

TITOLO DOCUMENTO	ANALISI FINALIZZATE ALLA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DI PRONTO SOCCORSO
UNITÀ ORGANIZZATIVA	Sc Analisi dei Processi Economico Sanitari
TIPO DOCUMENTO	Documento tecnico di approfondimento L.R. 33/2009, Art. 11, lettere d) e g)
DATA DI RILASCIO	28/01/2020 (seduta n.2 del CdD)

OBIETTIVO
Obiettivo del documento è quello di fornire alle strutture ospedaliere pubbliche e private ed al sistema sanitario regionale una visione complessiva dell'attività di Pronto Soccorso, al fine di: - supportare le strutture nella fase di adeguamento alle indicazioni stabilite nelle nuove "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero" approvate il 01/08/2019 dalla Conferenza Stato Regioni; - fornire spunti per l'individuazione di azioni migliorative del processo; - proporre indicatori di performance finalizzati a supportare le direzioni aziendali nel loro processo decisionale.

METODI
Per le analisi ACSS ha elaborato i dati contenuti nel flusso 6/SAN relativi all'annualità 2017 e presenti nel data-warehouse regionale. L'attività di data quality ha escluso i record privi di codice fiscale, triage di accesso ed età. Si è inoltre deciso di escludere dall'analisi le pazienti con problemi di natura ginecologica ed i pazienti con età inferiore ai 14 anni, per i quali spesso sono previsti dalle strutture percorsi di presa in carico dedicati. Il documento si compone di una prima parte nella quale viene fornita un'analisi del processo di Pronto Soccorso e dell'articolazione del sistema di emergenza-urgenza in Lombardia, mentre nella seconda parte sono presenti tre distinti allegati nei quali sono state riportate le risultanze di tre analisi relative ad alcuni aspetti connessi all'attività di pronto soccorso. Per ciascun'area analizzata sono stati forniti spunti per il miglioramento delle criticità individuate e possibili indicatori.

SINTESI
Nella prima parte del documento vengono descritte le fasi che definiscono l'intero processo di Pronto Soccorso desunte delle Linee Guida del 2001, le quali non fornivano una descrizione dettagliata del processo di triage. Le principali criticità del processo di Pronto Soccorso rilevate sono: - assenza di una descrizione del percorso di Pronto Soccorso dettagliata, uniforme e condivisa su tutto il territorio regionale; - assenza di definizione di percorsi di cura specifici per pazienti con particolari condizioni cliniche patologiche o croniche e/o anagrafiche (percorsi pediatrici/ginecologici); - diffusione insufficiente dei percorsi di cura territoriali alternativi destinati a trattare pazienti con problematiche non urgenti o differibili; - incertezze interpretative di alcune attività previste nel percorso di Pronto Soccorso: in particolar modo, l'assegnazione di un codice di uscita, identificato con i medesimi colori del codice di triage, potrebbe dar luogo ad un'assegnazione di codifiche errate. Sebbene parte di queste criticità possano essere superate attraverso l'attuazione delle indicazioni fornite dalle nuove "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero", al fine di implementare in maniera efficace i nuovi percorsi di cura e di velocizzare l'iter di triage, potrebbe risultare opportuno standardizzare percorsi di cura ospedalieri integrati col territorio. Inoltre, per verificarne

l'efficacia, è necessario che si tenga traccia dei percorsi di presa in carico cui è assegnato il paziente, implementando tali informazioni all'interno dei campi del flusso dati di Pronto Soccorso. Inoltre, al fine di fornire un quadro complessivo dell'attuale assetto del sistema di Emergenza-Urgenza Lombardo, si è scelto di valutare la domanda di pronto soccorso non solo in relazione alla distribuzione degli accessi per età e sesso, ma anche in relazione alla distribuzione degli accessi in base al codice di Triage e Livello di Appropriatezza in dimissione. Dalla lettura della tabella sotto riportata emerge come gli accessi classificati in dimissione come non urgenti (bianchi 20% e verdi 65%) siano nettamente superiori ai casi identificati in dimissione come più gravi.

		In accesso					Totale
		B	V	G	R	N	
In uscita	Non applicabile	39.053	74.501	3.950	147		117.651
	B	184.203	386.448	10.782	164		581.597
	V	89.304	1.422.951	336.626	10.824	8	1.859.713
	G	877	49.826	201.542	16.374	2	268.621
	R	40	1.090	4.356	21.367	75	26.928
	N	126	452	803	3.062	539	4.982
Totale		313.603	1.935.268	558.059	51.938	624	2.859.492

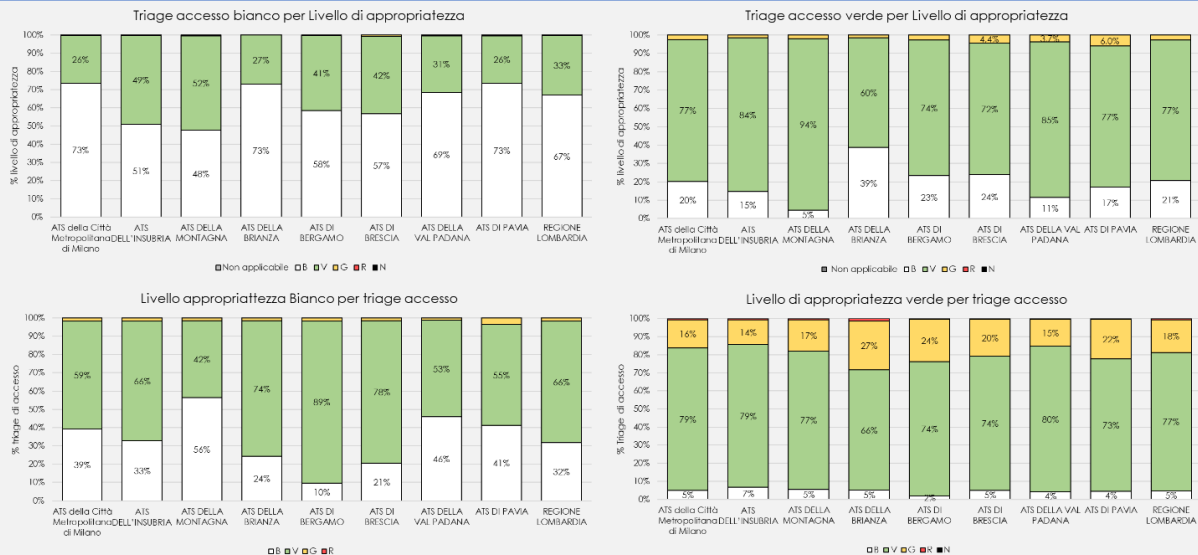
Tali considerazioni suggeriscono, a livello di struttura, di definire quali percorsi specifici sia più utile attivare all'interno di un Pronto Soccorso e, a livello di Sistema, di valutare quali forme di assistenza territoriale rafforzare.

ALLEGATO 1 "Analisi delle attività di Pronto Soccorso":

Dall'analisi del processo di pronto soccorso sono state identificate quattro fasi principali (denominate dimensioni), riscontrabili all'interno del flusso:

- modalità di arrivo: rappresenta il mezzo di trasporto con cui è arrivato il paziente;
- triage di accesso: identifica il colore attribuito all'accesso, espressivo del livello di priorità;
- livello di appropriatezza: identifica il colore attribuito in fase di dimissione, espressivo della complessità del caso;
- esito del trattamento: descrive la modalità di dimissione.

Le dimensioni identificate sono state analizzate, per ciascuna struttura, sia singolarmente che in combinazione tra loro. L'analisi ha evidenziato un quadro generale dal quale emergono difformità di gestione dei casi tra i territori delle ATS. Meritevole di menzione è l'incrocio fra i dati di triage di accesso e quelli del livello di appropriatezza che, pur rappresentando due fasi differenti del processo di Pronto Soccorso, evidenziano notevole disomogeneità nei diversi territori regionali. Al fine di dare una rappresentazione sintetica che evidenziasse i fenomeni locali, si è scelto di aggregare i dati delle singole strutture per ATS di appartenenza.



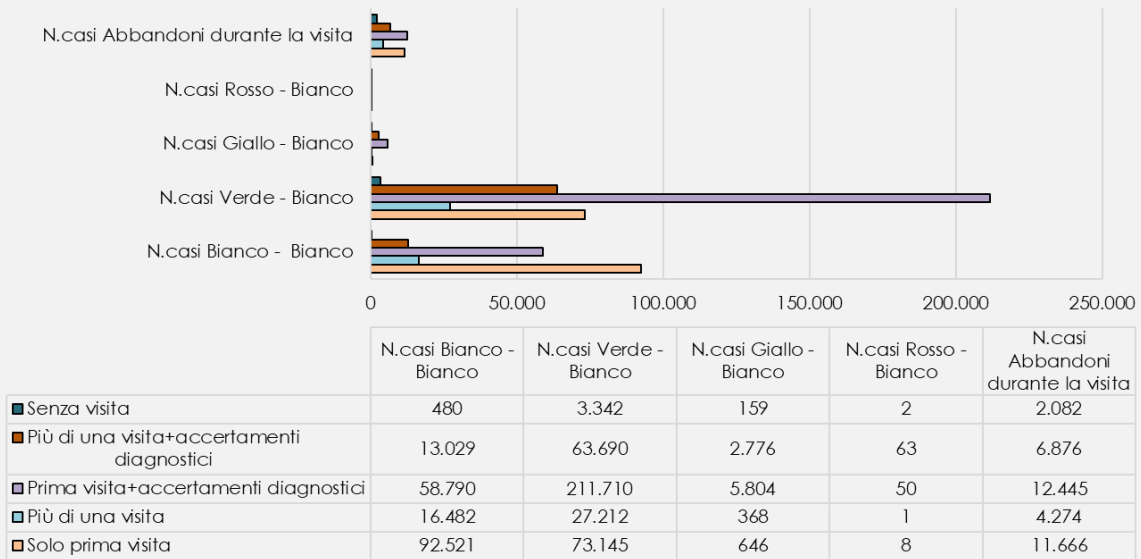
Gli scostamenti rilevati possono essere indice di fenomeni più complessi, non giustificabili unicamente da fattori casuali, ma da comportamenti diffusi che si potrebbero spiegare con fenomeni di aderenza a procedure, particolarmente rigide, definite da protocolli differenti tra le strutture o anche da una non univoca interpretazione del significato del codice del livello di appropriatezza. Per il superamento di tali criticità si ritiene auspicabile la stesura di protocolli di triage uniformi e condivisi a livello regionale, aderenti alle raccomandazioni espresse dalle nuove "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero".

ALLEGATO 2 "Analisi di appropriatezza del ricorso alle prestazioni di pronto soccorso":

L'analisi si concentra sul mix di prestazioni erogate per gli accessi identificati in dimissione con codice bianco e per gli accessi ai quali è seguito un abbandono durante la presa in carico. Per analizzare le prestazioni erogate a queste tipologie di accessi, ACSS ha raggruppato le prestazioni in cinque diverse categorie:

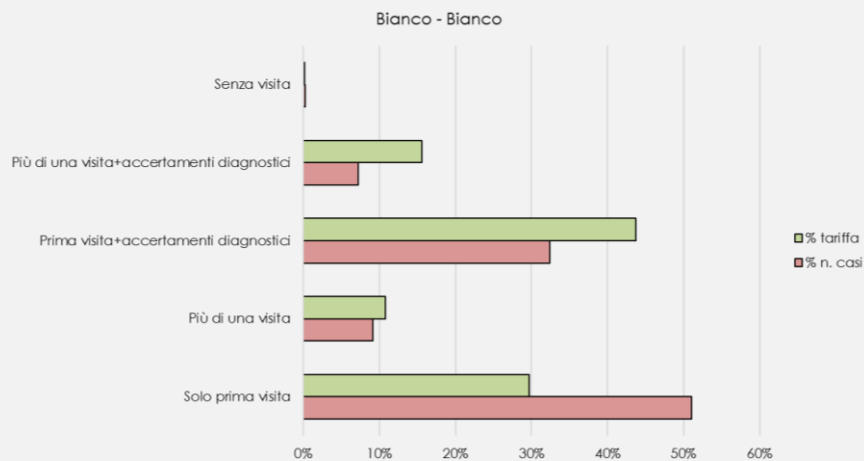
- Solo prima visita: tutti quegli accessi che hanno ricevuto una prima visita di Pronto Soccorso o anche il prelievo del sangue.
- Più di una visita: tutti quegli accessi che hanno ricevuto una visita aggiuntiva alla prima o anche il prelievo del sangue.
- Prima visita + accertamenti diagnostici: tutti quegli accessi che, oltre alla prima visita, hanno ricevuto altre prestazioni di attività clinica, di radiologia o anche di diagnostica.
- Più di una visita + accertamenti diagnostici: tutti quegli accessi che, oltre a più visite, hanno ricevuto altre prestazioni di attività clinica, di radiologia o anche di diagnostica.
- Senza prima visita: tutti quegli accessi che hanno ricevuto altre prestazioni al di fuori della prima visita.

Mix prestazioni per codice triage



Il grafico sopra riportato mostra gli accessi con livello di appropriatezza Bianco, pari a circa il 20% degli accessi complessivi, aggregati per categoria di prestazione e per triage di ingresso e gli accessi con abbandono durante la visita, pari a circa 1.3%, aggregati per categoria.

Sebbene la sola elaborazione numerica delle prestazioni erogate non sia sufficiente a dare elementi di certezza in merito alla non appropriatezza dell'accesso, è emerso che un'area meritevole di approfondimento è riconducibile ai casi identificati con codice bianco in fase di triage di ingresso; per questi casi, che rappresentano 181.307 accessi, sono state erogate prestazioni per un valore pari a circa 7 milioni di Euro.



La rappresentazione grafica sopra riportata mostra come solamente il 30% delle risorse, dedicate alle prestazioni per questa tipologia di accessi, sia stato assorbito da pazienti che hanno effettuato solamente la prima visita. Ciò implica che la maggior parte delle risorse sia stata assorbita dalle prestazioni rese in aggiunta alla prima visita per pazienti da subito identificati come non urgenti.

ALLEGATO 3 “Analisi dei tempi in Pronto Soccorso”:

Obiettivo dell'approfondimento è fornire indicazioni in merito ai tempi di risposta, confrontando questi ultimi con le indicazioni fornite dalle “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”.

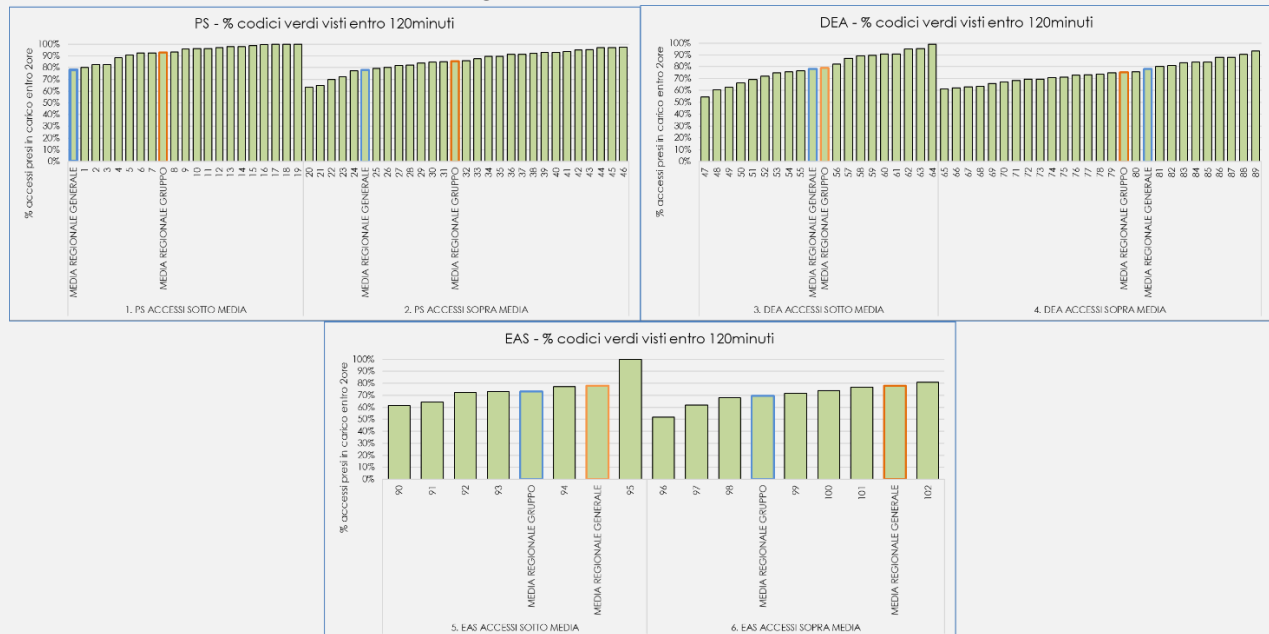
L'analisi si concentra su:

- **tempo di presa in carico:** tempo che intercorre dal triage in ingresso alla presa in carico;
- **tempo di permanenza:** tempo che intercorre dal triage in ingresso alla dimissione del

paciente.

Al fine di valutare tali tempistiche e per garantire la confrontabilità fra strutture, si è proceduto costruendo sei gruppi di strutture, distinti base del numero di accessi e del livello di complessità delle strutture (PS, DEA, EAS).

Nonostante l'analisi condotta abbia evidenziato difformità significative, sia tra i sei gruppi sia all'interno dello stesso gruppo, sono comunque state individuate, indipendentemente dal gruppo, delle strutture in grado di rispondere ai tempi di presa in carico dei codici verdi, riconducibili ai livelli di urgenza differibile (3) e minore (4) per i quali le nuove "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero" prevedono una soglia massima di risposta di 120 minuti.



Risultati analoghi sono stati ottenuti anche per i tempi di permanenza. Tuttavia, è necessario segnalare che, non essendo presente nel flusso un campo che consenta di indentificare gli accessi inviati in OBI, non è stato possibile fornire una stima puntuale del fenomeno.

ESITO

Le analisi condotte nel documento hanno portato alla luce osservazioni e suggerimenti per ogni area valutata; pertanto si ritiene opportuno inviare a DG Welfare il documento, durante l'annualità 2020. Inoltre, per ogni allegato sono stati proposti indicatori che possono essere adottati dalle singole strutture, per l'individuazione di errori in fase di rendicontazione del dato, per il miglioramento delle performance e per l'adeguamento alle nuove "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero", e dal Sistema, per monitorare il fenomeno. Infine, gli esiti ottenuti dall'analisi all'Allegato 2 hanno portato alla definizione di nuove attività di controllo basate anche sulle disposizioni previste dalla DGR 3379/2012; tali indicazioni sono confluite nel Piano dei Controllo e Protocolli Quadro (PCPQ) 2020 - capitolo "Sperimentazione di nuovi ambiti di controllo", paragrafo inerente al monitoraggio dei codici bianchi in Pronto Soccorso.