradale, Prefettura, Protezione Civile, Soccorso Alpino)
IND. 2	Procedure inerenti il trasposto urgente di sangue e/o i prelievi e trapianti di organo
IND. 3	Procedure inerenti i trasferimenti secondari
IND. 4	Procedure specifiche integrate per patologia (CO 118-DEA)
IND. 5	Programmi per la verifica e la promozione della qualità dell'assistenza prestata
IND. 6	Centrale Operativa 118 dotata di risorse tecnologiche in grado di assicurare collegamenti con altri punti della Rete
	specificare se viene garantito un sistema di collegamento con:
	altre Centrali Operative 118 della Regione
	le postazioni dei mezzi di soccorso
	tutti i singoli mezzi di soccorso
	le postazioni del Servizio di Continuità Assistenziale
	i punti di primo intervento
	le componenti ospedaliere deputate all'emergenza territorio di competenza
	altro, specificare:

Grafico 11 - Fattore 8 - Integrazione della Rete



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 73
Discreto

Per ciò che concerne il grado di integrazione della Rete, tutte le CO 118 si sono dotate di risorse tecnologiche in grado di **assicurare collegamenti con le altre CO 118** e altri punti della Rete quali postazioni dei mezzi di soccorso e singoli mezzi di soccorso. 2/4 sono collegate al Servizio di Continuità Assistenziale e solo 1/4 a Punti di Primo Intervento.

Tutte le CO 118 hanno attivato **protocolli operativi condivisi con altre Istituzioni** coinvolte nel Sistema di emergenza-urgenza quali: Ospedali, 112, 113, 115, Polizia Stradale, Prefettura, Protezione Civile ecc.

Le 4 CO 118 hanno tutte attivato procedure inerenti il **trasposto urgente di sangue** e/o prelievi e **trapianti di organo.**

Nessuna CO 118 ha attivato **programmi per la verifica** e la promozione della **qualità** dell'assistenza prestata.

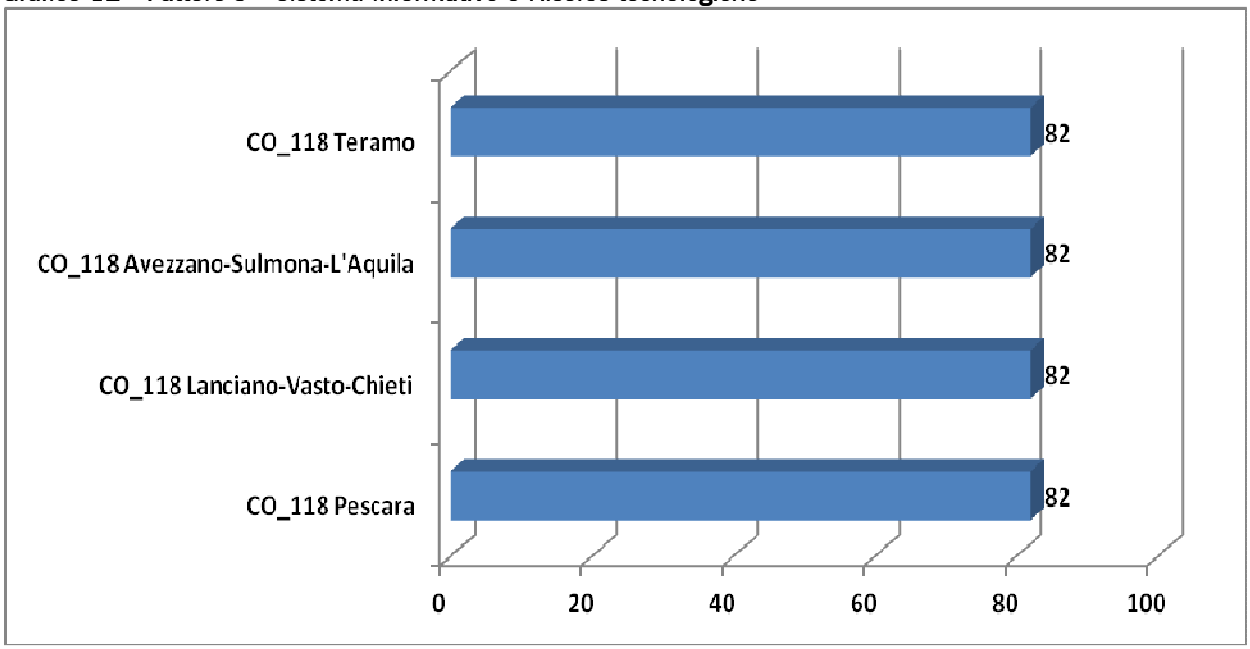
L'IAS medio del Fattore è 73, pertanto il grado di integrazione della Rete risulta essere discreto.

Fattore 9 - Sistema Informativo e Risorse tecnologiche

Elenco indicatori

IND 1	Software gestionale per il Servizio 118 *specificare se:*
	• gestione completa dell'evento (individuazione località, selezione mezzi….)
	• individuazione del percorso di preferenza (cartografico)
	• banca dati sanitaria (strutture sanitarie, farmacie, altro)
	• connessione informatica con i DEA
	• sistema per la conoscenza dei posti letto di area critica
	• gestione delle attività amministrative
	• analisi statistica dei dati
IND 2	Software gestionale per il Servizio 118 unico a livello Regionale
IND 3	Software conforme ai requisiti in materia di Tutela della privacy
IND 4	Sistema informativo consente l'invio di dati telematici a distanza (es: ECG)
IND 5	Procedura condivisa con la Direzione Sanitaria per fornire, su richiesta dell'utente, la documentazione riguardante un intervento di soccorso

Grafico 12 - Fattore 9 - Sistema informativo e Risorse tecnologiche



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 82
Buono

In tutte le CO 118 si utilizza il medesimo **Software** il quale consente la gestione completa dell'evento, l'individuazione del percorso di preferenza, l'analisi statistica dei dati.

Per tutte le CO 118 il sistema informativo consente **l'invio di dati telematici a distanza** (es: ECG), ma non consente il collegamento informatico con i DEA. Solo una Centrale Operativa è comunque in grado di avere conoscenza dei posti letto di area critica attraverso questo sistema.

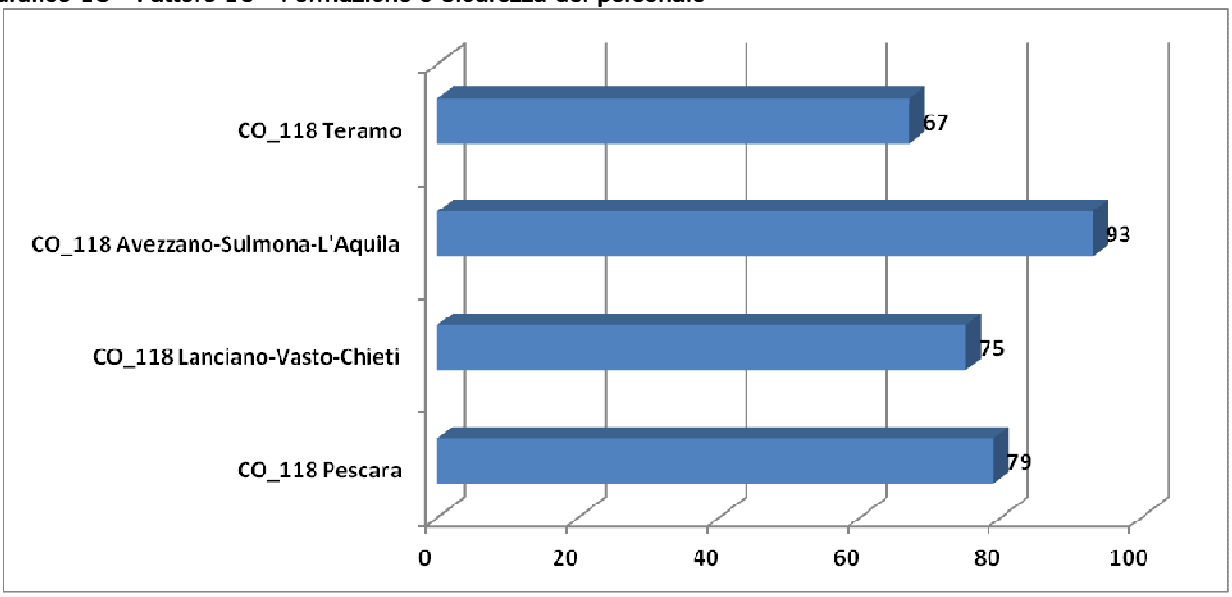
IAS medio del Fattore, pari a 82, è buono.

Fattore 10 - Formazione e Sicurezza del personale

Elenco indicatori

IND. 1	Linee di indirizzo per la formazione e l'aggiornamento del personale
IND. 2	Corsi di formazione/aggiornamento professionale riservati al personale della Centrale Operativa 118 negli ultimi due anni
IND. 3	Percorso formativo uniforme per il personale che opera nel sistema di emergenza-urgenza, prescindendo dall'appartenenza al SSN e/o ad altri Enti, Associazioni di Volontariato
IND. 4	Percentuale dei soccorritori abilitati alla defibrillazione precoce
IND. 5	Iniziative/programmi di diffusione della cultura dell'emergenza rivolti alla cittadinanza con il coinvolgimento della Centrale Operativa 118
IND. 6	Iniziative/programmi di diffusione della cultura dell'emergenza rivolti alle scolaresche con il coinvolgimento della Centrale Operativa 118
IND. 7	Iniziative/programmi per la diffusione della cultura della defibrillazione precoce sul territorio con il coinvolgimento della Centrale Operativa 118

Grafico 13 - Fattore 10 - Formazione e Sicurezza del personale



Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

IAS medio del Fattore: 78
Discreto

Ad eccezione della CO 118 di Teramo le altre 3 hanno attivato negli ultimi due anni **corsi di formazione e/o aggiornamento professionale** riservati al proprio personale. In due casi (CO 118 di Lanciano-Vasto-Chieti e Avezzano-Sulmona-L'Aquila) il percorso formativo attivato ha coinvolto tutto il personale operante nel sistema di emergenza-urgenza, prescindendo dall'appartenenza al SSN e/o ad altri Enti o Associazioni di Volontariato. In 2 CO 118 (Pescara e Avezzano-Sulmona-L'Aquila) il 100% dei soccorritori è abilitato alla defibrillazione precoce.

Tutte le CO 118 si sono coinvolte in iniziative per la **diffusione della cultura** della **defibrillazione precoce** sul territorio. ¾ si sono altresì coinvolte in iniziative di diffusione della cultura dell'emergenza rivolti alla cittadinanza in generale e tutte hanno partecipato ad iniziative rivolte alle **scolaresche** in particolare.

POSTAZIONE 118

1° Componente - Dati strutturali, Risorse e Personale

Fattore 1 - Competenza territoriale

Tab. 20 – Competenza territoriale delle Postazioni periferiche 118 aggregate per ASL di competenza

INDICATORI		ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila	ASL 2 Lanciano Vasto Chieti	ASL 3 Pescara	ASL 4 Teramo
		min-max	min-max	min-max	min-max
IND.1	Località nella quale ha sede la Postazioni del 118	6	12	5	3
IND. 2	Presidio Ospedaliero con Pronto Soccorso più vicino alla Postazione 118 e la distanza in Km	0-36 Km	0-55 Km	0-23 Km	0 km
IND. 3	Presidio Ospedaliero con DEA 1° livello più vicino alla Postazione 118 e la distanza in Km	0-36 Km	4-68 Km	7-16 Km	0 km
IND. 4	Presidio Ospedaliero con DEA 2° livello più vicino e la distanza in Km	0-70 Km	17-83 Km	7-33 Km	25-35 Km

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Il primo dato che va evidenziato è che non sono state osservate tutte le Postazioni 118 presenti sul territorio. In particolare, nella ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila sono state osservate 6 Postazioni 118 sulle 13 presenti, nella ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti sono state osservate la quasi totalità delle Postazioni 12 su 13, nella ASL 3 Pescara sono state osservate la quasi totalità delle Postazioni 5 su 6, infine nella ASL 4 Teramo sono state osservate un numero minimo di Postazioni 3 sulle 17 presenti.

Per quanto riguarda i dati, nella ASL 4 di Teramo la collocazione delle Postazioni118 rispetto alle strutture ospedaliere si caratterizza per distanze minori; in particolare è a zero km da un Pronto Soccorso e DEA di 1° livello e a una distanza massima di 35 km da un DEA di 2° livello. Mentre nelle altre ASL ci sono Postazioni che distano anche 70/80 km da un DEA. Questo aspetto merita un approfondimento per verificare se tutte le Postazioni sono collocate in punti più strategici.

Fattore 2 - Dati di attività

Tab. 21 – Dati di attività delle Postazioni periferiche 118 aggregate per ASL di competenza per l'anno 2011

INDICATORI		ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila	ASL 2 Lanciano Vasto Chieti	ASL 3 Pescara	ASL 4 Teramo
		min-max	min-max	min-max	min-max
IND. 1	Numero di missioni	232-3508	91-2443	557 - 2024	1000
IND. 2	Numero di persone	242-4667	83-1960	557 - 2024	1500
IND. 3	Numero di soccorsi effettuati per codice attribuito all'invio:				
	• rosso	64-1011	21-464	51-293	300
	• giallo	159-3009	60-1966	415-1651	1200
	• verde	15-647	4-218	43-373	-
	• bianco	-	-	-	-
IND. 4	Numero di pazienti per i quali la valutazione a fine missione è stata:				
	• codice 1	119-3892	3-730	643	750
	• codice 2	56-663	45-1237	180	650
	• codice 3	4-99	3-183	22	100
	• codice 4	3-17	27-84	37	-
	• codice blu	-	-	111	-

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

L'**indicatore 1** rileva il numero di missioni effettuate nel 2011, la situazione che emerge nelle diverse ASL è la seguente: ASL 1: dalle 232 di Montereale alle 3508 de L'Aquila; ASL 2: dalle 91 di Castiglion Messer Marino alle 2443 di Chieti Centro; ASL 3: dalle 557 di Popoli alle 2024 di Montesilvano; ASL 4: l'unica Postazione che ha fornito i dati è stata quella di Giulianova con 1000 missioni effettuate..

L'**indicatore 2** rileva il numero di persone soccorse nel 2011, la situazione che viene fuori è simile, in termini di numeri, a quella presentata dall'indicatore precedente: ASL 1, dalle 242 di Montereale alle 3667 de L'Aquila; ASL 2, dalle 83 di Castiglion Messer Marino alle 1960 di Chieti Centro e Lanciano; ASL 3, dalle 557 di Popoli alle 2024 di Montesilvano; ASL 4, l'unica Postazione che ha fornito i dati è stata quella di Giulianova con 1500 persone soccorse.

L'**indicatore 3**, rileva il numero di soccorsi effettuati divisi per codice triage, la situazione che viene fuori nelle diverse ASL è la seguente:

- Codice ROSSO, ASL 1: dai 64 di Montereale ai 1011 de L'Aquila; ASL 2: da i 21 di Castiglion Messer Marino ai 464 di Vasto; ASL 3: dai 51 di Pianella ai 293 di Montesilvano; ASL4: Giulianova 300.

- Codice GIALLO, ASL1: dai 159 di Navelli ai 3009 de L'Aquila; ASL 2: dai 60 di Castiglion Messer Marino ai 1966 di Vasto; ASL3: dai 415 di Popoli ai 1651 di Montesilvano; ASL 4: Giulianova 1200.

- Codice VERDE, ASL1: dai 15 di Navelli ai 647 de L'Aquila; ASL2: dai 4 di Ortona ai 218 di Chieti Centro; ASL3: dai 43 di Popoli ai 373 di Scafa; ASL4: nessuno.

L'**indicatore 5**, rileva per ciascuna Postazione la sede di destinazione delle persone soccorse e il numero. Di seguito vengo presentati i dati aggregati per ciascuna ASL in ordine decrescente.

Tab. 22 – Numero di soccorsi per sede di destinazione nel 2011

ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila	ASL 2 Lanciano Vasto Chieti	ASL 3 Pescara	ASL 4 Teramo
Presidio ospedaliero Numero persone trasportate	Presidio ospedaliero Numero persone trasportate	Presidio ospedaliero Numero persone trasportate	Presidio ospedaliero Numero persone trasportate
-	Lanciano: 3059	L'Aquila: 4929	-
-	Chieti: 2983	Sulmona: 2582	-
-	Vasto: 2431		-
-	Ortona: 732		-
-	Atessa: 496		-
-	Guardiagrele: 295		-
-	Pescara: 89		-

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Fattore 3 – Dotazione di personale

Elenco indicatori

IND. 1	**Numero complessivo di personale presente nella Postazione 118**
IND. 2	**Numero complessivo di personale presente nella Postazione 118 per turno**
	MEDICI: mattina, pomeriggio, notte
	INFERMIERI DEDICATI ESCLUSIVAMENTE ALLA POSTAZIONE 118: mattina, pomeriggio, notte
	INFERMIERI CONDIVISI TRA PS E POSTAZIONE 118: mattina, pomeriggio, notte
	OPERATORI TECNICI: mattina, pomeriggio, notte
	SOCCORRITORI: mattina, pomeriggio, notte
	SOCCORRITORI VOLONTARI: mattina, pomeriggio, notte
IND. 3	**Personale presente nella postazione 118 per tipologia contrattuale**
	MEDICI
	• personale dipendente 118
	• personale a rotazione da altre UU.OO.: in orario di servizio
	• personale a rotazione da altre UU.OO.: in straordinario
	• personale a rotazione a "gettone"
	• personale in convenzione ex art. 63
	INFERMIERI
	• personale dipendente 118
	• personale a rotazione da altre UU.OO.: in orario di servizio
	• personale a rotazione da altre UU.OO.: in straordinario
	• personale a rotazione a "gettone"
	• personale in convenzione ex art. 63
	OPERATORI TECNICI
	• personale dipendente 118
	• personale a rotazione da altre UU.OO.: in orario di servizio
	• personale a rotazione da altre UU.OO.: in straordinario
	• personale a rotazione a "gettone"
	• personale in convenzione ex art. 63
	SOCCORRITORI
	• personale dipendente 118
	• personale a rotazione da altre UU.OO.: in orario di servizio
	• personale a rotazione da altre UU.OO.: in straordinario
	• personale a rotazione a "gettone"
	• personale in convenzione ex art. 63

L'**indicatore 1** rileva il numero complessivo di personale presente nella Postazione 118.

Tab. 23 – Valori min e max di unità di personale presente nelle Postazioni, aggregate per ASL

INDICATORI		ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila	ASL 2 Lanciano Vasto Chieti	ASL 3 Pescara	ASL 4 Teramo
		min-max	min-max	min-max	min-max
IND. 1	Numero complessivo di personale presente nella Postazione 118	3-57	4-15	3-14	5-11

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

La ASL1 spicca per il valore massimo, dichiarato dalla Postazione de L'Aquila.

Fattore 4 – Dotazione di mezzi, attrezzature e strumenti

Elenco indicatori

IND. 1	**Numero automezzi di soccorso presidiati da équipe formate da:**
	AUTISTA E SOCCORITORI: mattina, pomeriggio, notte
	AUTISTA, SOCCORITORE, INFERMIERE: mattina, pomeriggio, notte
	AUTISTA, INFERMIERE, MEDICO A BORDO: mattina, pomeriggio, notte
	AUTISTA, SOCCORRITORE, INFERMIERE, MEDICO A BORDO: mattina, pomeriggio, notte
	AUTISTA, MEDICO A BORDO: mattina, pomeriggio, notte
IND. 2	Elenco dei mezzi di soccorso a disposizione della Postazione di Soccorso 118 indicare per ogni mezzo: anno d'immatricolazione, Km percorsi, condizioni del mezzo
IND. 3	**Ambulanze a disposizione della Postazione di Soccorso 118 dotate di doppia via di comunicazione (radio e telefono).**
	• radio di bordo
	• radio portatile
	• telefono
	• cellulare quando a bordo
IND. 4	**Ambulanze a disposizione della Postazione di Soccorso 118 dotate della seguente attrezzatura minima**
	• zaino
	• materassino
	• barella a cucchiaio
	• barella spinale
	• set immobilizzatori
	• lampada a batteria
	• estricatori
	• elettroaspiratore
	• defibrillatore semiautomatico
IND. 5	**Automediche, ovvero gli "autoveicoli di soccorso avanzato con personale sanitario a bordo" a disposizione della Postazione di Soccorso 118 dotate della seguente attrezzatura minima**
	• radio di bordo
	• radio portatile
	• telefono
	• cellulare quando a bordo
	• elettroaspiratore
	• defibrillatore semiautomatico
	• monitor multiparametrico
IND. 6	**Mezzi di soccorso sui quali è presente**
	• navigatore satellitare
	• defibrillatore semiautomatico
IND. 7	**Numero di mezzi di soccorso operativi contemporaneamente nell'arco della giornata: mattina, pomeriggio, notte**
IND. 8	Presso la Postazione 118 sono presenti
	• spazi idonei a garantire la sosta del personale in attesa del servizio
	• servizi igienici con doccia
	• locale per biancheria pulita
	• locale per biancheria sporca
	• spazio magazzino/farmacia
	• luogo per il lavaggio, disinfezione e pulizia dei mezzi
IND. 9	**I mezzi di soccorso operativi sostano in un luogo dedicato e rapidamente collegato con la viabilità ordinaria**
IND. 10	**Nella zone rientranti nelle Comunità montane i luoghi di sosta dei mezzi di soccorso sono:**
	• chiusi e riscaldati
	• coperti, non riscaldati, ma dotati di sistema di riscaldamento interno a veicolo fermo
IND. 11	**Postazione 118 collegata direttamente con la Centrale Operativa 118.**
IND. 12	**Postazione 118 dotata di:**
	• telefono fisso
	• radio fissa canalizzata e collegata al sistema radio del 118
	• radio dotata di sistema di batterie atto a garantire il funzionamento per 12 ore in mancanza di aliment.elettrica
	• radio portatile
	• cellulare

L'**indicatore 1** rileva le diverse tipologie di équipe presenti sui mezzi di soccorso:

- nella ASL 1 tutte hanno come tipologia di équipe quella composta da: autista, infermiere e medico. In aggiunta le Postazioni de L'Aquila e Sulmona hanno una équipe formata da autista e soccorritore;
- nella ASL 2, 9 Postazioni sulle 12 osservate hanno come unica tipologia di équipe quella composta da: autista, infermiere e medico;
- nella ASL 3 tutte le Postazioni118 (cinque) hanno come unica tipologia di équipe quella composta da: autista, infermiere e medico;
- nella ASL4, dove sono state osservate tre Postazioni, si sono riscontrate tre tipologie diverse di équipe, che sono: la prima, autista, infermiere, medico; la seconda, autista, soccorritore, infermiere; la terza, autista, soccorritore, infermiere, medico.

L'**indicatore 2** riporta l'elenco dei mezzi di soccorso a disposizione della Postazione 118. Il panorama che viene fuori, che riguarda con gradi diversi tutte le Postazioni, è che tutte hanno un parco mezzi molto ridotto, l'ordine di grandezza va da un'ambulanza, per la maggior parte delle Postazioni, alle 7 della Postazione de L'Aquila. Anche lo stato generale dei mezzi è critico, diversi mezzi risalgono a più di 10 anni fa e hanno un numero elevato di Km percorsi.

L'**indicatore 4** rileva l'attrezzatura minima delle ambulanza a disposizione delle Postazioni 118. Tutte le ambulanza dispongono dell'attrezzatura minima; solo una Postazione ha dichiarato di non avere la dotazione minima sulle ambulanze.

L'**indicatore 7** rileva il numero di mezzi di soccorso operativi contemporaneamente nella giornata. La situazione che viene fuori è che la maggior parte delle Postazioni118 non ha a disposizione più di un mezzo contemporaneamente, tranne 4 Postazioni dove si arriva ad avere 2 o 3 mezzi a disposizione contemporaneamente.

Come rileva l'**indicatore 9**, in tutte le Postazioni 118 i mezzi di soccorso operativi, cioè immediatamente disponibili, sostano in un luogo rapidamente collegato con la viabilità ordinaria.

Infine tutte le Postazioni 118 sono collegate direttamente con la Centrale Operativa 118 di competenza, come rilevato dall'**indicatore 11**.

CONCLUSIONI

PRONTO SOCCORSO

La tabella sottostante presenta il *benchmarking* dei servizi di Pronto Soccorso, DEA di I° e II° livello per i Fattori della 2° Componente (Qualità tecnica) e 3° Componente (Umanizzazione).

Attraverso una rappresentazione cromatica si vuol facilitare - nella visione d'insieme - l'individuazione delle aree più o meno critici.

In particolare, sono evidenziati in rosso tutti quei Fattori che hanno ricevuto un punteggio IAS inferiore a 50, in verde, i Fattori che hanno ricevuto un punteggio IAS superiore a 50.

Tab. 24 – Benchmarking dei servizi di Pronto Soccorso e DEA di I° e II° livello

		2° Componente Qualità tecnica				3° Componente Umanizzazione			
ASL	Servizi	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14
ASL 1	DEA 2° L'Aquila								
	DEA 2° Avezzano								
	DEA 1° Sulmona								
	PS Tagliacozzo								
	PS Pescina								
	PS Castel di Sangro								
ASL 2	DEA 2° Chieti								
	DEA 1° Vasto								
	DEA 1° Lanciano								
	PS Guardiagrele								
	PS Ortona								
	PS Atessa								
ASL 3	DEA 2° Pescara								
	DEA 1° Penne								
	PS Popoli								
ASL 4	DEA 2° Teramo								
	DEA 1° Sant'Omero								
	DEA 1° Giulianova								
	DEA 1° Atri								

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Legenda cromatica
Rosso: IAS < 50
Verde: IAS > 50

Benchmarking dei Fattori

Con riferimento alla **2° Componente "Qualità tecnica"**, il Fattore che più diffusamente presenta delle criticità è relativo alla Formazione del personale (F10), seguito da quello inerente la Gestione del triage e la Valutazione della criticità (F7), e dal Fattore relativo al Sistema informativo e Risorse tecnologiche (F9).

Viceversa, il Fattore con minore criticità è quello relativo al grado di Integrazione della Rete Emergenza-Urgenza (F8).

Con riferimento alla **3° Componente "Umanizzazione"**, il Fattore che più diffusamente presenta delle criticità è relativo all'Impegno per la non discriminazione culturale/etnico/religiosa (F12), seguito dal Fattore Accesso alle informazioni e alla documentazione (F14).

Viceversa, il Fattore con minore criticità è relativo al Comfort e accessibilità delle strutture (F13).

Benchmarking dei Servizi

Il *benchmarking* mette in evidenza alcuni Servizi che presentano sistematicamente delle criticità in ogni Fattore valutato.

È il caso dei DEA de L'Aquila e Sulmona per quanto riguarda l'ASL 1, e del DEA di Penne per quanto riguarda l'ASL 3. In queste realtà, tutti e 8 i fattori risultano insufficienti.

Una situazione leggermente meno critica (con 6 o 7 Fattori insufficienti sugli 8 monitorati) si presenta per i Servizi relativi ai DEA di Avezzano e ai PS di Tagliacozzo e Pescina (per la ASL 1), al DEA di Teramo (per la ASL 4) e al PS di Popoli (per la ASL 3).

Tra i Servizi che presentano tra i 4 e i 5 Fattori insufficienti (sugli 8 monitorati), si trovano: i DEA di Sant'Omero, Atri e Giulianova (per l'ASL 4), il DEA di Vasto e il PS di Guardiagrele (per l'ASL 2), il PS di Castel di Sangro (per l'ASL 1).

I Servizi che presentano solo 2 o 3 Fattori insufficienti (sempre sugli 8 monitorati) si trovano tutti nell'ASL 2, e precisamente: i DEA di Chieti e Lanciano, e i PS di Ortona e Atessa.

L'unico servizio che non presenta alcun Fattore insufficiente è il DEA di Pescara della ASL 3.

Benchmarking delle ASL

Dall'insieme dei dati su esposti, si evince che la **3° Componente "Umanizzazione"**, in ogni ASL, presenta punteggi mediamente più bassi rispetto alla **2° Componente "Qualità tecnica"**.
In ogni caso, la ASL 2 presenta per ambedue le Componenti punteggi mediamente più alti. Per l'Umanizzazione, la ASL 2 è seguita con uno scarto minimo dalla ASL 3; per quanto riguarda la Qualità tecnica, invece, la ASL 2 è seguita dalla ASL 4.

Tab. 25 – Benchmarking delle ASL

IAS MEDIO DELLE COMPONENTI	2 Componente Qualità tecnica				3 Componente Umanizzazione			
	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14
ASL 1 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	33				29			
ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	61				43			
ASL 3 PESCARA	49				42			
ASL 4 TERAMO	53				38			

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

CENTRALE OPERATIVA

Tab. 26 – Benchmarking Centrali Operative 118

2°COMPONENTE QUALITÀ TECNICA	CO 118 Pescara	CO 118 Lanciano Vasto Chieti	CO 118 Avezzano Sulmona L'Aquila	CO 118 Teramo	Valori Medi dei Fattori
F6 - Organizzazione del servizio	85	85	85	85	85
F7 - Gestione del triage e Valutazione della criticità	100	100	80	100	95
F8 - Integrazione della Rete	73	64	90	64	73
F9 - Sistema informativo e Risorse tecnologiche	82	82	82	82	82
F10 - Formazione e Sicurezza del personale	79	75	93	67	79
Valori Medi per ASL	84	81	86	80	

Fonte: Cittadinanzattiva-Agenzia di Valutazione Civica

Premesso che i punteggi IAS raggiunti dai Fattori sono soddisfacenti per tutte le Centrali Operative 118, quella di Avezzano Sulmona L'Aquila mostra un punteggio mediamente più alto delle altre (IAS 86), mentre i Fattori che mostrano margini di miglioramento sono relativi al grado di Integrazione della Rete (F8 con IAS medio pari a 73) e alla Formazione del personale (F10 con IAS medio pari a 79).

Bibliografia

- ALTIERI L. (a cura di) (2002), *Ascolto e partecipazione di cittadini in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- ASR ABRUZZO (2011), *Rilevazione dell'attività di Pronto Soccorso nella regione Abruzzo.*
- ASR ABRUZZO (2010), *Rilevazione dell'attività di Pronto Soccorso nella regione Abruzzo.*
-
- ASSR EMILIA ROMAGNA (2009), *La sperimentazione dell'Audit civico in Emilia Romagna:riflessioni e prospettive*, Dossier n. 180, Bologna.
- BOBBIO L. (a cura di) (2004), *A più voci*, Collana Cantieri del Dipartimento della funzione pubblica, Edizioni scientifiche italiane – Roma.
- CINOTTI R., CIPOLLA C. (2003), *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*, Franco Angeli, Milano.
- CITTADINANZATTIVA, Osservatorio Civico sul Federalismo, Rapporto 2011
- CITTADINANZATTIVA, Osservatorio Civico sul Federalismo, Rapporto 2012
- FIMEUC, (2012), Standard organizzativi delle Strutture di Emergenza-Urgenza.
- LIBERTI M. (2011), *La Rete dell'Emergenza Urgenza.* In Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità. Cittadinanzattiva, Roma
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2007) *Pronto Soccorso e Sistema 118. Classificazione delle attività del 118* – Progetto Mattoni SSN
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2007) *Pronto Soccorso e Sistema 118. Ricognizione della normativa, delle esperienze, delle sperimentazioni, relativamente a emergenza e 118, a livello regionale e nazionale.*– Progetto Mattoni SSN
- MORO G. (1998), *Manuale di cittadinanza attiva*, Carocci, Roma.
- MORO G. (2005a), *Azione civica*, Carocci, Roma.
- PETRANGOLINI T. (2007), *Salute e diritti dei cittadini* Baldini Castoldi e Dalai, Roma
- COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO (2011), *Indagine Conoscitiva relativa al Trasporto degli infermi e reti di emergenza e urgenza.*
- TANESE A., NEGRO G., GRAMIGNA A. (2003), *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche*, Collana Cantieri Dipartimento della Funzione Pubblica, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli.
- TERZI A., TANESE A., LAMANNA A. (2010), *L'audit civico, un'espressione della cittadinanza attiva,* in Mecosan, n. 74

PRONTO SOCCORSO
118
ATTIVISMO
SALUTE
RETE
TRASPARENZA
GIUSTIZIA
RISPETTO
SALUTE
WELFARE
URGENZA
CITTADINANZA
COMUNICAZIONE
ATTIVA
ÉQUIPE
LIVELLI ESSENZIALI
PARTECIPAZIONE
WELFARE
SCUOLA
PARTECIPAZIONE
VALUTAZIONE
DIRITTI
ATTIVIS
CAPACITÀ
DIRITTI
PARTECIPAZIONE
SENSO CIVICO
SERVIZI PUBBLICI
EMPOWERMENT
COMUNICAZIONE
CIVICA
URGENTE
PARTECIPAZIONE
FEDERALISMO
UNIVERSALITÀ
INFORMAZIONE
CIVICA
NETWORK
CIVICO
ASCOLTO
MULTIDISCIPLINARIETÀ