



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della sanità
Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico

Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020-2025

PP05 SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA

Incidenti in ambito domestico e stradali in Sardegna. Analisi degli accessi in pronto soccorso.

Anno 2024

Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale Direzione Generale della Sanità Servizio promozione della salute e osservatorio epidemiologico

Elaborazione dati e redazione a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale: Maria Antonietta Palmas, Rosanna Porcu

Data aggiornamento: dicembre 2025

La Regione Autonoma della Sardegna pubblica questi contenuti al solo scopo divulgativo, per cui declina ogni responsabilità da possibili errori di stampa o da involontarie omissioni

Sommario

| | |
|--|-----------|
| Obiettivo e struttura del report | 3 |
| Volume di accessi per incidente e allontanamenti spontanei | 6 |
| ACCESSI al PS per INCIDENTE DOMESTICO | 7 |
| 1. Caratteristiche demografiche dei pazienti ID | 7 |
| 2. Distribuzione territoriale | 8 |
| 3. Distribuzione temporale | 12 |
| 4. Casistica | 13 |
| 5. Informazioni incidentalità domestica | 16 |
| ACCESSI al PS per INCIDENTE STRADALE | 17 |
| 6. Caratteristiche demografiche dei pazienti IS | 17 |
| 7. Distribuzione territoriale degli accessi per IS | 18 |
| 8. Distribuzione temporale IS | 22 |
| 9. Casistica IS | 23 |
| 10. Informazioni incidentalità stradale (L3) per IS | 26 |

Obiettivo e struttura del report

L'obiettivo del presente report, redatto dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, è fornire una descrizione dello stato attuale dell'incidentalità in ambito domestico (d'ora in avanti ID) e stradale (d'ora in avanti IS), sulla base delle prestazioni di Pronto Soccorso (PS), riflettendo sulle potenzialità dei flussi informativi correnti, al fine di un miglioramento conoscitivo del fenomeno.

Per infortunio di tipo domestico si intende un incidente che si verifica in una abitazione (indipendentemente dal fatto che si tratti dell'abitazione propria o di altri), che comporta la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, ed è caratterizzato dall'accidentalità. Per infortunio stradale, nel contesto del pronto soccorso, ci si riferisce a qualsiasi danno fisico o lesione subita da una persona a seguito di un incidente stradale, indipendentemente dal ruolo (conducente, passeggero, pedone o un ciclista).

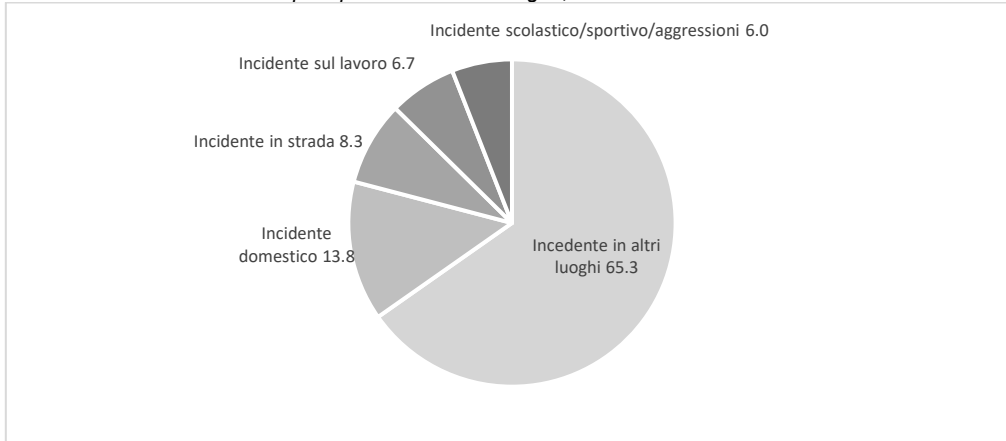
Il flusso dell'assistenza sanitaria di emergenza urgenza (EMUR-PS) regolamentato dal Disciplinare tecnico flussi informativi sanitari della Regione Sardegna, che costituisce debito informativo dei presidi sardi dotati di un punto di emergenza-urgenza verso la Regione e nei confronti del Ministero della Salute, rappresenta uno strumento standardizzato per la raccolta e gestione dei dati relativi agli accessi in PS: rileva informazioni anagrafiche (sezione L1), amministrative, cliniche e di processo (sezione L2) e - come prerogativa del tracciato regionale della Sardegna - informazioni sull'incidentalità stradale e domestica (sezione aggiuntiva L3).

Nel presente studio, per scelta metodologica, sono stati selezionati ed analizzati gli accessi al PS per i quali il campo del tracciato denominato "problema principale" è valorizzato con la modalità trauma e contestualmente il "trauma rilevato" con incidente domestico o incidente in strada. L'analisi verte su alcune informazioni rilevanti per la descrizione del fenomeno in studio, ed è estesa agli accessi presso tutte le strutture di PS ubicate nel territorio regionale della Sardegna.

Coerentemente con le specifiche nazionali del tracciato, focalizzando l'attenzione sui traumi si escludono dall'analisi, oltre le motivazioni propriamente non traumatiche (dolore toracico, dispnea,), anche gli accessi con altre codifiche di "problema principale" come le Intossicazioni, Ustioni e Cadute che potrebbero essere avvenute in ambito domestico. Non essendo rilevabile il luogo dell'evento dal tracciato del flusso del Pronto Soccorso per accessi non traumatici, ne consegue una possibile sottostima degli incidenti di interesse per la prevenzione.

Tra l'altro, per la comprensione del fenomeno infortunistico ed una corretta valutazione dei dati riportati nel presente report, è necessario tener presente che 2 incidenti su 3 sono avvenuti in *altri luoghi* non meglio specificati. Per questa fattispecie, che dovrebbe essere residuale, non è richiesta la rilevazione di alcune notizie circa l'accadimento (ad esempio la data e luogo dell'incidente), di interesse per la prevenzione, con importante perdita di informazioni e possibile sottostima delle altre casistiche di traumi. Peraltro, alcuni Presidi utilizzano quasi esclusivamente tale codifica. Pertanto, dei circa 100.000 accessi al pronto soccorso per trauma registrati in Sardegna nel 2024, il 14% risulta causato da incidente in ambiente domestico, l'8,3% in strada, il 6,7% sul lavoro, il 6% in ambito scolastico/sportivo e il 65% in altri luoghi (graf.1).

Grafico 1. Accessi al PS per tipo di trauma. Sardegna, 2024



La raccolta di dati inseriti nel flusso EMUR-PS è assicurata da differenti figure professionali, nelle varie fasi del percorso di assistenza, dall'accesso del paziente alla sua dimissione. Al triage, il primo momento d'accoglienza per le persone che giungono in PS, il personale infermieristico oltre a raccogliere informazioni anagrafiche, amministrative e di processo, tra cui il motivo e la modalità di accesso, attribuisce al paziente un "codice triage" che definisce il grado di priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità delle condizioni rilevate nonché del possibile rischio evolutivo (il livello di urgenza). In caso di incidentalità stradale e domestica vengono acquisite informazioni aggiuntive (sezione L3) utili sul versante della prevenzione, tra le quali data, orario, luogo e dinamica dell'incidente. Nel corso della visita medica vengono acquisiti ulteriori elementi per la corretta formulazione del giudizio di gravità clinica del caso (il livello di appropriatezza attribuito dal medico che potrebbe differire rispetto al triage) e la scheda del paziente viene integrata con dati clinici, quali diagnosi e interventi. A conclusione dei trattamenti effettuati, il medico stabilisce l'esito, ossia le modalità di dimissione del paziente più appropriate (a domicilio, strutture ambulatoriali, ricovero, OBI o altro).

Il triage è volto all'identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione di segni, sintomi, parametri vitali e potenziale rischio evolutivo; perciò, è in grado di garantire la presa in carico degli utenti e di definire l'ordine di accesso al trattamento in funzione del livello di urgenza del caso. Le "linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero", sancite dall'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2019, hanno introdotto l'adozione di un sistema di codici numerici su 5 livelli di urgenza: da 1 (il più grave) a 5 per la definizione delle priorità (Figura 1). In Sardegna è vigore dal 2024.

Figura 1 – Nuova codifica di priorità (Codici triage)

| CODICE N. Colore | DENOMINAZIONE | DEFINIZIONE |
|---------------------|---------------------|---|
| 1 Rosso | EMERGENZA | Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali |
| 2 Arancione | URGENZA | Funzioni vitali a rischio Rischio evolutivo o dolore severo |
| 3 Azzurro | URGENZA DIFFERIBILE | Condizione stabile con sofferenza Richiede prestazioni complesse |
| 4 Verde | URGENZA MINORE | Condizione stabile Richiede prestazioni monospecialistiche |
| 5 Bianco | NON URGENZA | Problema non urgente o di minima rilevanza clinica |

La rete dell'emergenza-urgenza della Sardegna consta di 20 strutture di Pronto Soccorso, di cui 3 ubicate presso le Aziende ospedaliere-universitarie di Cagliari e di Sassari e nell'ARNAS Brotzu; le altre 17 sono distribuite nei territori delle 8 ASL, presso i presidi ospedalieri pubblici (incluse 5 sedi disagiate), come riportato nella figura 2. Lo stabilimento SS. Annunziata della AOU di Sassari e San Michele del Brotzu sono sedi di DEA di II livello nella rete ospedaliera secondo il modello HUB e SPOKE. Nelle analisi che seguono l'attività dello stabilimento Cliniche San Pietro, sede del PS specialistico ginecologico e pediatrico della AOU di Sassari sono accorpate nel presidio unico SS. Annunziata. I dati saranno esposti secondo quest'ordine.

| Azienda | denominazione presidio | rete |
|-------------------------|--------------------------|----------------|
| AOU Sassari | SS. Annunziata Sassari | DEA II |
| ASL 1 Sassari | Civile Alghero | |
| ASL 1 Sassari | Segni Ozieri | |
| ASL 2 Gallura | Giovanni Paolo II Olbia | DEA I |
| ASL 2 Gallura | Dettori Tempio Pausania | |
| ASL 2 Gallura | Merlo La Maddalena | sede disagiata |
| ASL 3 Nuoro | San Francesco Nuoro | DEA I |
| ASL 3 Nuoro | San Camillo Sorgono | sede disagiata |
| ASL 4 Ogliastra | N.S. Mercede Lanusei | |
| ASL 5 Oristano | San Martino Oristano | DEA I |
| ASL 5 Oristano | Mastino Bosa | sede disagiata |
| ASL 5 Oristano | Delogu Ghilarza | |
| ASL 6 Medio Campidano | N.S. Bonaria San Gavino | DEA I |
| ASL 7 Sulcis Iglesiente | Sirai Carbonia | |
| ASL 7 Sulcis Iglesiente | CTO Iglesias | |
| ASL 8 Cagliari | SS. Trinità Cagliari | DEA I |
| ASL 8 Cagliari | San Marcellino Muravera | sede disagiata |
| ASL 8 Cagliari | San Giuseppe Isili | sede disagiata |
| AOU Cagliari | Duilio Casula Monserrato | DEA I |
| ARNAS Brotzu | San Michele Cagliari | DEA II |

Figura 2 - Mappa delle strutture di PS della Sardegna



Il report fornisce prima di tutto una descrizione del ricorso alle cure per traumi, in termini di volumi di accessi al PS ed abbandoni precoci, in rapporto alla rete di emergenza-urgenza della Regione Sardegna. Nei successivi due capitoli, dedicati agli ID e agli IS, sono descritte le caratteristiche demografiche dei pazienti coinvolti, la distribuzione territoriale e temporale degli accessi alle cure, la casistica e la gravità in termini di codice triage ed esito. Infine, un focus sulle modalità di accadimento dell'evento sulla base di informazioni acquisite attraverso la specifica sezione del tracciato, seppure ancora poco valorizzata.

Volume di accessi per incidente e allontanamenti spontanei

Nel 2024 in Sardegna si sono registrati complessivamente oltre 22.000 accessi al Pronto Soccorso di pazienti con trauma per incidente domestico o incidente stradale, che rappresentano rispettivamente il 14% e l'8% del totale degli accessi per eventi traumatici, ed il 3% e 2% sul totale degli accessi per tutte le cause (incluse le cause non traumatiche, ustioni, intossicazioni, cadute).

Dai dati estrapolati si riscontra il fenomeno dell'abbandono del PS, ossia l'allontanamento spontaneo del paziente prima della visita medica o in corso di accertamenti, con conseguente chiusura della cartella clinica parzialmente compilata, soprattutto nelle informazioni inerenti all'accaduto (sezione L3 del flusso EMUR).

Le motivazioni possono essere diverse, non è possibile indagarle attraverso questa fonte informativa.

Spesso un accesso esitato in abbandono è associato ad accessi ripetuti consecutivi dello stesso paziente (fino a 3), successivamente al verificarsi dell'incidente (data incidente), nella stessa giornata o nelle giornate immediatamente successive, presso lo stesso presidio oppure diverso. In altri casi il paziente abbandona il PS senza farvi ritorno (rinuncia); presumibilmente si tratta accessi inappropriati o di situazioni gestibili in altri setting assistenziali.

Sul totale di 13.814 accessi per incidente domestico (ID) la percentuale di abbandoni del PS, calcolata rapportando il numero degli allontanamenti spontanei e il numero totale degli accessi nell'anno di riferimento, è pari a circa l'5%. Di questi, due su tre, sono abbandoni precoci, avvenuti prima della visita medica. Si registrano 607 rinunce alle cure (il 4,7%).

Per gli incidenti stradali, la percentuale di abbandoni del PS è più elevata, pari al 7,6% (su 8.289 accessi IS), con tre su quattro abbandoni precoci e 529 rinunce (il 6,4%).

Il fenomeno dell'abbandono del PS può avere diverse motivazioni; sicuramente è associato all'urgenza di assistenza, come si evince dalla tabella 1. È più elevato tra i codici classificati in triage come non urgenti (Bianco 15% ID e 22% IS), per i quali la presa in carico è subordinata all'ingresso di tutti gli altri codici con priorità maggiore e potrebbe essere spiegato da un'attesa particolarmente lunga; esso diminuisce progressivamente all'aumentare del livello di urgenza (codice Rosso circa 2%).

Tabella 1 - Accessi totali e abbandoni del PS per triage. Incidenti domestici e stradali. Sardegna, 2024 triage

| | Incidente domestico | | | | Incidente stradale | | | |
|---------------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| | Accessi per ID | Abbandoni (% sul totale) | di cui Abbandoni precoci (%) | Rinunce (% sul totale) | Accessi per IS | Abbandoni (% sul totale) | di cui Abbandoni precoci | Rinunce (% sul totale) |
| 1 ROSSO (emergenza) | 138 | 2 (1,4) | 0,0 | 2 (1,4) | 460 | 9 (2,0) | 11,1 | 7 (1,5) |
| 2 ARANCIONE (urgenza) | 2.989 | 53 (1,8) | 34,0 | 46 (1,5) | 1.530 | 49 (3,2) | 42,9 | 44 (2,9) |
| 3 AZZURRO (urgenza differibile) | 2.833 | 85 (3,0) | 47,1 | 80 (2,8) | 1.714 | 114 (6,7) | 72,8 | 98 (5,7) |
| 4 VERDE (urgenza minore) | 7.378 | 462 (6,3) | 68,0 | 412 (5,6) | 4.334 | 401 (9,3) | 80,5 | 333 (7,7) |
| 5 BIANCO (non urgenza) | 476 | 72 (15,1) | 83,3 | 67 (14,1) | 251 | 55 (21,9) | 90,9 | 47 (18,7) |
| Totale | 13.814 | 674 (4,9) | 64,1 | 607 (4,4) | 8.289 | 628 (7,6) | 76,1 | 529 (6,4) |
| Media settimanale | 266 | | | | 159 | | | |

Gli episodi di abbandono spontaneo sono significativi in quanto comportano un dispendio di risorse dedicate a pazienti che poi non concludono il loro iter diagnostico-terapeutico e, d'altra parte, manifestano la percezione negativa della qualità del servizio da parte dell'utente. Questi casi rappresentano, presumibilmente, accessi inappropriati al PS, che dovrebbero trovare risposta nei servizi di cure primarie o con altri setting assistenziali.

ACCESSI al PS per INCIDENTE DOMESTICO

Per incidente domestico si intende un evento accidentale che si verifica in modo imprevisto in un'abitazione e nelle relative pertinenze (giardino, cantina, garage, scale, ecc.), e che determina una compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute della persona coinvolta, a causa di ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altre lesioni. È caratterizzato dall'accidentalità.

1. Caratteristiche demografiche dei pazienti ID

I 13.814 accessi al Pronto Soccorso per incidente domestico registrati in Sardegna nel 2024 hanno interessato complessivamente 13.262 persone. Poiché un paziente può accedere al PS più volte durante l'anno, in occasione dello stesso evento traumatico (101 pazienti fanno da 1 a 3 accessi con la stessa data incidente), come descritto nell'introduzione, o anche per diversi incidenti domestici (fino a 4 nell'anno), il codice identificativo personale è stato conteggiato solo una volta e riferito al primo episodio di cura.

Il fenomeno infortunistico tra le mura domestiche interessa prevalentemente il genere femminile rispetto a quello maschile (59% F; 41% M), in un rapporto di 1,45; quasi esclusivamente residenti in Sardegna (425 non residenti, pari al 3,2%). L'età media delle donne, pari a 62 anni, è superiore di 13 anni rispetto a quella degli uomini (49 anni – tab.2).

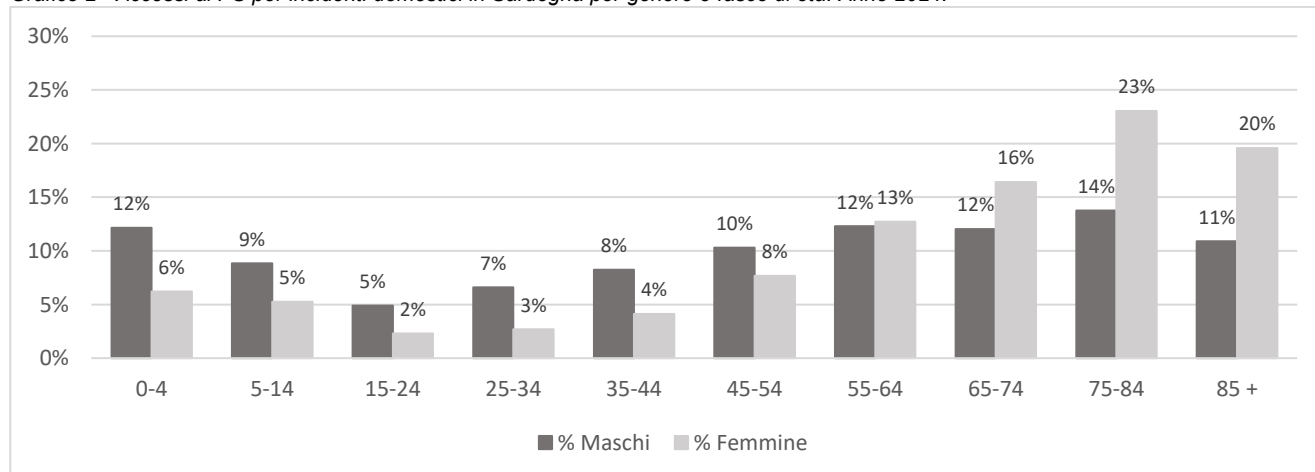
Tabella 2 - Accessi al PS per incidenti domestici in Sardegna. Età media e mediana per genere. Anno 2024.

| | % sul totale | Età media | Età mediana | max |
|---------|--------------|-----------|-------------|-----|
| Maschi | 40,8 | 49 | 53 | 105 |
| Femmine | 59,2 | 62,3 | 70 | 105 |
| Totale | 100 | 56,7 | 64 | 105 |

Come nel resto di Italia, le fasce di popolazione maggiormente a rischio in Sardegna sono le donne, i bambini e gli anziani, in particolare dai 75 anni in su, cioè coloro che trascorrono più tempo in casa.

I bambini nei primi 4 anni di vita con la loro naturale curiosità, scarsa percezione del pericolo e limitate capacità motorie, hanno dato luogo al 9% degli accessi al PS per ID (numero assoluto 1.144), e gli anziani (over-65) che da soli contribuiscono al 50% dei casi (6.621 accessi), con un netto differenziale di genere a sfavore delle femmine e un rapporto di genere femmine su maschi di 2,3 volte. Complessivamente il genere maschile è quello più coinvolto fino all'età di circa 50 anni, poi si inverte il rapporto (graf. 2).

Grafico 2 - Accessi al PS per incidenti domestici in Sardegna per genere e fasce di età. Anno 2024.



Territorio di residenza

Sono stati interessati prevalentemente cittadini residenti nella ASL di Cagliari (32% - tab.3), quella dove risiede il 34,5% della popolazione regionale; il 3% degli accessi riguarda non residenti in Regione.

Considerando solo i residenti in Sardegna, il tasso di accesso regionale per ID è pari a 8,2 ogni 1.000 abitanti (6,8 M e 9,5 F). Si discostano dal dato regionale in eccesso i territori delle ASL Ogliastra (23,3 accessi per 1.000 ab. presso il presidio Nostra Signora della Mercede di Lanusei), Medio Campidano (19,0 presso il presidio di San Gavino Monreale) e Sulcis Iglesiente (16,6). Al contrario, il territorio della ASL Gallura ha il tasso di accesso per ID più basso, pari a 1,9 per 1.000 abitanti, presso i tre presidi di Olbia, Tempio Pausania e La Maddalena; seguono le ASL Oristano (4,7) e Nuoro (5,9). Il grafico seguente riporta il valore per ASL di residenza.

Tabella 3 - Distribuzione degli accessi al PS per ID, per territorio di residenza (tutte le età). Sardegna, 2024.

| Territorio di residenza | Accessi al PS | | Popolazione residente al 1.1.2024 (ISTAT) | | Accessi al PS per ID * 1.000 abitanti |
|-------------------------|---------------|------|---|--------|---------------------------------------|
| | n. | % | n. | % | |
| ASL 1 Sassari | 1.839 | 14% | 314320 | 20,0% | 5,9 |
| ASL 2 Gallura | 296 | 2% | 158916 | 10,1% | 1,9 |
| ASL 3 Nuoro | 851 | 6% | 144001 | 9,2% | 5,9 |
| ASL 4 Ogliastra | 1.259 | 9% | 54140 | 3,4% | 23,3 |
| ASL 5 Oristano | 703 | 5% | 149822 | 9,5% | 4,7 |
| ASL 6 Medio Campidano | 1.720 | 13% | 90702 | 5,8% | 19,0 |
| ASL 7 Sulcis Iglesiente | 1.943 | 15% | 116755 | 7,4% | 16,6 |
| ASL 8 Cagliari | 4.226 | 32% | 541176 | 34,5% | 7,8 |
| Fuori Sardegna | 425 | 3% | - | - | - |
| Totale | 13.262 | 100% | - | - | - |
| Totale Sardegna | 12.837 | | 1569832 | 100,0% | 8,2 |

2. Distribuzione territoriale

Analisi per presidio erogante

Nella tabella 4 è riportata la distribuzione degli accessi al Pronto Soccorso attribuiti ad un incidente di tipo domestico, per singolo presidio e con indicazione della quota di non residenti. Si rileva una certa variabilità che potrebbe essere associata all'articolazione della rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza, all'orografia, all'accessibilità delle strutture e infrastrutture, alla densità abitativa e dei flussi turistici, ma anche agli stili di codifica dei campi del flusso EMUR, con particolare riferimento al "trauma rilevato". Infatti, si segnala il volume nullo degli accessi per ID registrati dal Presidio Civile Alghero (ASL Sassari), a fronte di un'attività di oltre 24.000 accessi annuali di cui circa 6.700 per traumatismi, codificati genericamente come "incidente in altri luoghi". Analogamente per i Presidi Dettori di Tempio Pausania e Giovanni Paolo II Olbia (ASL Gallura) si registrano volumi molto bassi dovuti in parte ad una misclassificazione con sottostima. Il San Michele-Brotzu di Cagliari, sede dei DEA di II livello, registra i volumi di accesso al PS per ID più elevati (2.962 pari al 19% del totale regionale – tab.4), seguito dal N.S. Bonaria di San Gavino (2.395; 16%) e il presidio unico della AOU Sassari (1.719; 11%). Di contro, si rilevano cinque presidi con meno di 60 accessi per ID in un anno, oltre il citato Civile di Alghero: Delogu di Ghilarza (4), Dettori di Tempio Pausania (13), Giovanni Paolo II Olbia (21) e San Marcellino Muravera (61). Alcuni di questi sono stabilimenti di sede disagiata nella rete ospedaliera.

Tabella 4 - Distribuzione degli accessi al pronto soccorso per ID, per Azienda e presidio erogante. Quota di non residenti. Sardegna, 2024

| Azienda/Presidio erogante | N. accessi per ID | % sul totale RAS | Di cui pazienti non residenti | Quota di pazienti non residenti sul totale regionale |
|-------------------------------------|-------------------|------------------|-------------------------------|--|
| AOU Sassari -SS Annunziata * | 1516 | 11.0% | 39 | 9.0% |
| ASL 1 Sassari | 537 | 3.9% | 7 | 1.6% |
| <i>Civile Alghero</i> | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| <i>Segni Ozieri</i> | 537 | 3.9% | 0 | 0.0% |
| ASL 2 Gallura | 200 | 1.4% | 21 | 4.9% |
| <i>Giovanni Paolo II Olbia</i> | 21 | 0.2% | 0 | 0.0% |
| <i>Dettori Tempio Pausania</i> | 13 | 0.1% | 0 | 0.0% |
| <i>Merlo La Maddalena **</i> | 166 | 1.2% | 21 | 4.9% |
| ASL 3 Nuoro | 900 | 6.5% | 24 | 5.6% |
| <i>San Francesco Nuoro</i> | 474 | 3.4% | 12 | 2.8% |
| <i>San Camillo Sorgono **</i> | 426 | 3.1% | 12 | 2.8% |
| ASL 4 Ogliastra | 1427 | 10.3% | 68 | 15.7% |
| <i>N.S. Mercedes Lanusei</i> | 1427 | 10.3% | 68 | 15.7% |
| ASL 5 Oristano | 476 | 3.4% | 9 | 2.1% |
| <i>S. Martino Oristano</i> | 262 | 1.9% | 5 | 1.2% |
| <i>Delogu Ghilarza</i> | 4 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| <i>Mastino Bosa **</i> | 210 | 1.5% | 4 | 0.9% |
| ASL 6 Medio Campidano | 2100 | 15.2% | 42 | 9.7% |
| <i>N.S. Bonaria San Gavino</i> | 2100 | 15.2% | 42 | 9.7% |
| ASL 7 Sulcis Iglesiente | 2233 | 16.2% | 92 | 21.3% |
| <i>Sirai Carbonia</i> | 1350 | 9.8% | 59 | 13.7% |
| <i>CTO Iglesias</i> | 883 | 6.4% | 33 | 7.6% |
| ASL 8 Cagliari | 1180 | 8.5% | 26 | 6.0% |
| <i>SS Trinità Cagliari</i> | 832 | 6.0% | 17 | 3.9% |
| <i>San Marcellino Muravera **</i> | 61 | 0.4% | 2 | 0.5% |
| <i>San Giuseppe Isili **</i> | 287 | 2.1% | 7 | 1.6% |
| AOU Cagliari - Duilio Casula | 1217 | 8.8% | 23 | 5.3% |
| ARNAS Brotzu - San Michele * | 2028 | 14.7% | 81 | 18.8% |
| Regione Sardegna | 13814 | 100.0% | 432 | 100.0% |

* DEA II livello ** Stabilimento di sede disagiata

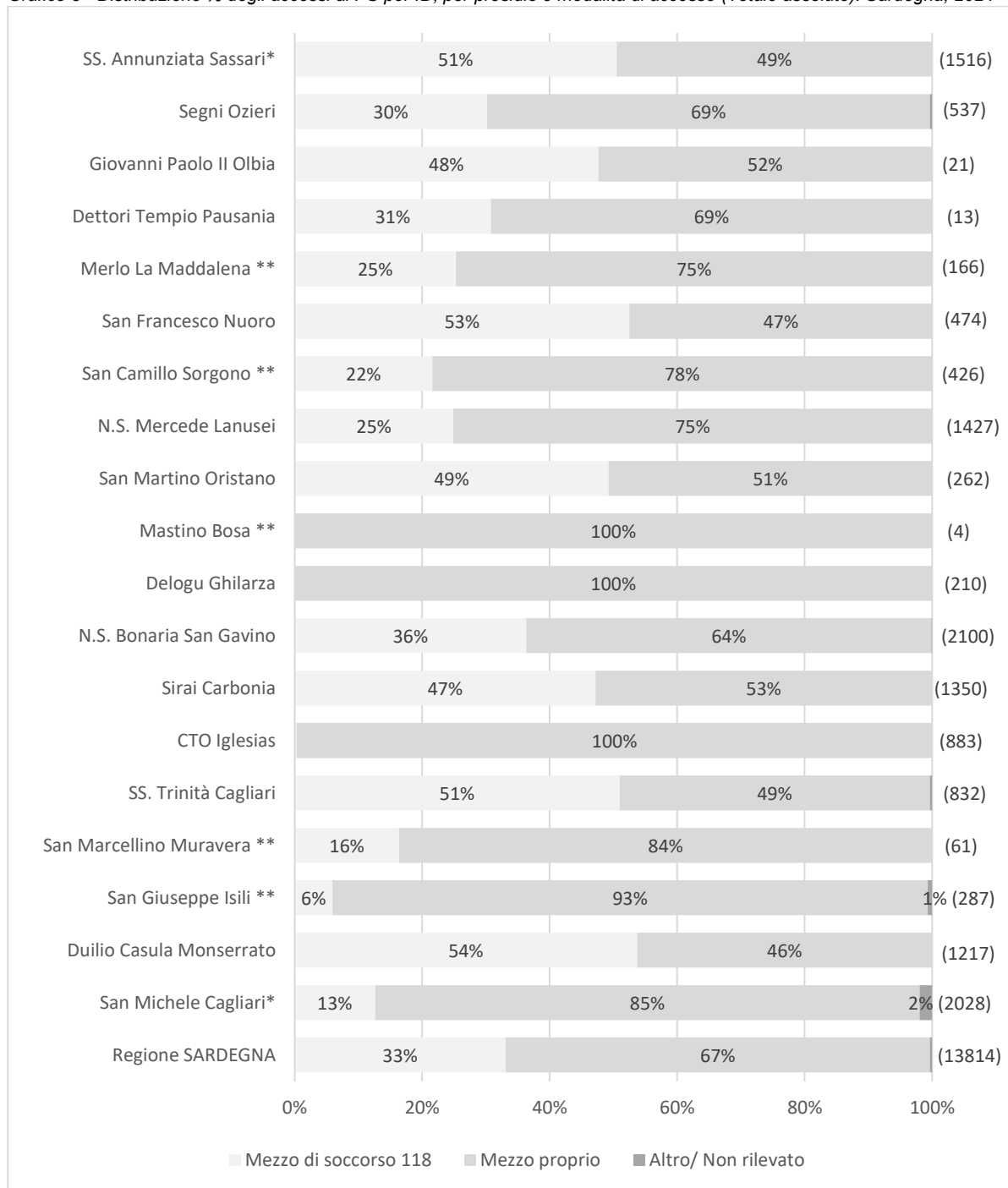
Il contributo di pazienti non residenti in Sardegna è molto contenuto, quantificato in 432 accessi nel 2024, pari al 3% del totale regionale; è concentrato prevalentemente nei mesi da luglio a settembre (rif. par. 3 per l'analisi temporale). I presidi più "attraenti" nei confronti dei non residenti (flussi turistici), oltre al San Michele-Brotzu di Cagliari (20,5%), sono: Sirai di Carbonia, N.S. Mercedes di Lanusei in Ogliastra, N.S. Bonaria San Gavino e SS Annunziata di Sassari (11% del totale degli accessi dei non residenti in Sardegna).

Analisi per modalità di accesso

La modalità di accesso riferisce sul mezzo di trasporto tramite il quale i pazienti accedono al PS. In questa analisi si distinguono gli accessi con "mezzi di soccorso 118" (ambulanza ed elicottero del 118), con "mezzo proprio" (il paziente arriva in autonomia, con mezzi personali o di accompagnatori) ed "Altro o non rilevato". Quest'ultima la modalità residuale, estremamente limitata, si registra esclusivamente al Brotzu.

A livello regionale il 64% dei pazienti accede tramite mezzo proprio e il 36% con mezzo di soccorso del 118; il dato mostra notevole variabilità a livello di presidio (graf. 3).

Grafico 3 - Distribuzione % degli accessi al PS per ID, per presidio e modalità di accesso (Totale assoluto). Sardegna, 2024



* DEA II livello ** Stabilimento di sede disagiata

Il ricorso al mezzo di soccorso del 118 è nettamente superiore al dato regionale, rappresentando la principale modalità di accesso, presso il Duilio Casula Monserrato (54%), San Francesco Nuoro (56%), SS. Annunziata (51%) e SS. Trinità Cagliari (51%). Al San Martino Oristano le due modalità di accesso si equivalgono.

Gli accessi avvengono esclusivamente, o quasi, con mezzo proprio al Delogu di Ghilarza, Mastino Bosa, CTO di Iglesias, San Giuseppe di Isili. Anche il PS del San Michele-Brotzu di Cagliari accoglie in maggior misura pazienti che giungono con mezzo proprio.

Accessi per codice colore assegnato al triage

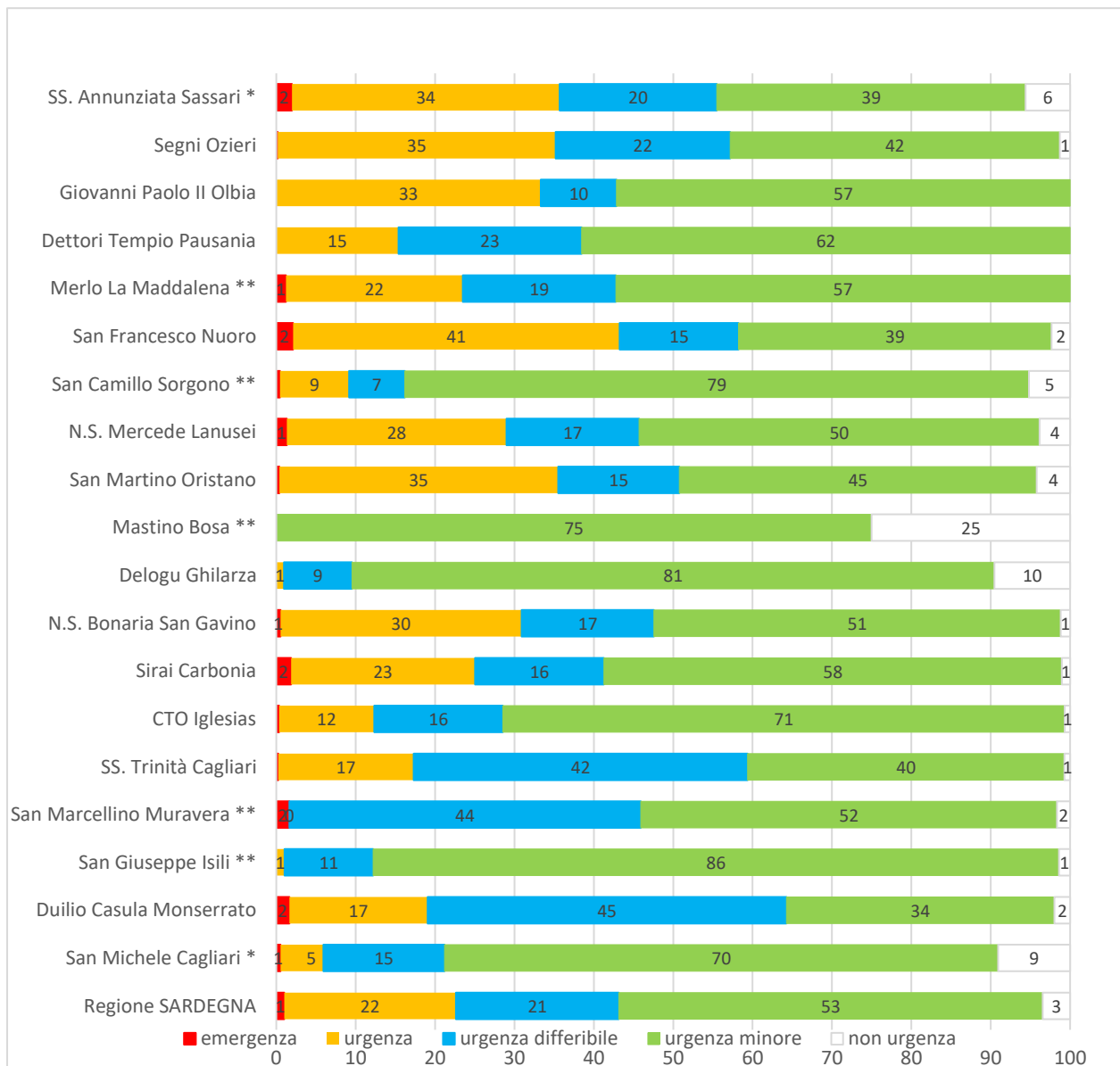
All'arrivo in Pronto Soccorso, a ciascun paziente viene assegnato, tramite la procedura curata dall'infermiere, un codice di colore legato alla priorità di trattamento su cinque livelli di urgenza (Rosso-Emergenza, Arancione-

Urgenza, Azzurro-Urgenza differibile, Verde-Urgenza minore, Bianco-Non urgenza), per regolamentare gli accessi in funzione del livello di urgenza del caso.

Come in generale a livello nazionale, oltre la metà degli accessi al PS per ID ha codice triage verde (53%), corrispondente ad un livello di urgenza minore, o bianco (3%, non urgenza); in pratica sono le situazioni cliniche del paziente che si potrebbero trattare anche in un ambulatorio medico senza un intervento in tempi stretti (accessi al PS evitabili, potenzialmente inappropriati). I restanti casi si dividono tra codice azzurro (urgenza differibile; paziente da trattare o rivalutare entro un'ora) e arancione (urgenza indifferibile; da trattare entro poco tempo) con quote equivalenti (pari al 20%) e, infine, l'1% ha codice rosso (emergenze che necessitano un intervento immediato).

Il grafico seguente mostra la distribuzione del colore di triage di accesso nei presidi (graf. 4).

Grafico 4 - Distribuzione accessi al PS per ID, per Presidio e triage accesso (valori percentuali). Sardegna, 2024



* DEA II livello ** Stabilimento di sede disagiata

La quota dei codici bianchi e verdi supera nettamente il dato regionale (3% e 53% rispettivamente) nei PO Mastino di Bosa (25% e 75%), Delogu di Ghilarza (10% e 81%) e San Michele-Brotzu di Cagliari, DEA di II livello (9% e 70%). Le emergenze e urgenze (codice rosso, arancione, azzurro) sono numericamente superiori

nei PS del Policlinico Duilio Casula di Monserrato, SS Trinità di Cagliari, San Francesco di Nuoro e SS Annunziata di Sassari.

Analizzando i codici triage in relazione alla modalità di arrivo del paziente si osserva, come lecito attendersi, che tra gli accessi con mezzo di soccorso del 118 è più elevata la priorità di intervento (3% codici rosso di Emergenza, 45% Urgenza, 32% Urgenza differibile – tab.5), al contrario di chi accede al PS con mezzo proprio (70% codici verdi di urgenza minore 5% bianchi).

Tabella 5 Distribuzione degli accessi al PS per modalità di arrivo e codice colore assegnato al triage. ID in Sardegna, 2024

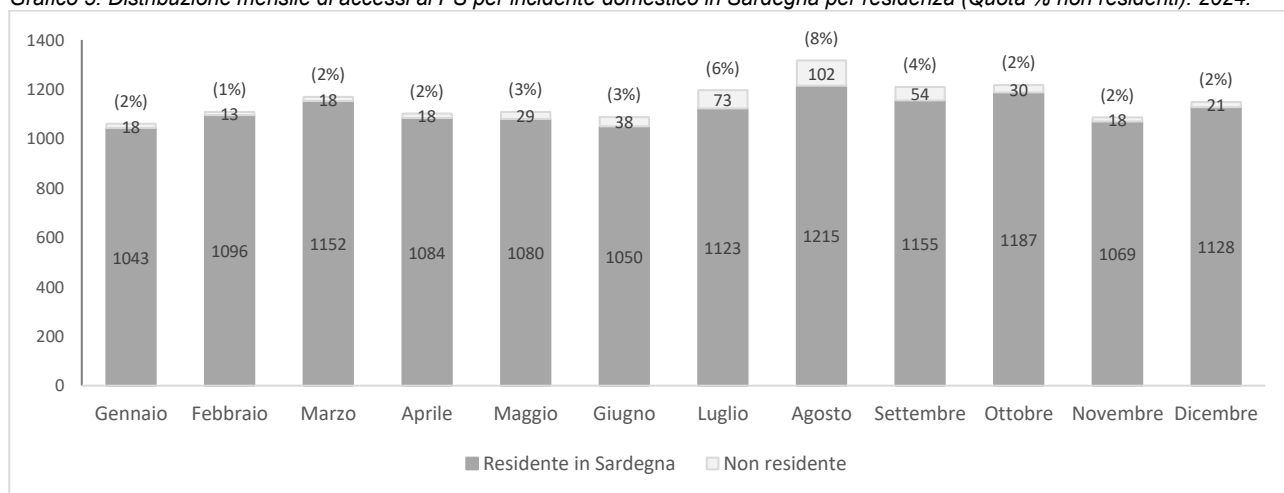
| Triage | emergenza | urgenza | urgenza differibile | urgenza minore | non urgenza | Totale |
|-----------------------|-----------|---------|---------------------|----------------|-------------|--------|
| Mezzo di soccorso 118 | 3% | 45% | 32% | 21% | 0% | 100% |
| Mezzo proprio | 0% | 10% | 15% | 70% | 5% | 100% |
| Regione Sardegna | 1% | 22% | 21% | 53% | 3% | 100% |

3. Distribuzione temporale

Accessi per mese dell'anno

Nel 2024 mediamente sono stati registrati mensilmente 1150 accessi al PS per ID, con valori assoluti maggiori nel periodo da luglio a ottobre e il picco nel mese di agosto (1317 – graf.5); tale incremento è dovuto anche, in minima parte, al contributo dei non residenti che raggiunge la quota del 6-8% nei mesi estivi (rispetto al 3% complessivo annuale).

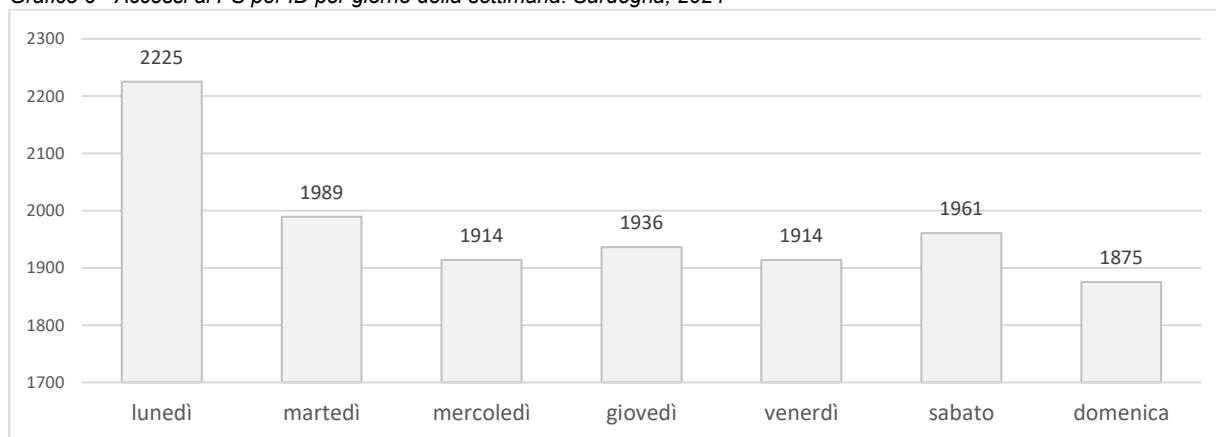
Grafico 5. Distribuzione mensile di accessi al PS per incidente domestico in Sardegna per residenza (Quota % non residenti). 2024.



Accessi per giorno della settimana

La distribuzione degli accessi al PS per ID per giorno della settimana evidenzia un picco il lunedì, con oltre 2200 casi, ed una quota minima la domenica (1875) senza differenze di genere, né di età (graf. 6).

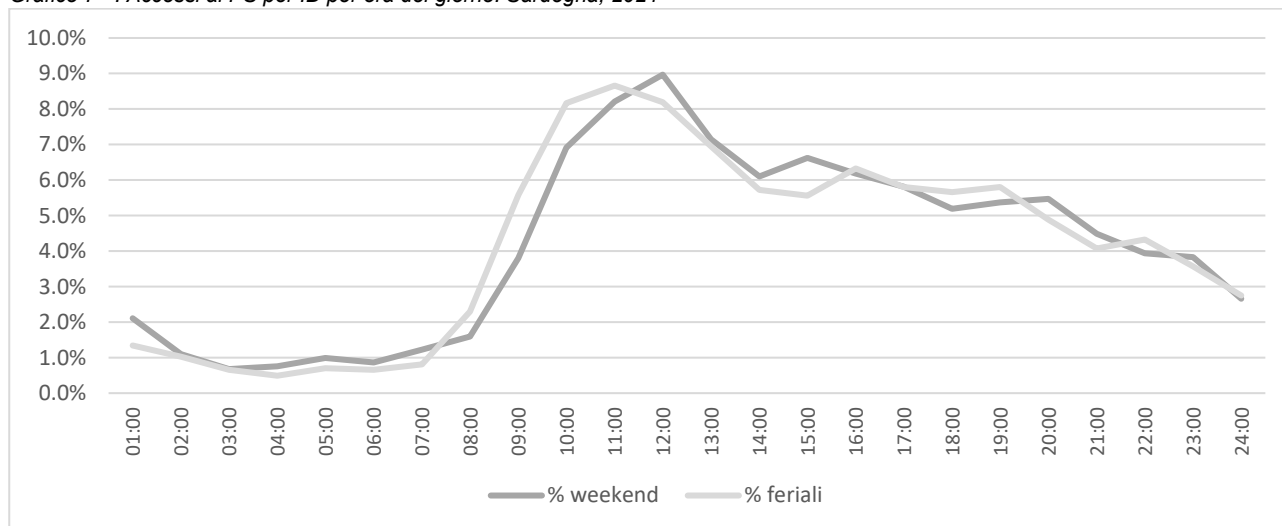
Grafico 6 - Accessi al PS per ID per giorno della settimana. Sardegna, 2024



Accessi per ora del giorno

Analizzando la distribuzione oraria nei giorni lavorativi e weekend, perfettamente sovrapponibili, si rileva un incremento degli accessi a partire dalle 7 del mattino fino ad un picco evidente tra le 10 e le 11 (circa 8% - graf. 7); la frequenza si mantiene pressoché costante sul 6% fino alle 19, per poi calare progressivamente nelle ore notturne.

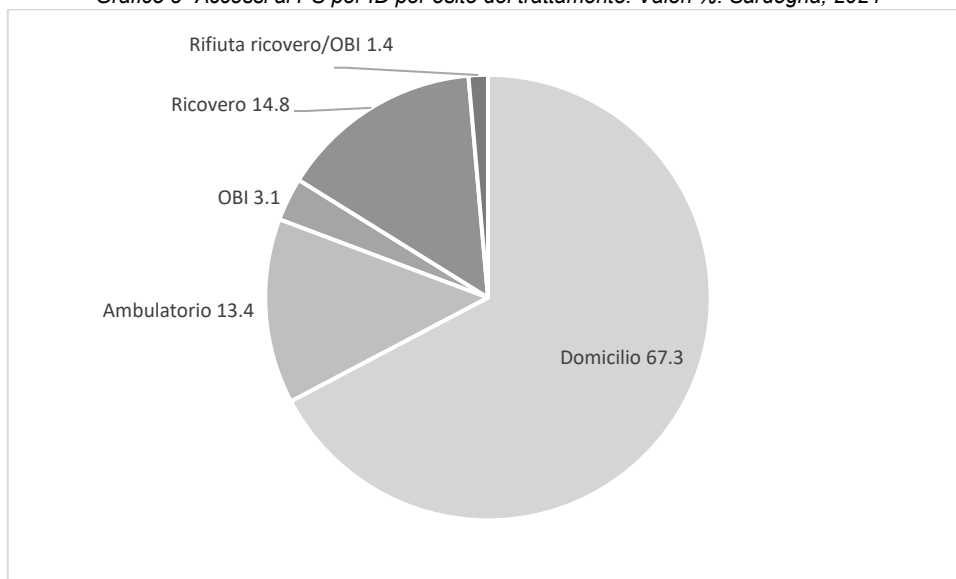
Grafico 7 - . Accessi al PS per ID per ora del giorno. Sardegna, 2024



4. Casistica

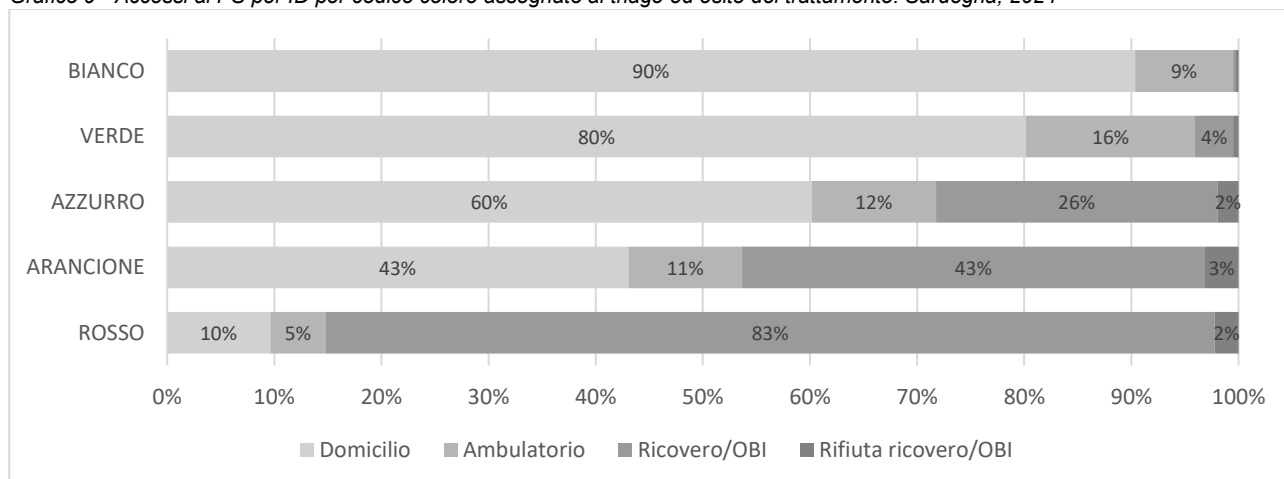
Per “esito del trattamento” si intende la modalità con cui si conclude l’episodio di accesso al Pronto Soccorso. Limitando l’analisi ai soli casi che hanno concluso l’intero percorso di assistenza nel PS (quindi esclusi gli abbandoni precoci e i 2 deceduti), complessivamente due accessi su tre si risolvono con la dimissione a domicilio (67% - graf.8), mentre circa il 15% ha avuto necessità di un ricovero ospedaliero, in un reparto dello stesso presidio o in un altro, il 3% in osservazione breve (OBI); il 13,4% è rimandato al setting assistenziali ambulatoriale e l’1,4% (184 casi) rifiuta il ricovero/OBI. Dei circa 2.000 accessi che si concludono con ricovero, più della metà affersisce alla disciplina Ortopedia e traumatologia (60%) e Chirurgia generale (12%) o Medicina generale (9%).

Grafico 8 -Accessi al PS per ID per esito del trattamento. Valori %. Sardegna, 2024



Un altro confronto tra i campi per i quali ci si attende una correlazione diretta è quello relativo all'esito del trattamento rispetto al colore del livello di urgenza assegnato al triage di Pronto Soccorso.

Grafico 9 - Accessi al PS per ID per codice colore assegnato al triage ed esito del trattamento. Sardegna, 2024



Come atteso, i casi ai quali viene assegnato un codice colore di triage Bianco-non urgenza e Verde-urgenza minore (prima e seconda barra del grafico 9) per la maggior parte vengono dimessi a domicilio (90% e 80% rispettivamente); la quota percentuale diminuisce progressivamente all'aumentare del livello di urgenza (il 10% dei codici rossi viene dimesso al domicilio). Nel contempo, aumenta la percentuale dei ricoveri in reparto di degenza (83% codice Rosso, quinta barra del grafico).

Diagnosi principale

Il flusso EMUR-PS rileva la diagnosi principale riscontrata, la più rilevante per gravità clinica e impegno di risorse, oltre ad eventuali altre tre diagnosi secondarie (questi ultimi campi non sono obbligatori e risultano poco valorizzati). Limitando l'analisi ai soli casi che hanno completato l'intero percorso di assistenza nel PS, e quindi hanno una diagnosi indicata dal medico curante, si osserva che appartiene quasi esclusivamente al gruppo "traumatismo e avvelenamento" (codice ICD9-CM 800-999; 74% - tab.6). Nel restante 25% dei casi sono stati utilizzati codici non specifici come: Altro (4%), Sintomi, segni e condizioni mal definiti (2%), e in particolare si segnala la presenza di Codici V usati per identificare motivi di accesso alle strutture sanitarie differenti da quelli per malattie o traumi, per esempio per spiegare il contatto con la struttura per

procedure di immunizzazione. Tra i più frequenti si riportano: V67.59 "altra visita di controllo" o V70.9 "esame medico generale non specificato". Ciò è indicativo di un basso livello di qualità nella codifica delle diagnosi nei PS e suggerisce la necessità di una specifica formazione degli operatori.

Tabella 6 – Diagnosi principale riportata negli accessi al PS per ID. Sardegna, 2024

| Diagnosi principale | N. accessi | % |
|--|------------|-------|
| Traumi e avvelenamenti | 9.697 | 73,8 |
| Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo | 616 | 4,7 |
| Malattie del sistema muscoloscheletrico | 605 | 4,6 |
| Codici V | 563 | 4,3 |
| Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso | 423 | 3,2 |
| Malformazioni congenite | 410 | 3,1 |
| Sintomi, segni e condizioni mal definite | 302 | 2,3 |
| Altro | 521 | 4,0 |
| Totale | 13.137 | 100,0 |

Nel dettaglio, i Traumatismi più frequenti riscontrati negli accessi al PS per ID sono le fratture (33% - tab.7), complicazioni di cure/altri traumi (23%), contusioni (18%).

Tabella 7 – Tipo di traumatismo riscontrato negli accessi al PS per ID. Sardegna, 2024

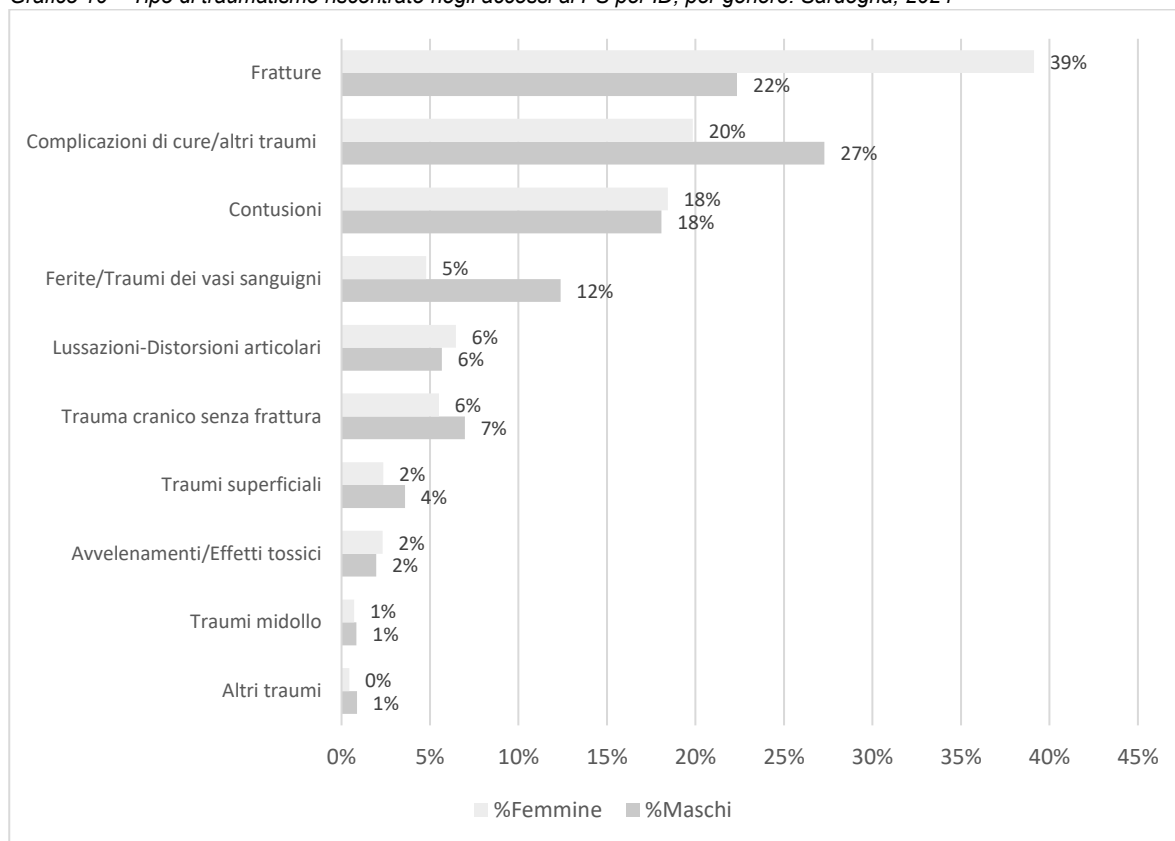
| Tipo di trauma (raggruppamenti) | Codici ICD9-CM | N. accessi | % |
|------------------------------------|----------------------|------------|--------|
| Fratture | 800-829 | 3.159 | 32,6% |
| Complicazioni di cure/altri traumi | 958 - 959; 996 - 999 | 2.207 | 22,8% |
| Contusioni | 920 - 929 | 1.774 | 18,3% |
| Ferite/Traumi dei vasi sanguigni | 870 - 897; 900 - 904 | 752 | 7,8% |
| Lussazioni-Distorsioni articolari | 830-839; 840-848 | 597 | 6,2% |
| Trauma cranico senza frattura | 850 - 854 | 589 | 6,1% |
| Traumi superficiali | 910 - 919 | 275 | 2,8% |
| Avvelenamenti/Effetti tossici | 960 - 979; 980 - 995 | 211 | 2,2% |
| Traumi midollo | 950 - 957 | 74 | 0,8% |
| Altri traumi | | 59 | 0,6% |
| Totale | | 9.697 | 100,0% |

Più specificatamente, le fratture riguardano prevalentemente gli arti inferiori (44%), gli arti superiori (36%), collo e tronco (18%) e infine il cranio (2%). Le fratture del femore costituiscono il 29% del totale delle fratture, più frequenti nel genere femminile (39% vs 22%; graf. 10).

Tabella 10 – Fratture negli accessi al PS per ID. Sardegna, 2024

| Frattura | Codici ICD9-CM | Valore assoluto | % sul totale fratture |
|-----------------|----------------|-----------------|-----------------------|
| Cranio | 800 - 804 | 67 | 2% |
| Collo e tronco | 805 - 809 | 566 | 18% |
| Arti superiori | 810 - 819 | 1.142 | 36% |
| Arti inferiori | 820 - 829 | 1.384 | 44% |
| di cui femore | 820.0 - 821.3 | 902 | 29% |
| Totale fratture | | 3.159 | 100% |

Grafico 10 – Tipo di traumatismo riscontrato negli accessi al PS per ID, per genere. Sardegna, 2024



5. Informazioni incidentalità domestica

Le informazioni analizzate in questo paragrafo sono ricavate dalla sezione specifica L3 del flusso EMUR-PS, che solitamente sono poco rilevate (solo 50%).

Dinamica dell'incidente

Il campo specifico è valorizzato nella metà dei casi. Tra questi, la dinamica prevalente è la *caduta, inciampamento, sdruciolamento* (80%), seguita da *urto o schiacciamento accidentale* (9%) e *ferita, puntura o penetrazione accidentale da oggetto* (6%).

Attività svolte al momento incidente

L'attività prevalente svolta al momento dell'incidente (dichiarata solo nel 31% dei casi) è *Camminare* (35%), seguita da *lavori domestici come pulire, cucinare, cucire, ecc.* (17%) e *gioco* (12%).

Ambiente in cui è avvenuto l'incidente

Gli ambienti più a rischio di ID (rilevato solo nel 35% dei casi) sono la *cucina* e la *camera da letto* (17%), seguiti da *cortile/giardino* (15%), *bagno e scale, ballatoi* (13%), *sala da pranzo* (12%), *altri locali interni alla casa* (7%) ed altro.

Utilizzo di utensili

Laddove valorizzato (in 556 casi; il 4% degli ID), riferisce dell'uso di utensile manuale non elettrico (206), elettrodomestici per cucina (101), utensile manuale elettrico, stoviglie, posate, utensili per la cucina, altro elettrodomestico.

ACCESSI al PS per INCIDENTE STRADALE

Per infortunio stradale, nel contesto del pronto soccorso, ci si riferisce a qualsiasi danno fisico o lesione subita da una persona a seguito di un incidente stradale, indipendentemente dal ruolo (conducente, passeggero, pedone o un ciclista).

6. Caratteristiche demografiche dei pazienti IS

Nel 2024 sono stati registrati 8.289 accessi al Pronto Soccorso per incidente stradale in Sardegna che hanno interessato complessivamente 8.075 persone, di cui 38 non identificate. Queste ultime sono escluse dalle analisi sulle caratteristiche demografiche, non essendo stati appurati l'età il genere e la residenza. Poiché, come descritto nell'introduzione, un paziente può accedere al PS più volte durante l'anno, in occasione dello stesso evento traumatico (5 pazienti fanno da 1 a 3 accessi con la stessa data incidente) o anche per diversi incidenti stradali (fino a 4 nell'anno), il codice identificativo personale è stato conteggiato solo una volta e riferito al primo episodio di cura.

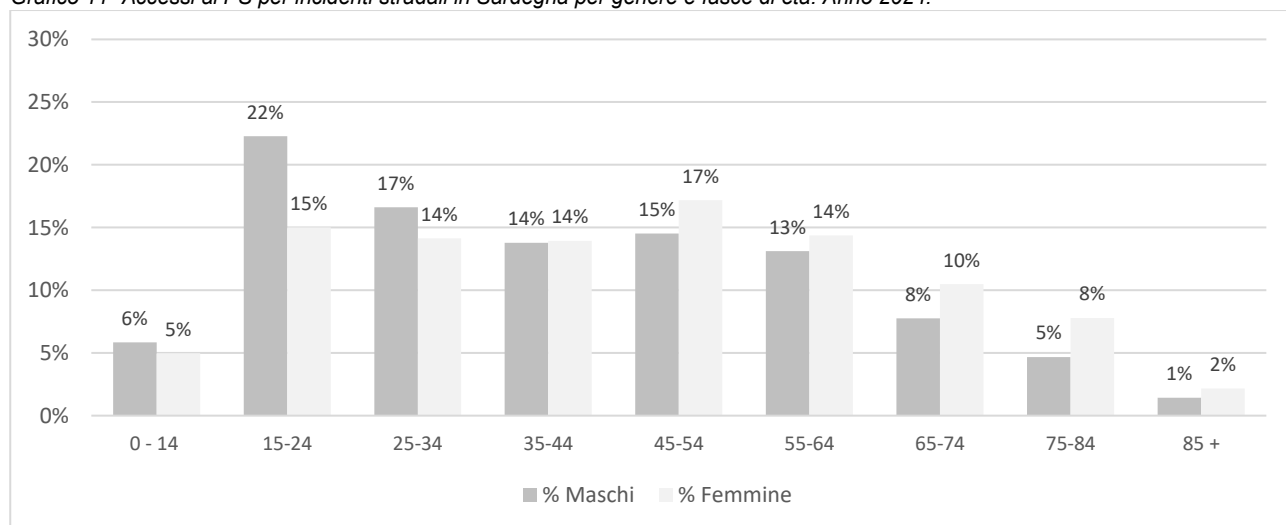
I pazienti sono prevalentemente di genere maschile (55% M, 45% F), quasi esclusivamente residenti in Sardegna: è dell'8% la quota dei non residenti (661 persone). L'età media delle donne è 62 anni, degli uomini 49.

Tabella 11 - Accessi al PS per incidenti stradali in Sardegna. Età media e mediana per genere. Anno 2024.

| | % sul totale | Età media | Età mediana | Età max |
|---------|--------------|-----------|-------------|---------|
| Maschi | 55% | 40 | 38 | 96 |
| Femmine | 45% | 45,5 | 46 | 98 |
| Totale | 100% | 42,7 | 42 | 98 |

I soggetti più vulnerabili sono i ragazzi di 15-24 anni (22%) e 25-34 anni (17%), prevalentemente di genere maschile, e le donne dai 45 anni in su (graf.11).

Grafico 11- Accessi al PS per incidenti stradali in Sardegna per genere e fasce di età. Anno 2024.



Territorio di residenza

Sono stati interessati prevalentemente cittadini residenti nella ASL di Cagliari (32% - tab.12), quella dove risiede il 34,5% della popolazione regionale; l'8% degli accessi riguarda non residenti in Regione.

Considerando solo i residenti in Sardegna, il tasso di accesso regionale per IS è pari a 4,7 ogni 1.000 abitanti). Si discostano dal dato regionale in eccesso i territori delle ASL Ogliastra (8 accessi per 1.000 ab. presso il presidio Nostra Signora della Mercede di Lanusei) e Sulcis Iglesiente (7,3). Al contrario il territorio della ASL Gallura ha il tasso di accesso per ID più basso, pari a 2,1 per 1.000 abitanti, presso i tre presidi di Olbia, Tempio Pausania e La Maddalena (verificare); seguono le ASL Nuoro (3,8) e Sassari (4,0).

Tabella 12. Distribuzione degli accessi al PS per IS, per territorio di residenza (tutte le età). Sardegna, 2024.

| Territorio di residenza | Accessi al PS | | Popolazione residente al 1.1.2024 (ISTAT) | | Tasso di accessi al PS per ID * 1.000 abitanti |
|-------------------------|---------------|------|---|--------|--|
| | n. | % | n. | % | |
| ASL 1 Sassari | 1.242 | 17% | 314.320 | 20,0% | 4,0 |
| ASL 2 Gallura | 339 | 5% | 158.916 | 10,1% | 2,1 |
| ASL 3 Nuoro | 552 | 7% | 144.001 | 9,2% | 3,8 |
| ASL 4 Ogliastra | 433 | 6% | 54.140 | 3,4% | 8,0 |
| ASL 5 Oristano | 779 | 11% | 149.822 | 9,5% | 5,2 |
| ASL 6 Medio Campidano | 422 | 6% | 90.702 | 5,8% | 4,7 |
| ASL 7 Sulcis Iglesiente | 852 | 11% | 116.755 | 7,4% | 7,3 |
| ASL 8 Cagliari | 2.795 | 38% | 541.176 | 34,5% | 5,2 |
| Fuori Sardegna | 661 | 8% | - | - | - |
| Totale | 8.071 | 100% | - | - | - |
| Totale Sardegna | 7.414 | | 1.569.832 | 100,0% | 4,7 |

7. Distribuzione territoriale degli accessi per IS

Analisi per presidio erogante

Nella tabella 13 è riportata la distribuzione degli accessi al Pronto Soccorso a seguito di incidente stradale, per singolo presidio e con indicazione della quota di non residenti. La variabilità rilevata potrebbe essere associata a diversi fattori come l'articolazione della rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza, la rete stradale, l'accessibilità delle strutture e infrastrutture, la densità abitativa, i flussi turistici e anche agli stili di codifica dei campi del flusso EMUR, con particolare riferimento al "trauma rilevato". Infatti, analogamente agli ID, si segnala il volume esiguo di accessi per IS registrati dal PO Civile Alghero (16), a fronte di un'attività di oltre 24.000 accessi annuali di cui circa 6.700 per traumatismi, codificati genericamente come "incidente in altri luoghi".

Il presidio unico della AOU di Sassari, sede dei DEA di II livello, registra i volumi di accesso al PS per IS più elevati (1.060 pari al 13% del totale regionale), seguito con un punto percentuale di differenza dai PS San Michele-Brotzu di Cagliari (DEA di II livello), SS Trinità Cagliari, AOU Cagliari. Di contro, si rilevano cinque presidi con meno di 80 accessi per ID in un anno, oltre al già citato PO Civile di Alghero: Mastino Bosa (44), San Camillo Sorgono (60), San Giuseppe Isili (64), Giovanni Paolo II Olbia (76) Alcuni di questi sono stabilimenti di sede disagiata nella rete ospedaliera.

La quota dei pazienti non residenti in Sardegna, che rappresenta l'8% del totale complessivo, si concentra prevalentemente nel territorio della ASL Ogliastra (N.S. Mercede di Lanusei, 18%) con 124 casi su 675 (tab. 13).

Tabella 13 - Distribuzione degli accessi al pronto soccorso per IS, per Azienda e presidio. Quota di non residenti. Sardegna, 2024

| Azienda/Presidio | N. accessi per ID | % sul totale RAS | Di cui pazienti non residenti | Quota di pazienti non residenti sul totale regionale |
|--------------------------------------|-------------------|------------------|-------------------------------|--|
| AOU Sassari - SS Annunziata * | 1.060 | 12,8% | 75 | 11,1% |
| ASL 1 Sassari | 274 | 3,3% | 11 | 1,6% |
| <i>Civile Alghero</i> | 16 | 0,2% | 0 | 0,0% |
| <i>Segni Ozieri</i> | 258 | 3,1% | 11 | 1,6% |
| ASL 2 Gallura | 385 | 4,6% | 86 | 12,7% |
| <i>Giovanni Paolo II Olbia</i> | 76 | 0,9% | 22 | 3,3% |
| <i>Dettori Tempio Pausania</i> | 142 | 1,7% | 18 | 2,7% |
| <i>Merlo La Maddalena **</i> | 167 | 2,0% | 46 | 6,8% |
| ASL 3 Nuoro | 691 | 8,3% | 99 | 14,7% |
| <i>San Francesco Nuoro</i> | 631 | 7,6% | 86 | 12,7% |
| <i>San Camillo Sorgono **</i> | 60 | 0,7% | 13 | 1,9% |
| ASL 4 Ogliastra | 560 | 6,8% | 124 | 18,4% |
| <i>N.S. Mercedes Lanusei</i> | 560 | 6,8% | 124 | 18,4% |
| ASL 5 Oristano | 814 | 9,8% | 50 | 7,4% |
| <i>S.Martino Oristano</i> | 687 | 8,3% | 47 | 7,0% |
| <i>Delogu Ghilarza</i> | 83 | 1,0% | 0 | 0,0% |
| <i>Mastino Bosa *)</i> | 44 | 0,5% | 3 | 0,4% |
| ASL 6 Medio Campidano | 453 | 5,5% | 13 | 1,9% |
| <i>N.S. Bonaria San Gavino</i> | 453 | 5,5% | 13 | 1,9% |
| ASL 7 Sulcis | 963 | 11,6% | 68 | 10,1% |
| <i>Sirai Carbonia</i> | 696 | 8,4% | 52 | 7,7% |
| <i>CTO Iglesias</i> | 267 | 3,2% | 16 | 2,4% |
| ASL 8 Cagliari | 1.163 | 14,0% | 55 | 8,1% |
| <i>SS Trinità Cagliari</i> | 967 | 11,7% | 38 | 5,6% |
| <i>San Marcellino Muravera **</i> | 132 | 1,6% | 16 | 2,4% |
| <i>San Giuseppe Isili **</i> | 64 | 0,8% | 1 | 0,1% |
| AOU Cagliari - Duilio Casula | 955 | 11,5% | 52 | 7,7% |
| ARNAS Brotzu - San Michele * | 971 | 11,7% | 42 | 6,2% |
| Regione Sardegna | 8.289 | 100,0% | 675 | 100,0% |

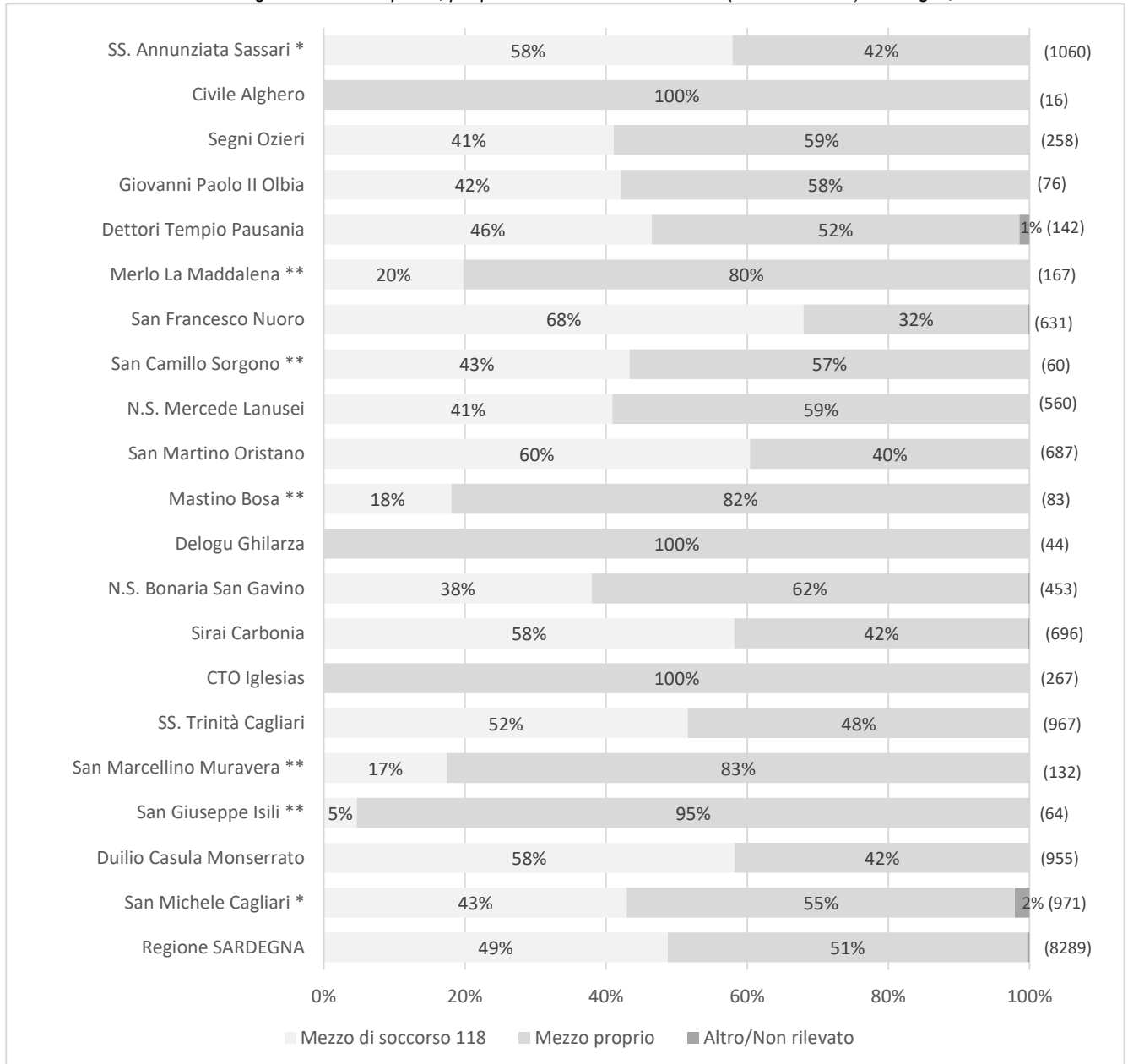
* DEA II livello ** Stabilimento di sede disagiata

Analisi per modalità di accesso

In questa analisi sul mezzo di trasporto tramite il quale i pazienti accedono al PS, in seguito ad un incidente stradale, si distinguono gli accessi con “mezzi di soccorso 118” (ambulanza ed elicottero del 118), con “mezzo proprio” (il paziente arriva in autonomia, con mezzi personali o di accompagnatori) ed “Altro o non rilevato”. Quest’ultima la modalità residuale, estremamente limitata, si registra esclusivamente al Brotzu e al Dettori di Tempio Pausania.

A livello regionale gli accessi tramite mezzo proprio o con mezzo di soccorso del 118 si equivalgono, ma presentano notevole variabilità a livello di presidio (graf.12). Il ricorso al mezzo di soccorso superiora la media regionale, rappresentando la principale modalità di accesso, presso il San Francesco Nuoro (68%), San Martino Oristano (60%), Duilio Casula Monserrato, SS. Annunziata di Sassari e Sirai di Carbonia (58%). Al contrario, gli accessi avvengono esclusivamente con mezzo proprio al Civile di Alghero, Delogu di Ghilarza, CTO di Iglesias, o quasi al San Giuseppe di Isili (95%), San Marcellino di Muravera (83%) e Mastino di Bosa (82%).

Grafico 12 - Distribuzione % degli accessi al PS per IS, per presidio e modalità di accesso (Totale assoluto). Sardegna, 2024

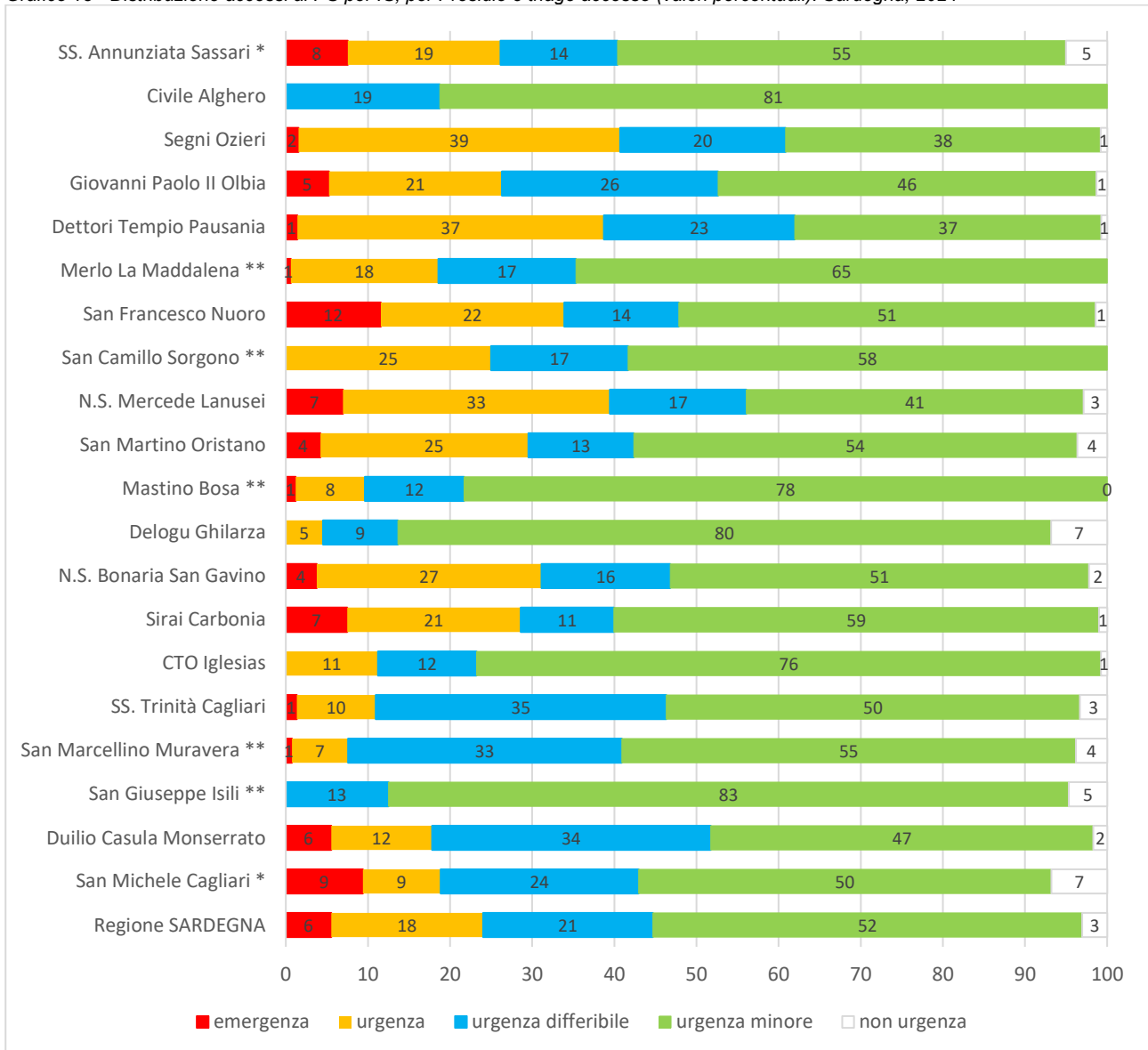


Accessi per codice colore assegnato al triage

All'arrivo in Pronto Soccorso, a ciascun paziente viene assegnato, tramite la procedura curata dall'infermiere, un codice di colore legato alla priorità di trattamento su cinque livelli di urgenza (Rosso-Emergenza, Arancione-Urgenza, Azzurro-Urgenza differibile, Verde-Urgenza minore, Bianco-Non urgenza) al fine di regolamentare gli accessi in funzione del livello di urgenza del caso.

A livello regionale oltre la metà degli accessi al PS per IS, all'atto del triage, non risulta critico riportando un codice verde (urgenza minore; 52%) o bianco (non urgenza; 3%). Le urgenze differibili (azzurro) rappresentano un quinto dei casi (21%). Seguono le urgenze (arancione, 18%) e infine le emergenze (rosso, 6%). Il seguente grafico 13 mostra la distribuzione del colore di triage di accesso nei presidi.

Grafico 13 - Distribuzione accessi al PS per IS, per Presidio e triage accesso (valori percentuali). Sardegna, 2024



La quota dei codici rossi per IS supera il valore regionale (6%) nei PS San Francesco di Nuoro (12%), San Michele-Brotzu di Cagliari (9%) e SS Annunziata di Sassari (8%). Gli accessi con urgenza minore (codici verdi) superano nettamente il valore regionale (52%), con quote dell'80%, nei presidi San Giuseppe di Isili, Civile di Alghero, Delogu di Ghilarza e Mastino di Bosa (78%).

Analizzando i codici triage in relazione alla modalità di arrivo al PS si osserva (tab.14), come lecito attendersi, che tra gli accessi con mezzo di soccorso 118 è più elevata la priorità di intervento (6% codici rosso di Emergenza, 37% Urgenza, 29% Urgenza differibile), al contrario di chi accede al PS con mezzo proprio (70% codici verdi di urgenza minore 5% bianchi).

Tabella 14 - Distribuzione degli accessi al PS per IS, per modalità di arrivo e codice colore assegnato al triage. Sardegna, 2024

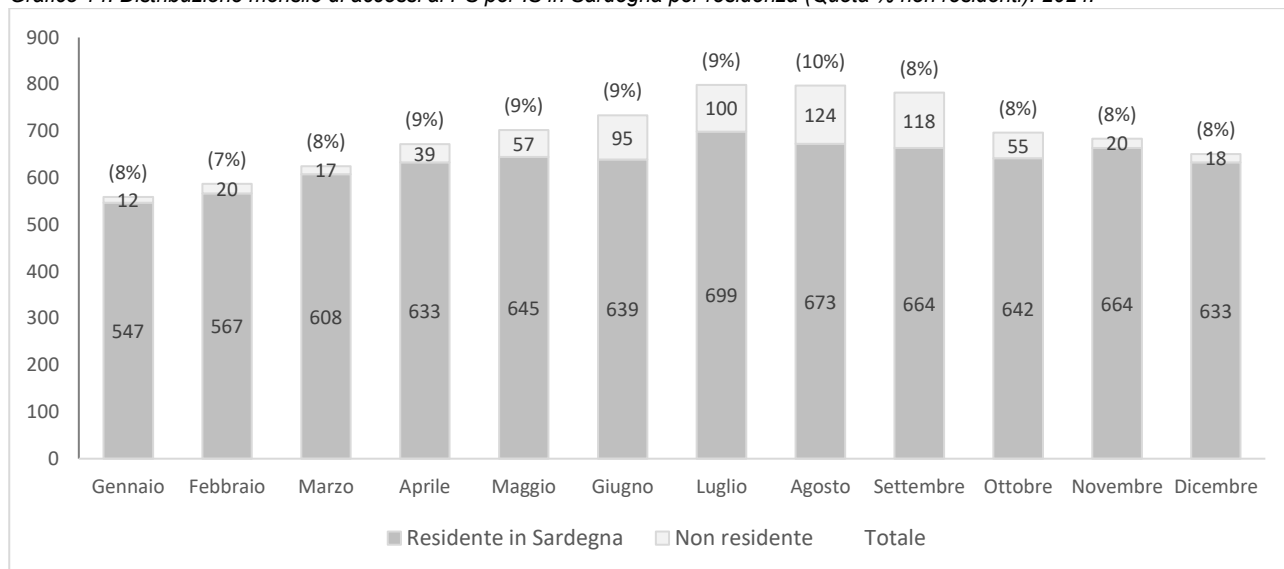
| Triage | emergenza | urgenza | urgenza differibile | urgenza minore | non urgenza | Totale |
|-----------------------|-----------|---------|---------------------|----------------|-------------|--------|
| Mezzo di soccorso 118 | 6% | 37% | 29% | 27% | 0% | 100% |
| Mezzo proprio | 0% | 10% | 15% | 70% | 5% | 100% |
| Regione Sardegna | 3% | 20% | 21% | 53% | 3% | 100% |

8. Distribuzione temporale IS

Accessi per mese dell'anno

Nel 2024 mediamente sono stati registrati mensilmente 690 accessi al PS per IS, con valori assoluti superiori nel periodo da aprile a ottobre e il picco nei mesi estivi di luglio, agosto e settembre (quasi 800 – graf.14) in coincidenza del periodo di maggiore mobilità per vacanze; tale incremento è dovuto anche al contributo dei non residenti che raggiunge la quota del 10% nei mesi estivi (rispetto al valore medio 8%).

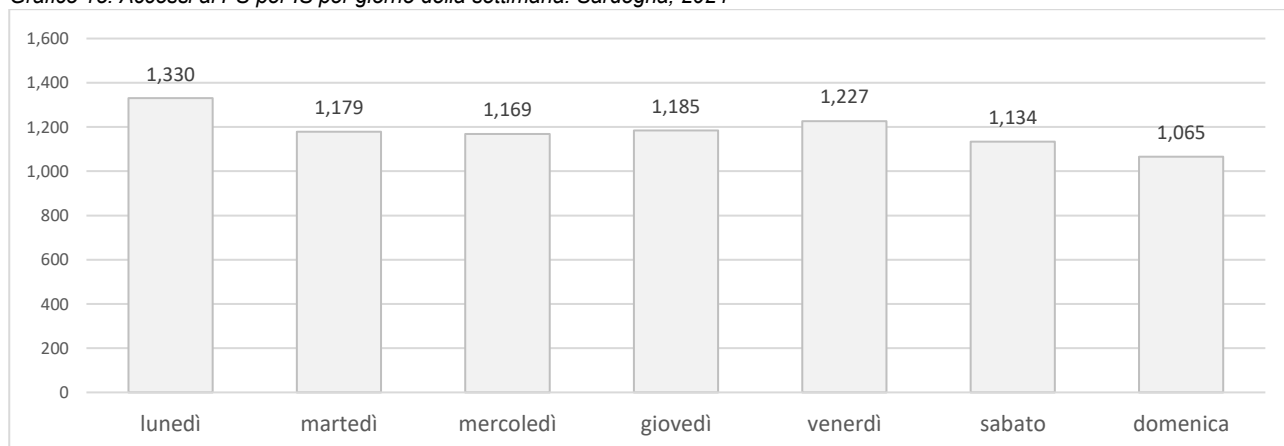
Grafico 14. Distribuzione mensile di accessi al PS per IS in Sardegna per residenza (Quota % non residenti). 2024.



Accessi per giorno della settimana e fascia oraria

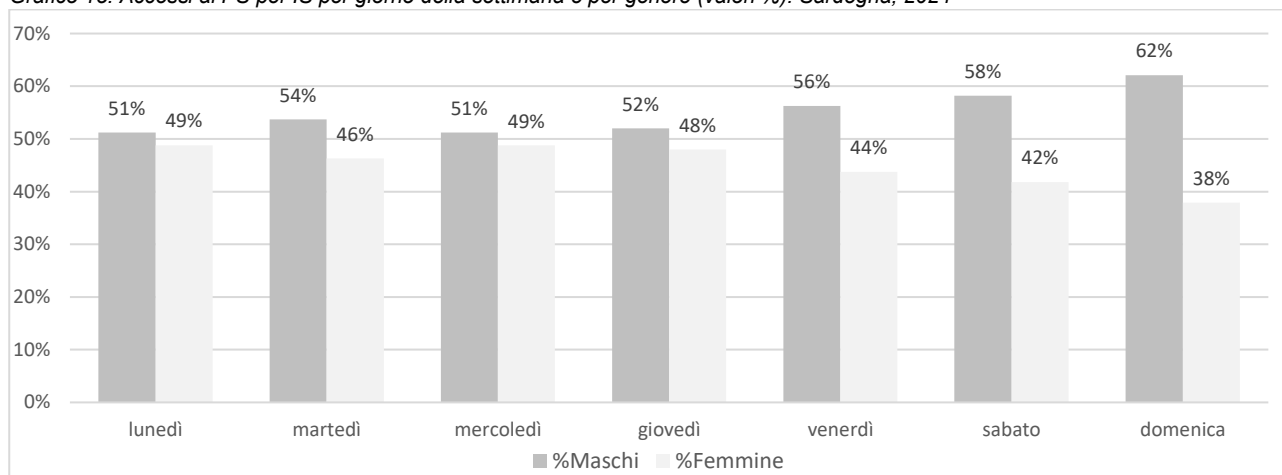
Il profilo giornaliero degli accessi al PS per IS per giorno della settimana ha un andamento pressoché costante, ad eccezione di un leggero incremento il lunedì che sembra recuperare il valore minimo della domenica (1065).

Grafico 15. Accessi al PS per IS per giorno della settimana. Sardegna, 2024



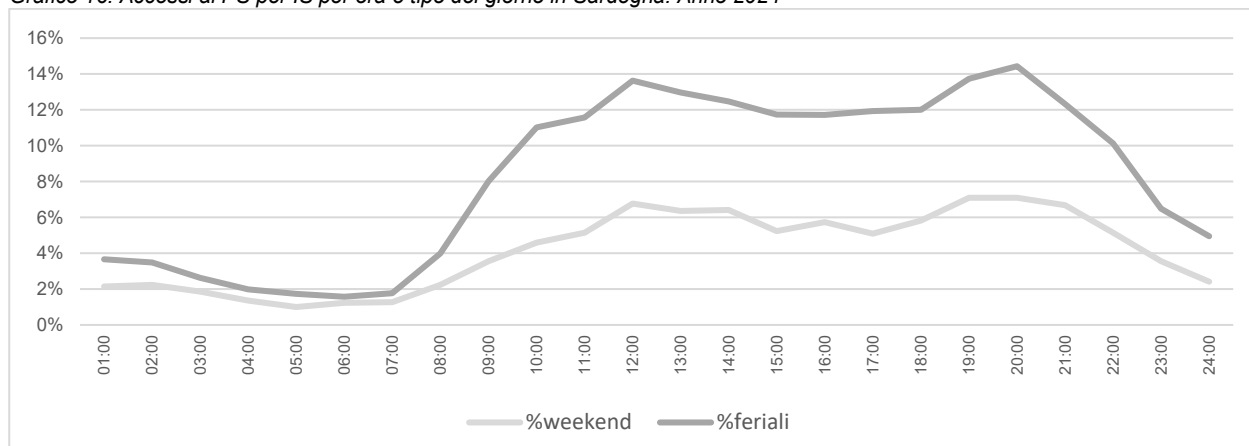
Nel complesso il genere maschile è più coinvolto nel fenomeno dell'incidentalità stradale (55% M, 45% F); l'andamento per giorno della settimana mostra un incremento proporzionalmente della quota maschile nel weekend, dal venerdì alla domenica (domenica: 62% maschi, 38% femmine – graf.15).

Grafico 15. Accessi al PS per IS per giorno della settimana e per genere (valori %). Sardegna, 2024



La distribuzione oraria degli accessi al PS per IS, perfettamente sovrapponibile nei giorni lavorativi e weekend, mostra un incremento a partire dalle 7 del mattino, fino ad un picco evidente intorno alle ore 11-12 (frequenza da 2% a 7%) che si ripresenta in fascia serale tra le 20 e 21 (7%), per poi calare progressivamente nelle ore notturne (graf.16).

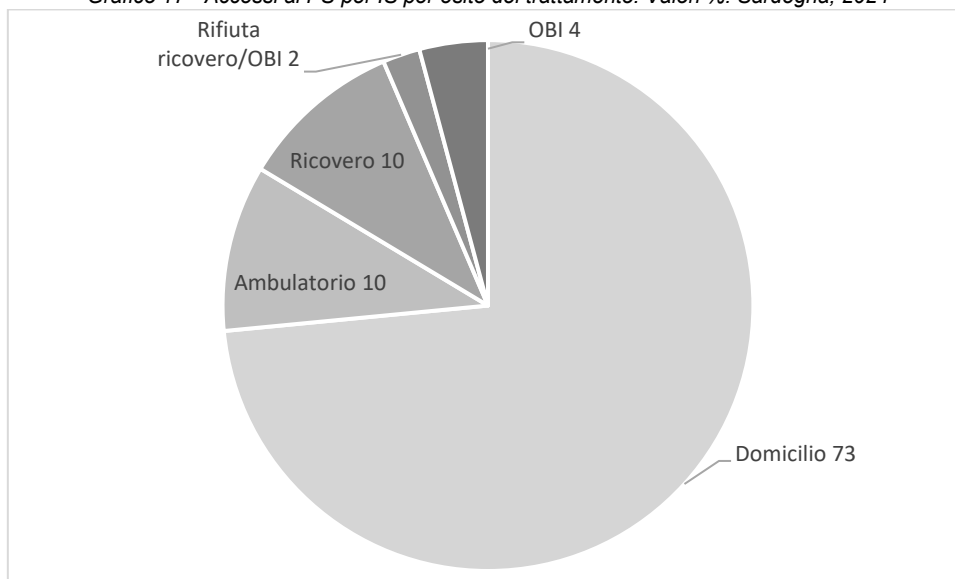
Grafico 16. Accessi al PS per IS per ora e tipo del giorno in Sardegna. Anno 2024



9. Casistica IS

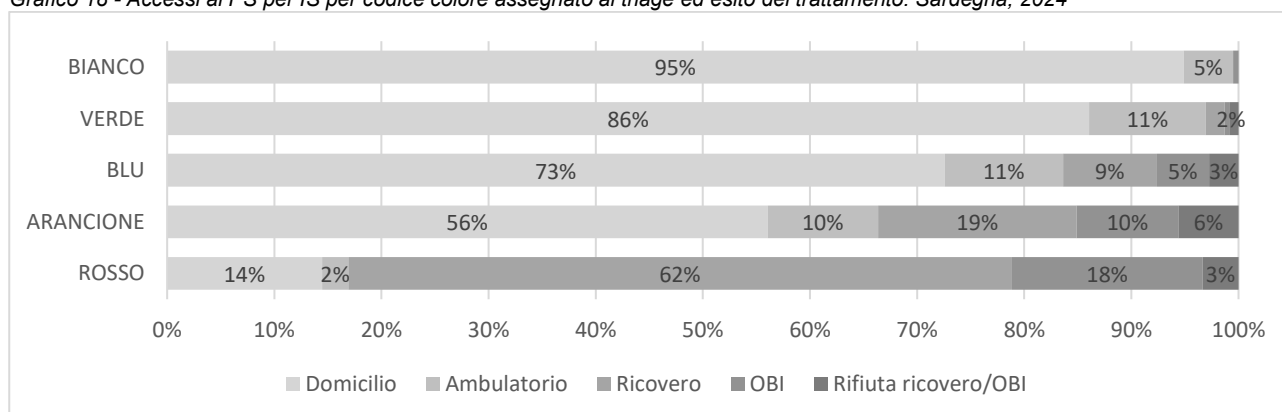
Per “esito del trattamento” si intende la modalità con cui si è concluso l’episodio di Pronto Soccorso. Limitando l’analisi ai soli casi che hanno concluso l’intero percorso di assistenza nel PS (quindi esclusi gli abbandoni precoci e i 2 deceduti), complessivamente tre accessi su quattro si risolvono con la dimissione a domicilio (73%), mentre il 10% ha avuto necessità di un ricovero ospedaliero, in un reparto dello stesso presidio o in un altro, il 2% in osservazione breve (OBI); il 10% è rimandato al setting assistenziale ambulatoriale e il 2% (174 casi) rifiuta il ricovero/OBI. Dei circa 800 (762) ricoveri, il 38% afferisce in un reparto di Ortopedia e traumatologia, il 31% in chirurgia generale e in medicina generale o neurochirurgia (5%).

Grafico 17 - Accessi al PS per IS per esito del trattamento. Valori %. Sardegna, 2024



Come ci si attende, i casi ai quali viene assegnato un codice colore di triage Bianco-non urgenza e Verde-urgenza minore (prima e seconda barra del grafico 18) vengono per la maggior parte dimessi a domicilio (95% e 86% rispettivamente); la quota percentuale diminuisce progressivamente all'aumentare del livello di urgenza (il 14% dei codici rossi viene dimesso al domicilio; il 62% ricoverato).

Grafico 18 - Accessi al PS per IS per codice colore assegnato al triage ed esito del trattamento. Sardegna, 2024



Diagnosi principale

Il flusso EMUR-PS rileva la diagnosi principale riscontrata, la più rilevante per gravità clinica e impegno di risorse, oltre ad eventuali altre tre diagnosi secondarie (questi ultimi campi non sono obbligatori e risultano poco valorizzati). Limitando l'analisi ai soli casi che hanno completato l'intero percorso di assistenza nel PS, e quindi hanno una diagnosi indicata dal medico curante, si rileva che questa nel 61% dei casi è del gruppo "traumatismo e avvelenamento" (codice ICD9-CM 800-999 – tab.15), 16% "Malattie del sistema muscoloscheletrico", il 6% "Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso". Nei restanti casi sono stati utilizzati codici non specifici come i Codici V usati per identificare motivi di accesso alle strutture sanitarie differenti da quelli per malattie o traumatismi, per esempio per spiegare il contatto con la struttura per procedure di immunizzazione. Tra i più frequenti si riportano: V67.59 "altra visita di controllo" o V70.9 "esame medico generale non specificato". Ciò è indicativo di un basso livello di qualità nella codifica delle diagnosi nei PS e suggerisce la necessità di una specifica formazione degli operatori.

Tabella 15 – Diagnosi principale riportata negli accessi al PS per IS. Sardegna, 2024

| Diagnosi principale | N. accessi | % |
|--|------------|-------|
| Traumi e avvelenamenti | 4.666 | 60,9 |
| Malattie del sistema muscoloscheletrico | 1.203 | 15,7 |
| Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso | 448 | 5,9 |
| Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo | 365 | 4,8 |
| Codici V | 311 | 4,1 |
| Malformazioni congenite | 278 | 3,6 |
| Sintomi, segni e condizioni mal definiti | 157 | 2,1 |
| Altro | 233 | 3,1 |
| totale | 7.661 | 100,0 |

Nel dettaglio, i traumatismi più frequenti riscontrati negli accessi al PS per IS sono le contusioni (30% - tab.16), le fratture (22%), complicazioni di cure/altri traumi (15%), lussazioni-distorsioni articolari (13%).

Tabella 16 – Tipo di traumatismo riscontrato negli accessi al PS per IS. Sardegna, 2024

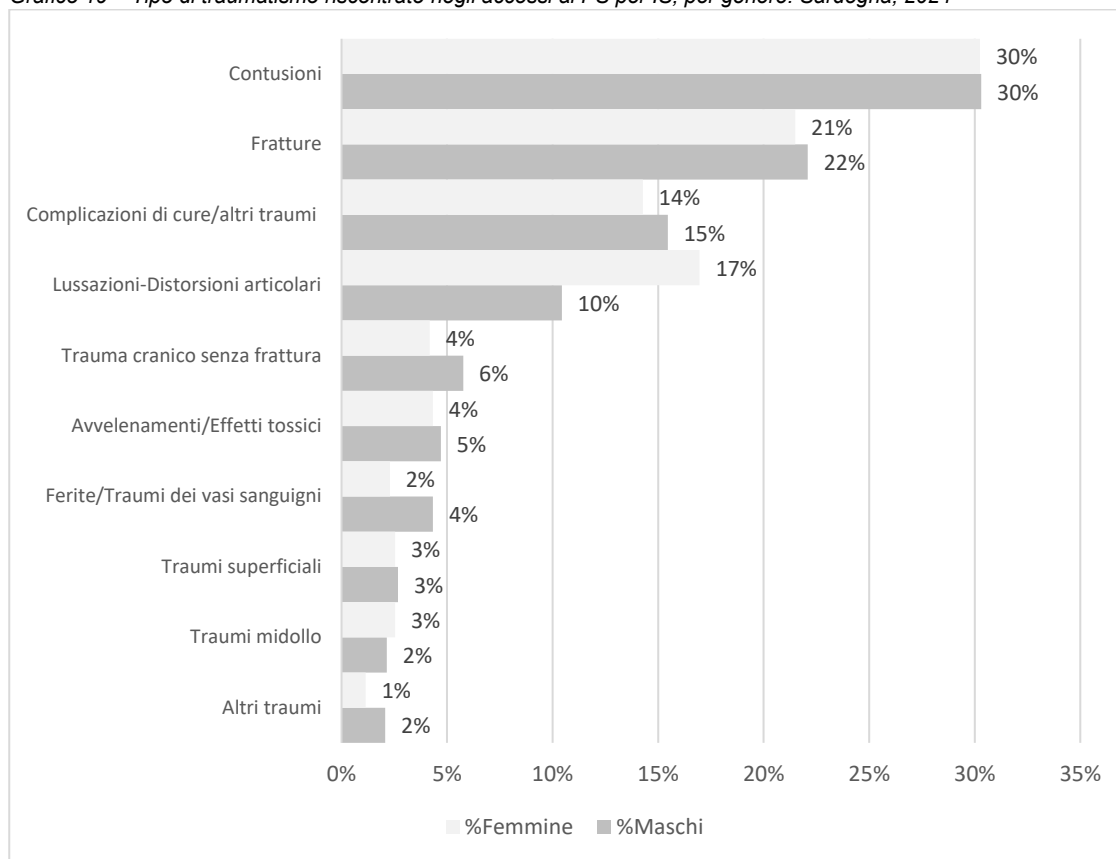
| Tipo di trauma (raggruppamenti) | Codici ICD9-CM | % |
|------------------------------------|----------------------|------|
| Contusioni | 920 - 929 | 30% |
| Fratture | 800-829 | 22% |
| Complicazioni di cure/altri traumi | 958 - 959; 996 - 999 | 15% |
| Lussazioni-Distorsioni articolari | 830-839; 840-848 | 13% |
| Trauma cranico senza frattura | 850 - 854 | 5% |
| Avvelenamenti/Effetti tossici | 960 - 979; 980 - 995 | 5% |
| Ferite/Traumi dei vasi sanguigni | 870 - 897; 900 - 904 | 3% |
| Traumi superficiali | 910 - 919 | 3% |
| Traumi midollo | 950 - 957 | 2% |
| Traumi interni | 860 - 869 | 2% |
| Totale | | 100% |

Più specificatamente, le fratture riguardano prevalentemente gli arti inferiori (35% - tab.17), gli arti superiori (35%), collo e tronco (26%) e infine il cranio (4%). Le fratture del femore costituiscono il 22% del totale delle fratture.

Tabella 17 – Fratture negli accessi al PS per ID. Sardegna, 2024

| Frattura | Codici ICD9-CM | Valore assoluto | % sul totale fratture |
|-----------------|----------------|-----------------|-----------------------|
| Arti inferiori | 820 - 829 | 360 | 35% |
| Arti superiori | 810 - 819 | 353 | 35% |
| Collo e tronco | 805 - 809 | 261 | 26% |
| Cranio | 800 - 804 | 45 | 4% |
| Totale fratture | | 1.019 | 100% |

Grafico 19 – Tipo di traumatismo riscontrato negli accessi al PS per IS, per genere. Sardegna, 2024



10. Informazioni incidentalità stradale (L3) per IS

Le informazioni analizzate in questo paragrafo sono ricavate dalla sezione specifica L3, solitamente rilevate scarsamente (solo 50%).

Luogo dell'incidente

Il campo specifico è valorizzato nella metà dei casi (3.700). Tra questi, il luogo prevalente dell'incidente è la *città (zona centrale)* (45%), seguita dalla *periferia e fuori città*. In un centinaio di casi è indicata *autostrada*.

Mezzo di trasporto del paziente

Il mezzo di trasporto del paziente al momento dell'incidente (dichiarato nel 57% dei casi) è *l'automobile* (61%), seguita da *motocicletta e ciclomotore* (20%) dei casi o *nessuno (pedone)* (12% ciascuno).

Posizione nel mezzo di trasporto del paziente

Nei casi di incidente con mezzo di trasporto, nel 71% dei casi la posizione del paziente è quella del *conducente*, oppure è *passaggero trasportato anteriore* (15%) o *posteriore* (10%).

Uso dispositivi di sicurezza

Il campo è compilato scarsamente e in maniera non congruente con gli altri come il mezzo di trasporto del paziente al momento dell'incidente.