

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
"FEDERICO II"



Dottorato di ricerca in
Economia e Management
delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie

XX° ciclo

Tesi di dottorato:

*Il Protocollo Revisione Utilizzo dell'Ospedale
(PRUO) dalla valutazione dell'appropriatezza alla
costruzione di percorsi assistenziali:
applicazione in un ambiente chirurgico di elezione*

Candidato:
dr. Michele D'Ambra

Coordinatore:
prof. Maria Triassi

ANNO ACCADEMICO 2006 – 2007

Indice:

1- L'evoluzione normativa del Sistema Sanitario.....	pag. 4
2- I Livelli Essenziali di Assistenza e l'Appropriatezza.....	pag. 14
I DRG a rischio inappropriatezza e le normative della Regione Campania per la promozione dell'Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.....	pag. 27
3- Il Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale.....	pag. 36
(PRUO)	
4.1 Storia del PRUO.....	pag. 37
4.2 Filosofia del PRUO.....	pag. 40
4.3 Metodologia del PRUO.....	pag. 42
4.4 Ospedale per Acuti.....	pag. 46
4.5 Procedura di applicazione.....	pag. 50

<i>4.6 Applicazione del PRUO</i>	<i>pag.</i>
56	
<i>5- Materiali e Metodi</i>	<i>pag.</i>
58	
<i>6- Elaborazione dei dati</i>	<i>pag.</i>
63	
<i>7- Conclusioni</i>	<i>pag. 75</i>
<i>8-Ringraziamenti</i>	<i>pag. 94</i>
<i>9- Fonti Bibliografiche</i>	<i>pag. 95</i>

***“Amore a parte, a cosa dovrebbe tendere l’umanità se non
alla qualità?”***

C.R.M. Wilson, Strategies in Health Care Quality – Toronto 1992

Bisogna ricordare che la non visibilità, la non palpabilità e la non sensibilità di una cosa non sono per questo prove assolute della sua non esistenza”

Amadou Hampaté Ba

1- L'evoluzione normativa del Sistema Sanitario

In questi ultimi anni, in seguito ai cambiamenti legislativi, si stanno verificando importanti trasformazioni nel settore della sanità pubblica che introducono nuovi assetti organizzativi, gestionali ed anche nuove procedure contabili.

Infatti il Servizio Sanitario Nazionale, istituito con la legge 833 del '78, è stato nell'ultimo decennio revisionato dal D.L.vo **502 del '92** e **517 del '93** e ancor più recentemente dal D.L.vo **229 del '99** (riforma Bindi).

Ne consegue che le aziende sanitarie locali (A.S.L.) e le aziende ospedaliere (A.O.) si stanno attrezzando a recepire la nuova normativa di riforma sanitaria, o come molti l'hanno definita la “riforma della riforma” e la riforma ter del '99.

Vale la pena di sottolineare che le aziende sanitarie sono realtà molto complesse in quanto hanno come obiettivo la tutela della salute dei cittadini e allo stesso tempo devono garantire l'erogazione di una pluralità di prestazioni di natura sanitaria e non sanitaria.

Vediamo come è avvenuto il processo di riordino del SSN:

La legge del **23.12.78 n. 833**, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, è stata sostituita dai decreti legislativi sulla riforma della sanità. Se si fa un passo indietro, si può inquadrare il contesto politico nel quale andava maturando questo cambiamento. Questo era caratterizzato da profonde trasformazioni che hanno portato a quello che è stato definito il passaggio istituzionale e politico dalla prima alla seconda Repubblica. Il programma generale di governo in Italia, in quegli anni, è stato indirizzato soprattutto a contenere la spesa pubblica; si è, quindi, proposto di riformare quei settori che maggiormente la influenzavano: il sistema di previdenza sociale; la finanza pubblica; il pubblico impiego ; e la sanità (con il D.Lgs.502/92).

Nella sanità pubblica, in particolare, si è assistito ad un passaggio molto significativo: la spesa sanitaria era dipendente e, quindi, determinata dai bisogni socio-sanitari dei cittadini, che venivano in questo modo ampiamente soddisfatti; attualmente, invece, la spesa è diventata indipendente dai bisogni sanitari e viene predeterminata dal Governo, poi dalle singole Regioni e contabilizzata sulla base delle prestazioni effettivamente erogate. In questo modo, con un ammontare di finanziamento ridotto rispetto ai periodi precedenti, è verosimile che i bisogni socio-sanitari dei cittadini non vengono interamente s o d d i s f a t t i .

L'aumento considerevole della spesa sanitaria in questi ultimi anni, a parte gli sprechi o il misuse della stessa, è dovuto al progresso tecnologico e alla ricerca scientifica nel campo della bio-medicina, che hanno notevolmente allargato le conoscenze medico-scientifiche.

Pertanto, al fine di ovviare a questi problemi, il processo di riforma del sistema sanitario si è posto come duplice obiettivo quello di:

- mantenere l'indirizzo e il governo pubblico del sistema, in modo da garantire la tutela della salute a tutti i cittadini in eguale misura;
- introdurre elementi di competitività nel sistema, favorendo in questo modo la crescita dei livelli di efficienza e di efficacia.

E' sempre stato difficile conciliare entrambi questi obiettivi, al fine di garantire equità e, al tempo stesso, efficienza.

Volendo sintetizzare, in Italia, i nuovi attori della riforma sanitaria in atto, sono:

- i cittadini, che possono liberamente scegliere le diverse strutture di offerta e i professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati. Essi, inoltre, partecipano attivamente alle scelte e al funzionamento del sistema in quanto sono coinvolti nella verifica delle attività e possono esprimere giudizi di gradimento sull'assistenza ricevuta;
- i produttori di servizi, cioè le A.S.L. che producono o acquistano da produttori esterni i servizi sanitari, e gli ospedali altamente specializzati e di rilievo regionale, che sono stati scorporati dalle U.S.L. (ospedali-azienda) con solo la funzione di produzione;
- infine, gli acquirenti/finanziatori, cioè le Regioni, che trasferiscono risorse alle ASL e, per una percentuale, anche agli ospedali-azienda e i Comuni che hanno un ruolo nella programmazione e valutazione dei servizi.

In pratica, il decreto legislativo **502/92** di riforma sanitaria detta anche riforma- bis (e il successivo 517/93, che ne precisa e ne dettaglia, i termini della questione, ed infine la riforma Bindi del 1999) hanno apportato, introducendo l'azienda sanitaria, modifiche sostanziali relative ai sistemi di gestione, di organizzazione e di contabilità delle aziende sanitarie pubbliche, allo scopo di pervenire al raggiungimento di obiettivi caratterizzanti il sistema aziendale, pur mantenendo integra, se non migliorando, la qualità dei servizi sanitari offerti.

Questa ridefinizione dell'assetto istituzionale-organizzativo, in cui si trovano ad operare le strutture sanitarie, rappresenta di conseguenza un modo per ridistribuire le responsabilità e le funzioni all'interno del sistema, nonché un elemento di sostanziale variazione del loro modo di porsi nei confronti degli utenti.

Risulta, dunque, evidente che il perno centrale attorno al quale ruota la riforma sanitaria riguarda la trasformazione degli enti sanitari UU.SS.LL. in aziende A.S.L. e in aziende ospedaliere (A.O.), il che significa una maggiore autonomia (in quanto le nuove aziende sono libere di selezionare, acquisire e combinare i fattori produttivi e le risorse a loro libera scelta) e, di conseguenza, una maggiore responsabilità (in quanto le nuove aziende vengono giudicate sui *risultati* raggiunti in termini di efficienza e di efficacia).

Questa nuova realtà operativa potrebbe gradualmente porre fine a quel regime burocratico fondato sulla legittimità degli atti e sul rispetto della norma, che ha sempre caratterizzato le aziende della Pubblica Amministrazione, e potrebbe rivolgere, invece, l'attenzione

principalmente ai risultati conseguiti e alle risorse consumate a tale scopo. Anche le assunzioni di personale potrebbero non essere più stabilite dalle Regioni, ma a totale discrezione delle aziende sanitarie stesse.

La necessità di definire in termini più precisi alcuni aspetti trascurati dal D.Lgs. 502/92, ovvero di correggere alcuni meccanismi che dal '92 a oggi si sono dimostrati poco efficaci, ha portato il nostro legislatore a rimettere mano in materia sanitaria al fine di pervenire a un sistema sanitario nazionale sempre più in sintonia con l'articolo 32 della Costituzione.

Si è così giunti al D.Lgs. 229/99 di “razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale “, noto come riforma-ter, con il quale il D.Lgs. 502/92 è stato totalmente rivisitato e, in gran parte, riscritto. Il risultato di tale lavoro presenta alcuni importanti elementi di novità:

- il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie risulta confermato, ma dotato di ulteriori elementi di razionalità economica: la scelta dei direttori generali, in particolare, avviene su base fiduciaria ma previa individuazione, con opportuni criteri, dei soggetti idonei;
- prevale il ruolo forte della programmazione, nell'ambito della quale avviene la libera scelta del cittadino;
- è maggiore il coinvolgimento delle autonomie locali nella programmazione sanitaria regionale e aziendale e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute da parte delle aziende;
- le risorse sono definite in funzione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza da erogare gratuitamente;

- è affermata l'esclusività del rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria;
- le strutture sanitarie sono assoggettate a un processo di accreditamento, a garanzia del cittadino circa la qualità delle prestazioni offerte sia da erogatori pubblici che privati;
- emerge una maggiore attenzione alla formazione permanente;
- si mira a una vera integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, anche attraverso la valorizzazione del ruolo del distretto.

Viene, nel complesso, consolidata una normativa basata su un'idea solidaristica e pubblicistica del servizio sanitario, nell'ambito del quale il rafforzamento dei processi di aziendalizzazione e qualificazione dell'assistenza svolgono un importante ruolo strumentale.

Oggi come ieri, tuttavia, perché l'ennesimo intervento normativo possa garantire l'effetto desiderato occorre che vengano realizzate le condizioni di omogeneità tra assetto istituzionale, funzionalità dell'organizzazione, professionalità e motivazione dei soggetti, adeguatezza degli strumenti di gestione e controllo.

La riforma del '99 sviluppa anche il ruolo e le funzioni del distretto sanitario, fondamentale livello che assicura l'assistenza primaria, coordina l'attività dei medici di base con la guardia medica e con i servizi ambulatoriali e specialistici. Il distretto rafforza la rete dei servizi territoriali: i medici di base si collegano con l'ospedale garantendo così la continuità e tempestività di risposta assistenziale. Inoltre, il distretto realizza l'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari presenti sul territorio.

Pertanto, con questo processo di trasformazione legislativa in atto nell'ultimo decennio si è potuto constatare:

- un'indeterminatezza del decreto legislativo, avendo lasciato alle Regioni la decisione di quale assetto prefigurare per il proprio servizio sanitario locale;
- una piena responsabilizzazione finanziaria delle Regioni sulla spesa sanitaria, con responsabilizzazione economica, e autonomia decisionale;
- una piena applicazione del sistema delle tariffe e del sistema di contabilità all'interno delle aziende sanitarie, secondo tariffari regionali.

Il decreto legislativo 502 ha imposto, inoltre, la necessità di una ridefinizione, come si è detto, dell'ambito territoriale delle ASL e degli Ospedali azienda. Pertanto, essendovi sul territorio del Paese, realtà molto differenti tra loro, si assiste a Regioni in cui le ASL sono aziende produttrici e scorporano il minore numero di ospedali possibile, mentre altre Regioni procedono allo scorporo di molti o moltissimi ospedali-azienda creando una forte competizione sul mercato tra i diversi ospedali produttori che ovviamente devono possedere una serie precisa di requisiti. In questo secondo caso, la dimensione delle U.S.L. sarà notevolmente ridotta così come è avvenuto nel caso delle regioni più grandi, come la Lombardia e la Sicilia, che stanno concedendo, quindi, un ruolo importante all'autonomia delle aziende sanitarie.

La struttura del nuovo sistema sanitario, così come derivato dalla riforma, è articolata in: Stato, Regioni, ASL e aziende ospedaliere gestite dai direttori generali o managers, assunti con contratto di diritto privato dalle Regioni stesse. Il direttore generale, insieme al direttore sanitario e a quello amministrativo, nominati dal direttore generale, assunti con contratto di diritto privato a termine (non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni), vengono confermati o meno, in base al principio di responsabilità, cioè se hanno o

meno raggiunto gli obiettivi e i risultati stabiliti, o ancor meglio il pareggio del bilancio. Dunque, la grossa novità nel sistema sanitario appare, tra le altre, il pagamento secondo tariffe prestabilite che vengono deliberate da ogni Regione in base al proprio tariffario. Questo comporta che gli ospedali e le U.S.L. non vengono più rimborsati in riferimento alla spesa sanitaria sostenuta per i ricoveri, ma in riferimento a servizi effettuati sulla base di cifre stabilite.

Infatti, il Decreto Ministeriale del 15.4.94 ha fornito criteri per la predisposizione dei rispettivi sistemi di tariffazione delle prestazioni che dovranno essere orientati alla:

- individuazione delle tariffe, come remunerazioni massime negli scambi;
- individuazione delle tipologie di prestazioni dei soggetti erogatori e delle unità di misura.

Questo sistema, basato sulla regolazione degli scambi attraverso tariffe, prefigura l'introduzione di meccanismi di concorrenza, indirizzando le aziende ad un migliore uso delle risorse.

In conclusione, con tutti questi cambiamenti, si pensa che si assisterà ad un incremento delle differenze tra le Regioni, e tutto dipenderà dalle qualificazioni professionali delle risorse manageriali che le singole Regioni avranno a disposizione e saranno in grado di procurarsi.

2- I Livelli Essenziali di Assistenza e l'Appropriatezza

Il concetto di Livelli di Assistenza è presente nel nostro paese sin dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il decreto legge 18.09.01, n° 347 convertito in legge n.°405 del 16.11.01 e il D.P.C.M. 29/11/01 pubblicato sulla G.U. n°3 dell'8.02.02 prevede con successivo decreto l'adozione dei LEA, cioè dei Livelli Essenziali di Assistenza.

La legge 833/1978 che istituisce di fatto in Italia il S.S.N. prescrive agli articoli 3 e 4 la necessità di garantire livelli di assistenza e soprattutto condizioni di salute uniformi su tutto il territorio nazionale, prevedendo in caso di inosservanza sanzioni penali, (Taroni 2000).

In questa stesura si nota chiaramente come l'enfasi sulla uniformità era posta dalla necessità di estendere la copertura sanitaria a tutta la popolazione con l'obiettivo ultimo di rendere universale ed omogenea l'assistenza offerta fino a quel momento dai molteplici enti mutualistici ormai in via di scioglimento con la istituzione del Fondo Sanitario Nazionale.

I LEA inizialmente nell'ambito della legge 833/1978 si configurano come ***obiettivi*** che il S.S.N. assume di conseguire a soddisfacimento di specifiche quote di bisogno sanitario, mediante un insieme di attività e prestazioni da porre in essere nell'ambito della quota capitarla di finanziamento, tale definizione risultava essere di carattere puramente

programmatico senza alcuna specificazione di obbligatorietà per gli enti del S.S.N. delle regioni e delle USL.

Tali caratteristiche hanno probabilmente rappresentato degli ostacoli insormontabili per l'adozione dei LEA in modo uniforme e funzionale.

Una nuova affermazione dell'obbligo di definire i livelli uniformi di assistenza non più come principio ispiratore di uguaglianza ma come contenuto e strumento necessario del Piano Sanitario Nazionale, è contenuta nella legge delega per il riordino del SSN n° 421 del 1992 e nel conseguente decreto n° 502 del 30 dicembre 1992.

Tali leggi sanciscono un nuovi e fondamentali aspetti dei LEA e cioè la loro compatibilità e subordinazione con le risorse finanziarie disponibili,

(Taroni 2000).

Il decreto infatti prevede che “i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale siano definiti nel rispetto degli obiettivi della programmazione socioeconomica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale e *in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio Sanitario Nazionale.*”

Da questo punto in avanti le caratteristiche dei LEA come strumenti di pianificazione finanziaria utili alla determinazione dei livelli di finanziamento da allocare alle singole Regioni che non erano sottoposte a nessun obbligo di attuazione viene completamente a cadere.

Nello stesso articolo alla lettera b del comma 4 si ribadisce la subordinazione dei livelli di assistenza alle disponibilità economiche stabilendo che il Piano Sanitario Nazionale

doveva indicare “i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, *rapportati al volume delle risorse a disposizione*” inoltre nella relazione di accompagnamento al decreto si stabilisce che la “fissazione dei livelli di assistenza deve assicurare certezza di obiettivi sanitari nel rispetto delle compatibilità finanziarie”

Dal 1978 al 1992 l’universalità e l’obbligo di garanzia a prescindere dalle risorse finanziarie e quindi comunque dovuto a tutti, scompare dalla legislazione probabilmente aprendo il S.S.N. ad una nuova era gestionale .

Ancora nel 1999 con l’approvazione del decreto legislativo n.° 229 del 19 giugno 1999 si ricevono alcune direttive già specificate nel DPEF del 1998-2000 in materia di livelli di assistenza.

Questi ultimi vengono qualificati come *essenziali*, tale aggettivo tende a sottolineare che i livelli assistenziali sono definiti da servizi e prestazioni selezionati secondo criteri di *necessità, efficacia e appropriatezza d’uso*, la loro definizione deve avvenire *contestualmente* alla determinazione delle risorse pubbliche destinate al S.S.N..

Inoltre il decreto definisce i Livelli come *uniformi*, in virtù del principio di *equità* che è alla base del meccanismo di trasferimento delle risorse economiche alle regioni per la loro attuazione, tale meccanismo tende ad essere equo in virtù del fatto che la determinazione della quota capitaria ponderata avvenga in base a parametri che considerino le differenze nelle caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche di ciascuna Regione.

Con questa ulteriore riforma i LEA assumono le caratteristiche di impegno programmatico per il S.S.N. e si attribuisce ai cittadini il diritto ad ottenere le prestazioni incluse nei LEA indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza, gratuitamente o dietro pagamento di una quota limitata a titolo di partecipazione al loro costo, (Arcà 2003).

I principi fondamentali fissati dalla legge per l'individuazione dei livelli sono: dignità della persona umana, bisogno di salute, equità nell'accesso all'assistenza, qualità delle cure e appropriatezza rispetto alle specifiche esigenze, economicità nell'impiego delle risorse.

Questi principi fondanti il SSN possono essere interpretati non solo come principi positivi, ma come veri e propri divieti di esclusione: fino a quando rimarranno alla base del sistema nessuno potrà essere escluso dalle cure perché troppo anziano o bisognoso di prestazioni troppo costose, perché troppo povero o, paradossalmente, troppo ricco, poiché un reddito elevato potrà giustificare la corresponsione di un ticket, ma non l'esclusione dal diritto all'assistenza, (Arcà 2003).

I LEA sono più di un insieme di prestazioni da erogare o da non erogare: sono una strategia che ha il duplice obiettivo di governare la spesa pubblica e di realizzare il principio fondamentale di universalismo egalaritario del SSN in un contesto di decentramento di governo (France 2003): ad essi è attribuito il compito di definire uno standard nazionale per le prestazioni e i servizi a cui tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo di residenza, hanno diritto.

L'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha previsto, per il triennio 2005-2007, una serie di adempimenti e responsabilità ai vari livelli del SSN per la realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, in particolare nella direzione di definire un sistema di monitoraggio garantendo continuità e sviluppo dei flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard quali-quantitativi e dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre nell'Accordo Stato –Regioni dell'11 luglio 2002 e nel d.p.c.m. del 29 novembre 2001 in seno alla sezione Mattoni Tempi del progetto Mattoni del S.S.N. si stabilisce che: l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza; le prestazioni devono essere erogate secondo criteri di *efficacia, appropriatezza, accessibilità ed equità*; occorre stabilire dei criteri di priorità per poter garantire a tutti i pazienti una risposta, secondo criteri basati sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico con particolare riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento; occorre monitorare i bisogni e le priorità assistenziali, strumento indispensabile alla programmazione a livello aziendale, regionale e nazionale, attraverso strumenti di misura standardizzati che consentano comparazioni tra i diversi erogatori e tra le diverse realtà territoriali.

La garanzia dell'applicazione dei LEA passa necessariamente per un sistema di misurazione e verifica dei livelli stessi, che sia valido, affidabile, condiviso e omogeneo tra tutti i livelli di governo della sanità.

In questo contesto diviene fondamentale la ricerca di strategie condivise per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio nazionale.

L'aspirazione al *contenimento*, quando non alla riduzione della spesa sanitaria pubblica è gradualmente affiancata dall'enfasi posta sulla *qualità* delle prestazioni erogate e sulla *qualità-equità* nello stato di salute della popolazione [Compagnoni 2005].

L'accento viene posto non più solo sulla efficienza intesa come *ottimizzazione delle risorse*, ma anche sulla *efficacia delle prestazioni* erogate in termini di *risultati di salute*, sul miglioramento nelle possibilità di accesso ai servizi e sulla rivalutazione del ruolo del paziente e degli operatori sanitari attraverso la loro partecipazione attiva nell'erogazione di prestazioni, [Giarelli 2003].

L'affermarsi di queste nuove teorie, pur impiantandosi sulle strutture di mercato competitivo definite dalle precedenti riforme attuate tra gli anni ottanta e la prima metà degli anni novanta, ha comportato la rivalutazione del ruolo dello Stato, non più soltanto come regolatore esterno del mercato, ma come vero e proprio decisore e pianificatore di una politica sanitaria orientata alla *salute* ancora prima che alla *sanità*.

Con l'adozione dei LEA sono posti a carico del S.S.N. le tipologie assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate mentre sono esclusi dal S.S.N. le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN

- non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate in quel contesto organizzativo, a quel livello di assistenza;
- che in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfino il principio della economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

Le leggi sopra citate danno all'appropriatezza una ampia accezione di significato: l'Inappropriatezza viene giudicata come inefficacia clinica, in quella prospettiva di Qualità che la classica tripartizione definita secondo Donabedian evidenzia come "professionale". L'Inappropriatezza può essere il tipo strutturale (eccesso di posti letto) e anche tecnico-organizzativa come è per esempio l'Inappropriatezza dell'ambito di cura e del livello di assistenza erogante nel complesso della rete assistenziale globale (livello troppo alto, ospedale in luogo di assistenza territoriale).

L'adozione di Livelli Essenziali di Assistenza significa uno sforzo per rimodulare il sistema di remunerazione al fine di scoraggiare artificiose induzioni della domanda e nel contempo le mercificazioni delle prestazioni assistenziali; significa definire dei percorsi diagnostico-terapeutici per scoraggiare gli accessi impropri e più ampiamente per evitare l'utilizzo improprio delle risorse assistenziali ai vari livelli del sistema sanitario; possedere un sistema informativo idoneo a fornire un adeguato set di indicatori di appropriatezza, al fine di promuovere la revisione dei processi.

La strada normativa che ha portato all'adozione e applicazione dei LEA deve essere considerata come un percorso di ammodernamento carico di concetti innovativi che hanno cambiato il S.S.N..

E' semplice rendersi conto che parallelamente al percorso di definizione del significato dei Livelli Essenziali di Assistenza si è reso necessario introdurre e chiarire nuovi concetti di ordine gestionale e organizzativo che oggi rappresentano in buona parte i motivi ispiratori e le finalità del sistema sanitario, di seguito si riportano alcune definizioni maggiormente accettate di tali concetti per una più agevole comprensione delle motivazioni della ricerca esposta successivamente.

ACCESSIBILITA': possibilità per l'utente di usufruire *tempestivamente* del servizio di cui ha bisogno, ad un costo che può sostenere.

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA O GENERICA: per appropriatezza del livello di effettuazione si intende se un intervento viene erogato al livello più gradito all'utente e/o meno costoso. Ad esempio appropriatezza delle giornate di degenza o dei livelli di effettuazione: domicilio, ambulatorio, day-hospital, ricovero. E' stato ampiamente documentato che una quota non trascurabile di ricoveri ospedalieri ordinari sono sostituibili da trattamenti erogabili a livelli assistenziali differenti come in day-hospital, ambulatori o a domicilio.

EFFICACIA: nella valutazione degli interventi sanitari per efficacia si intende la capacità dell'intervento in esame di migliorare gli esiti della condizione in esame. L'efficacia di un servizio sanitario consiste nel fare le cose giuste alle persone giuste e si identifica con l'appropriatezza, come implicitamente riconosciuto dal DDL 229/1999.

Nel linguaggio comune la parola *efficacia* viene usata per indicare il rapporto tra risultati e obiettivi.

EFFICIENZA: in genere indica il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti. In ambito sanitario questo concetto strettamente legato alla modalità di utilizzo delle risorse economiche necessita di alcune precisazioni.

– *efficienza operativa o tecnica.* Rapporto tra output e input, cioè tra prestazioni erogate e risorse impiegate, o capacità di effettuare gli interventi voluti con risparmio di risorse, o di effettuare un maggior numero di interventi con lo stesso impegno di risorse.

La sintesi di efficienza tecnica ed efficacia, cioè il rapporto tra risorse impiegate ed esiti di salute viene detta in economia performance o rendimento.

– *efficienza economica.* Non è ben chiaro cosa si intenda per efficienza economica in sanità, se un buon rapporto tra risorse impiegate (costi) e ricavi monetari, il che avvicinerebbe questo concetto a quello di efficienza operativa, o un buon rapporto tra risorse impiegate e esiti di salute, il che lo avvicinerebbe a quello

di performance o di efficienza allocativa. Questa ultima definizione sembra essere quella più accreditata.

– *Efficienza allocativa.* Misura in cui le risorse a disposizione vengono distribuite in modo da portare i maggiori benefici alla società, in sanità in modo da promuovere gli interventi più convenienti, cioè quelli con un rapporto efficacia /costi più elevato.

OBIETTIVO: obiettivo misurabile, valutabile, per il quale sono stati determinati criteri, indicatori e soglie di raggiungimento.

QUALITA': insieme delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare bisogni espressi o impliciti, definizione ISO 8004.

TEMPESTIVITA': ovvero possibilità di ricevere una prestazione in tempo utile affinché i destinatari non vadano incontro a rischi legati ad un eventuale ritardo.

Tab.1

I LEA nella legislazione

Legge 833/1978 *istitutiva del SSN, prevede la fissazione dei livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini.*

Legge 412/1991 *i livelli di assistenza sanitaria sono definiti nel rispetto delle disposizioni di legge, delle direttive comunitarie e, limitatamente alle modalità di erogazione, degli accordi di lavoro per il personale dipendente; gli standard organizzativi e di attività sono determinati a fini di calcolo del parametro capitaro di finanziamento e non costituiscono vincolo organizzativo per le regioni e le unità sanitarie locali*

DPR 24 dicembre 1992 “ *Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria* ”

Dlgs 502/1992 *riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sono stabiliti con il piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socioeconomica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al servizio sanitario nazionale*

Dlgs 229/1999 *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.*

Dlgs 56/2000 *Disposizioni in materia di federalismo fiscale. Prevede, tra l'altro, il rispetto dei LEA da parte delle Regioni e un fondo perequativo che tenga conto delle differenze interregionali –sia nelle capacità fiscali sia nel fabbisogno sanitario- per garantire a tutte le Regioni le risorse necessarie per finanziare i livelli.*

Legge Cost. 3/2001 *il nuovo articolo 117 individua come rientrante nella esclusiva legislazione dello Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*

Dpcm 29/2001 “ *Definizione dei livelli essenziali di assistenza* ”

Legge 311/2004 *prevede la fissazione, tramite regolamento, di una serie di standard qualitativi (strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito) e quantitativi di erogazione delle prestazioni*

3- I DRG a rischio inappropriatelyzza e le normative della Regione Campania per la promozione dell'Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri

La canonizzazione dei LEA ha determinato la possibilità e la necessità di individuare prestazioni che per il loro profilo e la loro tempistica di erogazione possono risultare inappropriate o quanto meno per le quali sarebbe necessario individuare modalità di erogazione più appropriate.

La caratteristica di inappropriata è in particolar modo legata al livello di setting assistenziale che eroga la prestazione e che in molti casi risulta essere “superiore” o comunque diverso da quello più opportuno.

Risultano così inappropriate le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario o in day hospital che per la loro natura e specificità potrebbero essere erogate o soddisfatte in diverse forme di setting assistenziale nell’ambito della piramide dei servizi offerti, ovvero facendo ricorso a strutture territoriali, al medico di medicina generale o all’assistenza domiciliare.

Nell’affrontare il tema della modulazione dell’area di prestazioni sanitarie garantita in ambito ospedaliero è necessario tenere conto che la fisionomia di ospedale nell’attuale scenario è soggetta a profonde mutazioni.

In passato l’ospedale era indicato e percepito come luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria di una certa rilevanza, in parallelo all’evoluzione tecnologica e delle conoscenze scientifiche nonché dello scenario economico legislativo l’ospedale diventa un’organizzazione ad alto livello tecnologico con il compito e la capacità di fornire risposte assistenziali di tipo diagnostico-terapeutico a problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità, tale ruolo fondamentale e talvolta insostituibile non può e non deve esaurirsi nell’ambito della struttura ospedaliera ma deve configurarsi come un segmento di un più ampio contesto rappresentato dalla sanità pubblica con tutte le sue offerte di prestazioni assistenziali ai vari livelli organizzativi.

Questa nuova veste funzionale dell’ospedale darebbe automaticamente vita a una serie di prestazioni interpretabili come negative o comunque non erogabili o non consoni al ruolo

svolto nell'ambito della rete assistenziale sanitaria, piuttosto bisogna interpretare questi cambiamenti come la necessità di promuovere iniziative di riassetto strutturale, organizzativo e di qualificazione tecnologica, nonché di incremento, sviluppo e coordinazione della rete dei servizi territoriali, tutte queste attività porterebbero inevitabilmente all'incremento auspicabile del grado di appropriatezza.

In questo contesto e in relazione alle finalità sopra esposte si stanno attuando politiche di aggiornamento e formazione che stanno delineando e approfondendo gli spazi applicativi di nuovi strumenti di gestione e organizzazione come il "Governo Clinico" supportato da nuovi e più o meno raffinati strumenti di analisi come il PRUO, i Percorsi assistenziali, il Budgeting.

La Regione Campania recependo le direttive nazionali in materia di promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e nell'ottica di contenere il numero dei ricoveri ordinari entro il valore di 180 ricoveri per mille abitanti stabilito nell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 ha intrapreso diverse iniziative tese alla realizzazione di tali obiettivi.

Nella seduta della Giunta regionale della Campania del 30 marzo 2007 con la deliberazione n° 546 – Area Generale di Coordinamento n° 19- Piano Sanitario Regionale e Rapporti con la UU.SS.LL. n° 20- Assistenza Sanitaria si è proceduto a deliberare in materia di:

Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri- Adeguamento delle soglie massime di ricovero ai sensi dell'allegato 2C DPCM 20/11/01-Livelli Essenziali di Assistenza- Istituzione del modello organizzativo del Day Service.

L'adozione di tale strumento legislativo nasce dall'assunzione di alcuni punti tra cui:

- intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che all'articolo 4 impegna le Regioni ad una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata garantendo, entro l'anno 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per i ricoveri in regime diurno, tendenzialmente, entro il valore di 180 ricoveri per mille abitanti residenti, di cui il 20% deve essere costituito da ricoveri diurni.
- il tasso di ospedalizzazione relativo ai ricoveri per acuti dei residenti in Regione Campania per il 2005 risulta di 208,5 ricoveri per 1000 abitanti al netto della mobilità passiva interregionale e di 223,8 ricoveri per 1000 abitanti includendo la mobilità passiva interregionale.
- è necessario in maniera incisiva promuovere l'incremento dei livelli di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero al fine di ottenere la riduzione dei tassi di ospedalizzazione senza ridurre, peraltro, la capacità del Sistema Sanitario Regionale di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie.

Da queste premesse e necessità si è ritenuto che le misure da porre in atto nel corso del 2007 dovessero riguardare principalmente :

- l'aggiornamento delle soglie regionali massime di ammissibilità, in ricovero ordinario, per i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza
- la regolamentazione dell'attività di ricovero in day hospital di tipo medico e la definizione dei criteri di appropriatezza per l'accesso a tale regime assistenziale.
- la qualificazione dell'attività ambulatoriale quale alternativa alle prestazioni di ricovero inappropriate, con particolare riferimento ai ricoveri per DH di tipo medico diagnostico,

anche attraverso l'istituzione di una innovativa modalità assistenziale del livello territoriale, intermedia tra day hospital e specialistica ambulatoriale, denominata DAY SERVICE e destinata all'erogazione di prestazioni che pur non necessitando di ricovero non risultano, per le particolari caratteristiche dei profili di assistenza, trasferibili a parità di efficacia e tempestività di trattamento, nel tradizionale regime di specialistica ambulatoriale

- la promozione di corrette modalità di accettazione in pronto soccorso al fine di ridurre il fenomeno dei ricoveri acuti ordinari brevissimi per l'esecuzione di prestazioni erogabili nella forma "del pronto soccorso non seguito da ricovero" e che concorrono ad innalzare, impropriamente, i tassi di ospedalizzazione.

L'introduzione della nuova modalità organizzativa denominata DAY SERVICE dovrebbe rispondere a determinate caratteristiche che le permetterebbero di erogare molteplici prestazioni multidisciplinari in un'unica sede anche se in tempi differenti ma non superiori ai trenta giorni, al fine di soddisfare la gestione medico diagnostica di profili sanitari complessi e coordinati, nell'ambito della piramide assistenziale tale modello viene a collocarsi ad un livello intermedio tra il day hospital e la specialistica ambulatoriale.

Il day service è destinato :

- a quelle situazioni cliniche che necessitano di un approccio orientato al problema clinico e non alle prestazioni.

- Nei casi in cui, per la definizione della diagnosi, sia necessaria l'esecuzione di indagini cliniche, diagnostiche, e strumentali e consulenze specialistiche plurime e multidisciplinare, in tanti casi complesse ed invasive, afferenti a predefiniti percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (P.A.C.C.) che richiedono, per una tempestiva erogazione, un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo e la concentrazione delle prestazioni in un'unica struttura erogatrice che assicuri la presa in carico del paziente.

Il day service costituisce una delle forme alternative di assistenza per trasferire quote significative di prestazioni attualmente erogate in regime di ricovero in day hospital di tipo medico-diagnostico, questo modello organizzativo può essere attivato sia nelle strutture di ricovero ospedaliero sia nelle strutture poliambulatoriali distrettuali che rispondano a determinati requisiti.

L'Agenzia Regionale Sanitaria e l'assessorato alla sanità devono farsi promotori di questo processo di deospedalizzazione irrinunciabile ai fini di un'ottimizzazione del funzionamento del Sistema Sanitario Regionale e per il raggiungimento degli obiettivi fissati nel "Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale".

Tali organi in collaborazione con le proposte delle Aziende Sanitarie, con le sezioni regionali delle Società Scientifiche con esperti clinici e di organizzazione sanitaria hanno il compito di definire:

- le prestazioni da inserire nei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (P.A.C.C.) che rappresentano lo strumento operativo del day service dando priorità

alle patologie o problemi clinici per i quali si osservano elevate prevalenze di ricovero in day hospital medico- diagnostici e prevedendo una graduale introduzione dei nuovi percorsi.

- Le ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day service e sulle modalità di remunerazione
- I flussi informativi da attivare per la rilevazione di detta attività

Allegato n° 1 Copia delibera n° 546 del 30 Marzo 2007 della Giunta Regionale della Campania contenente la tabella indicante le "Soglie Massime di ammissibilità dei ricoveri acuti ordinari di 1 giorno di degenza valide per 'anno 2007" - Soglie Regionali di Ammissibilità DRG-specifiche.

Da questo allegato si riportano in tabella 2 i DRG e le soglie di ammissibilità correlate che sono state prese in considerazione nell'ambito dell'applicazione del PRUO, l'importanza di tale normativa viene sottolineata dalla nota che accompagna l'elenco dei DRG, infatti in questa è chiaramente esplicitato che:

"I ricoveri ordinari, con degenza superiore ad 1 giorno, eccedenti il valore soglia attribuito ai DRG di tipo chirurgico:..... 158...162...227...261...262...267....270, la corrispettiva tariffa del ricovero ordinario viene abbattuta del 30%"

Tab. 2

DRG	Tipo	Descrizione	% ammissibile
			R.O. > 1gg
158	chir.	Interventi su ano e stoma	50
162	chir.	Interventi per ernia ing. e femorale, età >17 anni no CC	39
227	chir.	Interventi sui tessuti molli senza CC	25
261	chir.	Interventi sulla mammella non per neoplasia eccetto biopsia ed escissione locale	60
262	chir.	Biopsia mammella ed asportazione locale no neoplasie maligne	13
267	chir.	Interventi perianali e pilonidali	22
270	chir.	Altri interventi pelle,sottocute e mammella no CC	5

4- Il Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale (PRUO)

Il Protocollo di Revisione e Utilizzo dell'Ospedale (PRUO) deriva dal questionario AEP (Appropriateness Evaluation Protocol), di Gertman e Restuccia; ad esso sono state aggiunte successivamente due liste di motivi emersi dall'utilizzo continuo dello strumento, che possono spiegare le ragioni dell'uso improprio.

Il PRUO consente di valutare l'appropriatezza di un ricovero classificando la giornata di ammissione e specifiche giornate di degenza in appropriate od inappropriate, a partire dalla documentazione clinica routinariamente disponibile in ospedale, eventualmente integrata da interviste dirette effettuate al personale sanitario al momento della rilevazione (modalità di rilevazione "concorrente").

4.1- Storia del PRUO

Le amministrazioni democratiche degli anni 60 avevano ampliato e facilitato negli USA l'accesso all'assistenza ospedaliera con i programmi Medicare e Medicaid, orientati rispettivamente agli ultrasessantacinquenni ed agli indigenti. Si registrava un incremento rapido e progressivo del costo dell'assistenza ospedaliera. Simultaneamente si notava una variabilità significativa nell'utilizzo ospedaliero anche tra aree geografiche piccole e

contigue (small area variation). Essa apparentemente non era spiegata da variazioni nelle condizioni di salute ma piuttosto chiamava in causa atteggiamenti e reazioni diverse fra i medici (e forse anche fra i cittadini) nei confronti di problemi clinici eguali. Verso la metà degli anni 70 sorsero i PSRO (Professional Standard Review Organization), ossia organismi tecnici di “revisione” della professionalità; come indica il nome essi erano finalizzati a valutare e spiegare la variabilità ed a individuare eventuali distorsioni nell’uso dell’ospedale. Venivano anche finanziati due progetti di ricerca applicata per fornire strumenti di lavoro ai PSRO. AEP nacque come elaborazione di uno di questi progetti; precisamente il nucleo iniziale di AEP derivò da una lista di impedimenti alla dimissione tempestiva (barriers to timely discharge) ed era inizialmente impiegato per valutare la giornata di degenza. Successivamente venne aggiunta la sezione dedicata alla giornata di ammissione. AEP fu adottato ampiamente negli USA; la documentazione nella letteratura scientifica non ne riflette l’estensione e la ragione è comprensibile. Basta pensare che quasi tutte le applicazioni erano orientate ad un uso “interno”, per far conoscere e discutere dell’appropriatezza all’interno dell’ospedale, non nell’ambito di un’audience esterna ed estesa come quella raggiungibile con i congressi o con la stampa medica.

A cavallo degli anni 80-90 negli USA l’AEP è stato affiancato dall’Elective Surgical AEP e quindi sostituito dallo MCAP (Managed Care Appropriateness Protocol). Anche questi due strumenti sono stati “richiesti” e pensati in risposta ai problemi generati dalle innovazioni organizzative (di accesso e di processo) introdotte nel sistema sanitario americano (estensione del pagamento prospettico, managed care ecc).

Versioni dell’AEP, adattate localmente, sono state adottate in altri paesi: sistematicamente

e continuativamente negli ospedali portoghesi, in alcuni cantoni svizzeri, in alcuni ospedali di riferimento spagnoli ed israeliani.

Il Laboratorio di Epidemiologia Clinica dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" in collaborazione con le commissioni VRQ degli ospedali di Monza e Bergamo ha introdotto lo strumento in Italia nel 1989. Lo stesso laboratorio ha coordinato il Progetto CEE Biomed 1. I convegni Biomed 1 di Bergamo nel 1994 e di Firenze del 1997 (conclusivo di Biomed1) contribuirono alla diffusione della conoscenza e dell'interesse per la metodologia; a Bergamo si costituì il primo nucleo del Gruppo PRUO ed a Firenze vennero poste le basi di questo Programma.

Nell'esperienza italiana si possono individuare schematicamente queste fasi: a) studio dell'applicabilità dell'AEP (tradotto) al contesto italiano;

b) osservazione e stima dell'appropriatezza in alcuni ospedali od in alcuni contesti particolari (AIDS, infezioni ospedaliere);

c) osservazione ed auditing;

d) utilizzo come strumento di controllo interno (l'Azienda che controlla la performance delle sue Unità Operative) ed esterno (la Regione che controlla ed orienta le sue Aziende).

In accordo con quanto previsto dal Programma attualmente in corso, lo strumento PRUO sarà reso idoneo ad individuare alternative al ricovero, verificarne l'applicabilità e monitorarne l'adozione ed i risultati.

4.2- Filosofia del PRUO

Per poter comprendere correttamente le potenzialità, ma anche i limiti, della metodologia PRUO nella valutazione dell'uso dell'ospedale è necessario conoscere i riferimenti definatori che stanno alla base della sua costruzione.

Riferimenti definatori

PRUO assume che esista una gerarchia dei livelli di erogazione dell'assistenza sanitaria basata sull'intensità e sulla sofisticazione delle prestazioni: l'ospedale per acuti, l'ospedale per subacuti, la struttura di riabilitazione, la struttura per lungodegenti, la residenza protetta, l'ambulatorio, l'assistenza di base al domicilio rappresentano una gerarchia possibile.

È chiaro che i livelli superiori sono in grado di erogare tutte le prestazioni dei livelli inferiori; ad esempio l'ospedale per acuti è in grado di fornire l'assistenza tipica dell'Assistenza Domiciliare Integrata, pur potendo erogare prestazioni più complesse.

Idealmente, però, un dato livello assistenziale dovrebbe rispondere solo al livello corrispondente di complessità del problema e di bisogno assistenziale; in questo caso, l'uso del livello assistenziale sarebbe proprio o appropriato. Idealmente, ancora, non ci dovrebbero essere sconfinamenti tra i livelli; in particolare, un livello assistenziale più elevato non dovrebbe essere utilizzato per trattare un problema di entità inferiore; se ciò si

verificasse, si avrebbe un utilizzo improprio o inappropriato della struttura. Ad esempio l'influenza con febbre elevata che insorge nel giovane in stato di benessere e che dura da 4 giorni certamente è un problema medico, esprime un bisogno assistenziale; l'ospedale per acuti usato per il suo trattamento sarebbe una sostituzione impropria dei servizi assistenziali di base. Così come l'ammissione in ospedale dell'anziano solo o dell'emarginato per bronchite insorta recentemente costituiscono una risposta a bisogni reali misti; ma sono in realtà una risposta sostitutiva (quindi impropria) di altri servizi di livello inferiore che, tecnicamente e professionalmente, potrebbero risolvere efficacemente quei problemi.

4.3- Metodologia del PRUO

Il PRUO (Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale) è uno strumento che consente di classificare ogni giornata di degenza dei ricoveri che avvengono nell'ospedale per acuti tra appropriata ed inappropriata.

Lo strumento non è applicabile ai ricoveri che avvengono nelle Unità Operative di psichiatria, riabilitazione, ostetricia, terapie intensive, dermatologia.

Il PRUO si basa su:

- criteri espliciti che riconoscono l'uso appropriato della struttura Ospedale;
- motivi* che consentono di definire l'uso inappropriato.

I criteri per identificare l'appropriatezza della giornata di ammissione sono legati:

- alle condizioni del paziente
- alle prestazioni mediche ed infermieristiche erogate nelle prime 24 ore.

I criteri per identificare l'appropriatezza della giornata di degenza sono legati:

- alle prestazioni medico/chirurgiche erogate
- alle prestazioni infermieristiche o di supporto vitale
- alle condizioni del paziente.

Per la raccolta degli elementi di giudizio dell'appropriatezza della giornata di ammissione o di degenza, si utilizzano le informazioni contenute nella cartella clinica od in qualunque altra documentazione scritta disponibile (es. cartella infermieristica).

La giornata è appropriata quando, dalla documentazione relativa al paziente, viene rintracciato anche un solo criterio.

Se, invece, nessuno dei criteri viene rilevato la giornata risulta classificata come inappropriata.

Per poter comprendere le potenzialità, ma anche i limiti, della metodologia PRUO nella valutazione dell'uso dell'Ospedale è utile elencare alcune sue caratteristiche:

1) diagnosi-indipendenza. La valutazione di appropriatezza o meno della giornata di ammissione o di degenza prescinde dalla diagnosi per la quale il paziente è entrato in Ospedale. Forse questo è un aspetto per il quale il PRUO risulta un po' difficile da accettare per il clinico al primo impatto perché il medico e l'infermiere usano costantemente le diagnosi.

2) Validità. I criteri sono stati sottoposti ad una verifica di validità denominata "face validity", cioè confrontando i suoi risultati con quelli di panel di esperti.

3) Riproducibilità. E' stata testata anche in Italia e rilevatori diversi hanno ottenuto risultati molto simili analizzando le stesse giornate di degenza.

4) Versatilità. Il PRUO è molto versatile, infatti, può essere adottato con vari disegni e modalità e la valutazione può riguardare solo la giornata di ammissione, solo un giorno o più giorni di degenza, tutte le giornate del ricovero, i ricoveri con determinato DRG, ecc..

E' opportuno ancora ribadire che il PRUO valuta l'appropriatezza "generica" e non quella clinica, viene, cioè, valutato se le prestazioni erogate al paziente sono proprie dell'ospedale per acuti sia dal punto di vista della tipologia, sia della concentrazione nel tempo. In altre parole, la valutazione in ambito di appropriatezza generica, indaga solo se un particolare problema è stato affrontato nella struttura più idonea e con una tempistica ottimale, senza entrare nel merito di altre considerazioni come avviene, invece, nell'ambito dell'appropriatezza clinica.

Il PRUO quindi non pretende di dare un giudizio sull'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate, non entra cioè nel merito delle conclusioni diagnostiche o delle decisioni cliniche del medico, ma valuta esclusivamente che le prestazioni erogate siano proprie ed esclusive dell'ospedale per acuti.

Con queste premesse è facile comprendere che una prestazione inappropriata, non è affatto una prestazione inutile e/o senza beneficio e/o clinicamente errata ma semplicemente una prestazione erogabile con altra tempistica (intensità, densità temporale) o altrove cioè ad un altro livello assistenziale, (es. lungo-degenza, RSA, ambulatorio, ...).

Come allegato n° 2 è possibile prendere visione della scheda di rilevazione PRUO e della lista dei criteri e dei motivi estratta dal manuale ministeriale PRUO dei Programmi Speciali del Decreto Legislativo 502/92.

4.4- Ospedale per Acuti

PRUO classifica la giornata di ammissione o di degenza appropriata od inappropriata in relazione alle caratteristiche dell'ospedale per acuti. La logica con la quale è costruito richiede quindi che esista un accordo esplicito su cosa si intende per ospedale per acuti.

Dal punto di vista delle risorse disponibili, l'ospedale per acuti è dotato di:

- competenze mediche di diverse specialità sempre presenti in grado quindi di rispondere immediatamente al bisogno e/o più volte nelle 24 ore;
- competenze sanitarie non mediche qualificate e diversificate sempre presenti e complementari tra loro;
- presenza di risorse sofisticate, concentrate e non disponibili diffusamente sul territorio (es. sala operatoria, monitoraggio elettronico).

L'attività tipica dell'ospedale per acuti riguarda i problemi che richiedono un impegno di risorse notevole, ma concentrato e delimitato nel tempo (problemi acuti), e non i problemi cronici (per quanto detto, l'ospedale per acuti non è da intendersi riservato esclusivamente alle urgenze/emergenze).

Prestazione appropriata (pacchetto di prestazioni appropriate)

È appropriata la prestazione propria ed esclusiva dell'ospedale per acuti. Essa può essere

tale o perché viene erogata con frequenze giornaliere elevate (es. visite mediche almeno 3 volte nelle 24 ore) o perché la sua sofisticazione ne restringe la esecuzione nell'ospedale per acuti (es. intervento chirurgico con anestesia generale).

PRUO attribuisce notevole importanza alle prestazioni; si può dire che dà importanza quasi esclusivamente alle prestazioni ed ai pacchetti di prestazioni nel valutare l'utilizzo dell'ospedale.

Ci sono alcune deroghe a questo principio, rappresentate da poche (6-7) condizioni cliniche che presentano caratteristiche ben precise.

Condizioni cliniche appropriate

Alcune condizioni cliniche sono caratterizzate dall'essere:

- molto frequenti,
- definibili agevolmente con la sola visita o con un minimo supporto strumentale,
- rilevanti (potenzialmente devastanti, se non trattate tempestivamente),
- suscettibili di trattamento.

Il loro trattamento è efficace se tempestivo; è inoltre intensivo e sofisticato ma anche abbastanza standardizzato e generalizzato, data l'incidenza elevata delle condizioni. Tra queste si possono citare: l'infarto acuto del miocardio, le alterazioni neurologiche acute come il coma, la febbre elevata e persistente, la perdita ematica che richiede provvedimenti immediati.

Per le caratteristiche viste sopra, PRUO assume che l'ospedale eroghi sistematicamente i

pacchetti assistenziali propri per queste condizioni; quindi la semplice segnalazione di queste condizioni fa classificare come appropriata la giornata in ospedale, senza richiedere la verifica delle prestazioni.

Prestazione inappropriata.

Una prestazione inappropriata è quella erogabile con altra tempistica (intensità, densità temporale) o altrove cioè ad un altro livello assistenziale: lungodegenza, ambulatorio, domicilio, residenza protetta. Va sottolineato che una prestazione inappropriata non è affatto una prestazione inutile e/o senza beneficio e/o clinicamente errata; questo concetto deve essere tenuto presente sia da chi osserva e rileva, sia da chi interpreta i dati.

Condizioni cliniche inappropriate

Per esclusione sono le condizioni cliniche presenti ma trattabili in altri livelli o con altre tempistiche e che quindi di per se stesse non rendono appropriata la giornata di ricovero.

A conclusione delle note sui termini appropriato/inappropriato si può osservare che PRUO guarda e valuta più dal punto di vista della performance ospedaliera di processo che non dal punto di vista del bisogno del malato.

4.5- Procedura di Applicazione

Nei primi anni dopo il 1989 la modalità prevalente di uso dello strumento AEP è stata in studi retrospettivi, basata solamente sulle informazioni presenti nella cartella clinica di ricoveri già conclusi. Successivamente però, anche in Italia, lo strumento è stato utilizzato in modo concorrente (a ricovero in corso e cartella ancora aperta) richiedendo informazioni aggiuntive al medico di reparto, al medico di pronto soccorso, al/la caposala od ai familiari del paziente.

Nell'applicare PRUO il rilevatore fa sempre uso:

- della documentazione scritta (cartella medico-legale, cartella infermieristica ecc.), come fonte di informazione;
- della lista dei criteri e dei motivi;
- delle istruzioni per la rilevazione dei criteri e dei motivi contenute nel modulo 2 del manuale ministeriale
- del modulo per la raccolta dei dati (vedi esempi negli allegati);
- della descrizione delle eventuali “modifiche e convenzioni locali”
- del registro individuale

La rilevazione sulla documentazione si esplica in due o tre passi logicamente conseguenti (tre passi se la valutazione nei primi due esita in un giudizio di inappropriatazza).

Primo passo: Rilevazione dei Criteri Ordinari

Al primo passo il rilevatore verifica la presenza dei criteri che classificano appropriata la giornata di ammissione o di degenza.

I criteri ordinari della giornata di ammissione si dividono in due categorie:

- a) criteri legati alle condizioni del paziente;
- b) criteri legati a prestazioni erogate nelle successive 24 ore

I criteri ordinari della giornata di degenza sono invece divisi in tre categorie:

- a) criteri legati alle prestazioni medico/chirurgiche erogate;
- b) criteri legati alle prestazioni infermieristiche o di supporto vitale;
- c) criteri legati alle condizioni del paziente.

Un criterio è soddisfatto quando il testo del criterio elencato nel questionario è rintracciabile nella documentazione del paziente, in una forma inequivocabilmente equivalente, senza aggiunte, interpretazioni o congetture personali.

La giornata è appropriata quando anche un solo criterio è soddisfatto; però se i criteri sono più di uno, è bene segnalarli tutti.

Se nessuno dei criteri viene rilevato, la giornata risulta classificata inappropriata automaticamente.

È importante ancora sottolineare che in questo passo il rilevatore deve solo ricercare dei testi, senza aggiunte interpretative.

In sintesi: *nell'ottica PRUO una giornata di ricovero in ospedale per acuti è appropriata se in essa si fa uso delle competenze/risorse **proprie ed esclusive***

dell'ospedale per acuti e se il loro utilizzo è tale da garantire un'adeguata concentrazione nel tempo.

Secondo passo: Ricerca dei Criteri Straordinari

(di Override = scavalcamento)

Non ci si può aspettare che uno strumento semplice come PRUO possa “prevedere” tutte le possibili situazioni clinico-assistenziali.

PRUO permette perciò al rilevatore di effettuare una valutazione personale della documentazione, di “scavalcare” PRUO e classificare:

a) appropriata una giornata anche quando nessuno dei criteri è reperibile nella documentazione

(si parla di override affermativo o positivo in questo caso);

b) inappropriata un'ammissione od una giornata di degenza anche quando sia stato reperito uno dei criteri della lista

(si parla di override negativo in questo caso).

Le regole per l'adozione dell'override vengono discusse in dettaglio nel modulo 2 del manuale ministeriale in seno ai Programmi Speciali del Decreto Legislativo 502/92; qui si può anticipare che anche l'override deve essere documentabile e documentato e non può essere una congettura.

Terzo passo: ricerca e Rilevazione dei Motivi dell'uso inappropriato dell'ospedale

Qualora la giornata di ammissione o di degenza sia stata classificata inappropriata, il rilevatore deve cercare di identificare uno o più motivi di questo uso inappropriato. Per fare questo ci si servirà della “lista dei motivi”.

La rilevazione dei motivi di inappropriata è finalizzata a:

interpretare correttamente le stime di uso inappropriato. Sarà possibile distinguere, ad esempio, le situazioni che producono o costringono ad un uso inappropriato, indipendenti dalla politica dell'ospedale (come in caso di mancanza di servizi alternativi esterni); o sarà possibile individuare la presenza di “colli di bottiglia” interni all'ospedale (quindi indipendenti dalla politica del reparto) o situazioni invece di comportamento inefficiente (dipendenti dal reparto in senso lato); contribuire ad individuare interventi correttivi specifici e mirati, sugli aspetti o fattori appena visti al punto a) precedente.

La ricerca/identificazione dei motivi (di inappropriata) spesso richiederà una metodologia diversa da quella adottata per i criteri. Infatti potrà essere utile un certo lavoro di “congettura”. Ad esempio: il paziente entra con ricovero elettivo, in condizioni buone, non sono registrate prestazioni “s sofisticate e frequenti” e viene operato dopo 72 h. Il motivo principale (non esclusivo) dell'ammissione inappropriata sarà il motivo “situazione di attesa di esecuzione di intervento chirurgico”, anche se nella cartella non si rintraccia la dizione esplicita “entra per esecuzione di intervento chirurgico”.

Un aspetto interessante della sequenza logica dei passi è questo: il rilevatore è portato ad indagare i motivi di uso inappropriato solo se la giornata è stata

classificata inappropriata. È comprensibile la tendenza a classificare appropriata una giornata, specialmente se il rilevatore ha un “interesse di parte” (anche non economico, trasparente). Però una classificazione di appropriatezza inesistente impedisce di cogliere i motivi.

In sintesi: *una prestazione **inappropriata** è quella erogabile con **altra tempistica o altrove** cioè ad un **altro livello assistenziale** (ambulatori;lungodegenza;domicilio...). È da tenere presente che una prestazione inappropriata **non** è affatto una prestazione inutile e/o senza beneficio e/o clinicamente errata; tale chiarezza è necessaria sia per chi è deputato all’osservazione e all’applicazione sia per chi interpreta i dati.*

Convenzioni terminologiche

- le Prestazioni e Condizioni appropriate convenzionalmente sono definite :

Criteri di Appropriatezza

- le Prestazioni e le Condizioni inappropriata convenzionalmente sono definite:

Motivi di Inappropriatezza

4.6- Applicazione del PRUO

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli da diversi anni annovera tra le proprie attività di gestione interna una serie di nuove azioni volte al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie erogate, anche in relazione alla propria partecipazione attiva al Sistema Sanitario Regionale della Campania. Nell'ambito di tali azioni, la Direzione Generale di concerto con le unità operative della Direzione Sanitaria ha deciso di attuare una rilevazione conoscitiva dell'appropriatezza organizzativa delle varie unità operative dell'Azienda, ricorrendo ad una misurazione oggettiva del fenomeno dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso lo strumento del PRUO. Ad oggi l'indagine è stata condotta sull'attività assistenziale di vari dipartimenti, chirurgico, medico e pediatrico. Si mira a coinvolgere progressivamente tutti i dipartimenti dell'A.O.U. Policlinico "Federico II" fino ad una totale dipartimentalizzazione della gestione del processo di valutazione dell'appropriatezza al fine di determinare una sempre più ampia condivisione e una duratura applicazione. Le informazioni ottenute da tale indagine potranno essere utilizzate per intervenire in processi di miglioramento dell'efficienza organizzativa.



Logo dell'AOU Policlinico "Federico II"

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II



La fase formativa inerente le modalità di rilevazione del PRUO si è articolata lungo l'anno 2005 nell'ambito di incontri settimanali con il personale e il responsabile del Servizio qualità, assistenza, umanizzazione e dati sanitari Dr. S. Maccarone presso la Direzione Sanitaria dell'AOU "Federico II".

I contenuti della formazione sono stati:

- La qualità delle prestazioni in Ospedale
- L'appropriatezza clinica
- L'appropriatezza gestionale/organizzativa
- Il ricovero in Ospedale per acuti: diverse tipologie
- Uno strumento per l'appropriatezza: il PRUO
- Il PRUO: definizioni e generalità
- Il PRUO per i ricoveri ordinari:
- L'appropriatezza e l'inappropriatezza
- I criteri e i motivi
- La giornata di ammissione e di degenza
- La documentazione sanitaria
- Azioni che possono migliorare l'appropriatezza: esempi
 - Esperienze nell'applicazione del PRUO
 - Il sistema DRG

La fase applicativa dello studio è iniziata nell'anno 2006 con la scelta dell'unità funzionale presso la quale sviluppare il progetto applicativo.

In seno all'AOU "Federico II" di concerto con le linee di applicazione della Direzione Sanitaria si è deciso di individuare un'area funzionale di chirurgia generale di elezione, in seno al Dipartimento di Patologia Sistemica si è scelta l'Area Funzionale di Chirurgia riabilitativa Gastrointestinale diretta dal Prof. Giuseppe P. Ferulano.

Dal data base del Servizio qualità, assistenza, umanizzazione e dati sanitari diretto dal dr. S. Maccarone presso la Direzione Sanitaria dell'AOU "Federico II" in ottemperanza alla normativa applicativa del Progetto PRUO in atto presso l'AOU "Federico II" si è proceduto ad estrapolare con metodica random* un campione pari al 5% del numero totale dei ricoveri ordinari dell'anno 2005 eseguiti presso l'Area Funzionale di Chirurgia Riabilitativa.

Il campione così selezionato è risultato costituito da 25 cartelle cliniche che si riporta in Allegato n°3.

* Il campionamento casuale semplice prevede non solo che per ogni unità campionaria sia conosciuta la probabilità di estrazione, ma che ogni possibile campione di numerosità "n" abbia la stessa probabilità di essere estratto. L'estrazione delle singole unità e dell'intero campione avviene attraverso un processo casuale (estrazione da un'urna, assegnazione ad ogni unità di numeri casuali, uso di software specifici).

Tale campione è stato sottoposto ad un tipo di analisi retrospettiva (cioè a ricovero concluso) utilizzando il manuale PRUO per adulti.

La rilevazione è stata orientata a classificare l'inappropriatezza della giornata di ammissione, alla analisi di appropriatezza delle giornate di degenza e all'individuazione dei ricoveri totalmente inappropriati ovvero senza alcuna giornata di degenza appropriata.

Le motivazioni che hanno indotto a prendere in considerazione questi indicatori sono state le seguenti:

- l'inappropriatezza della giornata di ammissione indica generalmente una limitata efficienza nel coordinamento e nella programmazione dell'attività ospedaliera;
- l'inappropriatezza delle giornate di degenza successive all'ammissione permette di mettere in evidenza motivi di poca efficienza nella struttura ospedaliera, che non dipendono unicamente dall'unità operativa di ricovero, ma anche dai servizi ausiliari dell'ospedale (diagnostici, ambulatoriali, ecc.);
- i ricoveri senza alcuna giornata di degenza appropriata (totalmente inappropriati) mettono in luce la possibilità di erogare le stesse prestazioni ad un livello assistenziale inferiore o in ambiente specialistico differente.

La rilevazione dei dati è avvenuta mediante la compilazione della Scheda di Rilevazione PRUO (vedi allegato n°2), l'articolazione di questa scheda in molteplici voci ha permesso in parallelo la possibilità di cogliere importanti aspetti inerenti la qualità della documentazione che costituisce la Cartella Clinica.

Tale scheda prevede:

- Giornata di ammissione appropriata (Criteri)
- Giornata di ammissione inappropriata (Motivi)
- Giornate di degenza appropriata (Criteri)
- Giornata di degenza inappropriata (Motivi)
- anamnesi familiare, fisiologica, remota e prossima (completa, parziale, assente)
- esame obiettivo (completo, parziale, assente)

- diario clinico (completezza nella compilazione: almeno una annotazione per ogni singola giornata di ricovero)
- foglio di “grafica” (presenza/assenza)
- documento di raccolta del consenso informato all’intervento chirurgico (il consenso informato è stato valutato tenendo in considerazione, tra l’altro, l’art. 30 del Codice Deontologico “ il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate...”);
- verbale descrittivo dell’intervento chirurgico
- copia lettera di dimissione (presenza/assenza)

6- Elaborazione dei Dati

Il campione di 25 ricoveri ordinari selezionato con modalità random sul totale dei ricoveri dell'anno 2005 è stato analizzato secondo le voci presenti nella scheda di rilevazione PRUO, ogni ricovero è stato analizzato sia nella sua interezza che suddiviso nelle giornate di degenza che lo costituiscono, la giornata di dimissione non è stata presa in considerazione.

Sul totale di 25 ricoveri ordinari si è proceduto ad una prima analisi e suddivisione mirata all'individuazione dei ricoveri totalmente inappropriati ovvero quei ricoveri nei quali non si è rintracciata nessuna giornata di degenza appropriata, questa categoria è rappresentata da 3 ricoveri che rappresentano in percentuale il 12% del campione.

Da tale dato si evince intuitivamente che la maggioranza dei ricoveri ovvero i restanti 22 del campione totale che rappresentano l'88% risulteranno annoverati nella categoria dei ricoveri appropriati.

Questo ultimo dato non risulterebbe pienamente veritiero se fosse interpretato in questa forma semplicistica, è opportuno considerare e tenere presente che anche all'interno di un

ricovero risultato appropriato possono rintracciarsi alcune “singole giornate di ricovero” ovvero alcune giornate di degenza classificabili come inappropriate.

Ritenendo tra le finalità principali dello studio l’obiettivo di migliorare la performance dell’erogazione di prestazioni secondo una logica di efficacia ed efficienza nell’ambito dell’attività assistenziale dell’ area funzionale in esame si è ritenuto opportuno e si è proceduto all’analisi delle singole giornate di degenza che compongono il campione.

Con la compilazione della scheda di rilevazione si è suddiviso ogni ricovero nelle giornate che lo costituiscono, al completamento dell’analisi si è effettuato un riconteggio di tutte la giornate di degenza esaminate, il campione è risultato così costituito da 103 giornate di degenza.

Di questo campione il 27,18 % ovvero 28 giornate di degenza sono risultate per vari motivi inappropriate, mentre il 72.82% ovvero 75 giornate di degenza sono per vari criteri risultate appropriate.

Nonostante il non ampissimo numero di giornate di degenza analizzate questo campione è foriero di spunti di riflessione importanti riguardanti aspetti fondamentali dell’organizzazione dell’assistenza.

Si ribadisce a questo punto che la classificazione come inappropriata di una giornata di degenza secondo la metodica PRUO può scaturire o dal reperimento di motivi espliciti di inappropriatezza o inevitabilmente dal mancato reperimento nel diario clinico di annotazioni esplicite e non routinarie, che testimonino l’impiego delle risorse dell’ospedale per acuti.

La mancanza di tali dati determina l'automatica classificazione della giornata di degenza tra quelle inappropriate.

Focalizzando l'attenzione sulle giornate di ammissione e quindi su i criteri di appropriatezza per il ricovero in ospedale per acuti si sono evidenziate tre giornate cioè il 12% delle giornate di ammissione totalmente inappropriate, analizzandole singolarmente si evidenzia che:

- Una giornata (4%) di ammissione risulta inappropriata in quanto il paziente non necessitava di un ricovero in area chirurgica, infatti l'intero ricovero seppur breve è stato codificato come di tipo medico.

- Una giornata (4%) di ammissione è risultata inappropriata per il profilarsi di una "prematurità di ammissione" (motivo n°33) in quanto il paziente pur rispondendo ai criteri di ricovero in area chirurgica e in particolare la possibilità di eseguire un intervento chirurgico nelle 24 ore successive al ricovero non ha potuto eseguire tale procedura per l'indisponibilità di un presidio chirurgico necessario, ovviamente trattandosi di un'area funzionale di chirurgia di elezione si suppone che tale inconveniente potesse essere gestito in modo ottimale con una migliore programmazione dell'attività.

- Una giornata (4%) di ammissione è risultata inappropriata in quanto il ricovero di un paziente per l'esecuzione di un intervento chirurgico è avvenuto due giorni prima ("prematurità di ammissione"-motivo n°33) della necessità di iniziare terapie preparatorie opportune all'esecuzione dell'intervento che sono specificamente riportate nel diario clinico, anche in questo caso l'assenza di condizioni di urgenza determinano la

perdita dei criteri di appropriatezza per i giorni fino alle 24 ore precedenti l'intervento chirurgico, rimandando così alla necessità di migliorare la programmazione dei ricoveri.

Del totale delle 103 giornate di degenza esaminate 29 sono risultate essere catalogate come inappropriate:

- Una giornata (3%) è risultata inappropriata per la mancata disponibilità di un presidio chirurgico utile all'esecuzione di un intervento nelle 24 ore successive all'ammissione per tanto il ricovero pur presentando dei criteri di ammissione appropriati non risulta esserlo nella sua totalità.

In questo caso data la dimissione del paziente per l'impossibilità di eseguire l'intervento è l'intero ricovero ad assumere le caratteristiche di inappropriatezza.

- Due giornate (7%) sono risultate inappropriate nell'ambito dello stesso ricovero in quanto nonostante si potessero rinvenire annotazioni specifiche nel diario clinico queste non rappresentavano criteri di validi né prevedevano l'esecuzione di un intervento chirurgico nelle 24 ore successive all'ammissione.

- Tre giornate (10%) sono risultate inappropriate per l'annotazione esplicita nel diario clinico dell'attesa per l'esecuzione di un esame strumentale nella fattispecie di imaging diagnostico.

In questo caso si profila una situazione di inappropriatezza ascrivibile al sistema di funzionamento dell'ospedale e non a problemi interni all'area funzionale.

Ventitre giornate (80%) sono risultate classificate come inappropriate per il mancato rilevamento nel diario clinico di criteri espliciti di appropriatezza o per la presenza di annotazioni routinarie non ascrivibili ai criteri di appropriatezza.

Data la chiara importanza della possibilità di reperire informazioni in cartella per la corretta applicazione del PRUO nelle schede di rilevazione è inserita un'apposita voce "completezza diario clinico" mirata alla valutazione di tale aspetto.

I risultati rilevati non sono sicuramente incoraggianti, infatti solo in 12 schede e cioè per il 48% delle cartelle si è proceduto a indicare come completo il diario clinico, mentre nel restante 52% e cioè per 13 cartelle alla voce in questione è stata catalogata una risposta negativa.

Tale dato che può sembrare marginale in un'analisi più squisitamente organizzativa, tuttavia non può essere sottovalutato in quanto evidenzia la scarsa "considerazione" che gli operatori sanitari attribuiscono alla cartella clinica che evidentemente non viene percepita né riconosciuta come atto ufficiale legalmente rilevante, né come supporto irrinunciabile e unico per garantire il continuum assistenziale al paziente nonché la fonte primaria per una corretta pratica clinica.

In tutte le 25 cartelle analizzate cioè nel 100% del campione non si è rilevata la presenza della lettera di dimissione.

A tale riguardo stressando l'opzione dell'override positivo e conoscendo l'organizzazione interna dell'area funzionale si può ritenere che sicuramente i pazienti sono stati dimessi con indicazioni scritte riguardanti il trattamento ricevuto, indicazioni terapeutiche domiciliari e eventuali prenotazioni riguardanti i successivi controlli.

Ma l'impossibilità di reperire tale documento all'interno della cartella clinica che è l'unico strumento informativo da cui la metodica PRUO estrapola elementi di

classificazione, risulta impossibile rintracciare tale criterio di appropriatezza o meglio di completezza della documentazione clinica.

Se la lettera di dimissione viene considerata come l'unico o uno dei principali strumenti di comunicazione e aggiornamento tra "l'ospedale per acuti" e il "medico curante" del paziente e cioè l'unico strumento di comunicazione e coordinazione tra due livelli assistenziali differenti si impiega poco a capire quali difficoltà possano ostacolare la realizzazione di uno degli intenti fondamentali della metodica PRUO, cioè la coordinazione e l'integrazione tra livelli assistenziali differenti.

Il consenso informato presente nella totalità delle cartelle risulta essere rappresentato da una formula alquanto generica e sicuramente non esaustiva allegata al format della cartella clinica, tale formato può essere interpretato come testimonianza di un colloquio chiarificatore ed esaustivo tra il medico e il paziente, ma questa rimane una congettura, un proposito o meglio un override positivo non annoverabile tra i criteri espliciti.

Data la specifica applicazione della metodica PRUO ad un'area funzionale di tipo chirurgico di elezione, affinché i dati sopra riportati non vengano interpretati in maniera errata si ritiene opportuno sottolineare che la presenza nell'ambito di un ricovero di una procedura chirurgica, che sia un intervento o comunque una procedura invasiva che preveda l'utilizzo della sala operatori e di un'anestesia superiore ai trenta minuti, determina una fortissima influenza sulla classificazione sia della giornata di ammissione che sulla giornata di degenza.

Ad esempio l'effettuazione di una procedura chirurgica o di un intervento nelle 24 ore successive al ricovero determina automaticamente l'appropriatezza della giornata di ammissione e della prima giornata post operatoria.

Tale situazione si amplifica in presenza di procedure chirurgiche di rilevanza maggiore in quanto si determina la necessità di monitorare parametri vitali e funzionali specifiche (per esempio, la canalizzazione, la temperatura, la tolleranza all'alimentazione....) la cui ripresa nel corso delle giornate postoperatorie rappresenta un valido criterio di appropriatezza.

Di seguito si è provato a riassumere schematicamente quanto sopra esposto:

Tab. 3
La procedura chirurgica nell'appropriatezza del ricovero

AMMISSIONE	1° giorno degenza	2° giorno degenza
	Esecuzione intervento chirurgico	
APPROPRIATA	APPROPRIATO	APPROPRIATO

AMMISSIONE	1° giorno degenza	2° giorno degenza	3° giorno degenza
		Esecuzione intervento chirurgico	
INAPPROPRIATA (ricercare motivo)	INAPPROPRIATO (ricercare motivo)	APPROPRIATO	APPROPRIATO

AMMISSIONE	1° giorno degenza	2° giorno degenza	3° giorno degenza
	Visite ed indagini specialistiche non di routine	Esecuzione intervento chirurgico	
INAPPROPRIATA (ricercare motivo)	APPROPRIATO	APPROPRIATO	APPROPRIATO

Tab 4.

Schema riassuntivo dati

		Ricoveri totalmente inappropriati	Ricoveri totalmente appropriati
--	--	-----------------------------------	---------------------------------

CAMPIONE (Ric. Ord. random anno 2005)	25	3 (12%)	22 (78%)
		Tot giornate inappropriate	Tot giornate appropriate
Totale giornate degenza Analizzate	103	29 (27.18%)	74 (72.82%)

Tab. 5

Distribuzione giornate di degenza classificate come inappropriate

Numero giornate inappropriate	Motivi
1 giornata (3%)	114 - Mancanza presidio
2 giornate (7%)	113- In attesa di intervento
3 giornate (10%)	122- In attesa di TC
23 giornate (80%)	Assenza di diario clinico con criteri di appropriatezza chiari

Grafico 1:

Rappresentazione ricoveri

Grafico 2 :

Rappresentazione giornate di degenza

Grafico 3:

**Rappresentazione motivi di inappropriatazza delle singole giornate di degenza
classificate come inappropriate**

7- Conclusioni

La gestione delle aziende sanitarie secondo i principi dell'aziendalizzazione e del controllo di gestione hanno determinato la necessità di cercare ed applicare nuovi strumenti di controllo e conoscenza dei meccanismi di funzionamento interni, nell'intento di istituire processi di verifica e successivamente di riorganizzazione che avessero come fine ultimo l'efficienza gestionale della "struttura ospedale per acuti", in relazione ai compiti e alle potenzialità che tale definizione delinea nell'ambito dei vari livelli assistenziali.

La metodica PRUO risponde con le sue caratteristiche di semplicità di applicazione, rapidità e riproducibilità alle necessità della direzione aziendale, la sua applicazione presso l'A.O.U. Policlinico "Federico II" è una delle principali iniziative che stanno determinando la conoscenza dei meccanismi di funzionamento e organizzazione della varie aree funzionali.

Nel corso della fase applicativa della metodica, il PRUO è divenuto progressivamente uno strumento di valutazione foriero di importanti informazioni, ma soprattutto è parso acquisire le caratteristiche o più verosimilmente si è tentato di interpretarlo come

strumento conoscitivo per azioni programmatiche successive in diversi aspetti organizzativi della attività assistenziale.

In particolare si è colta l'occasione di sottolineare le potenzialità “organizzative” e “migliorative” che l'indagine conoscitiva secondo PRUO può indurre in un'area funzionale di chirurgia di elezione in relazione all'ottimizzazione dei tempi e delle modalità di ricovero.

Da tale analisi sono scaturite alcune proposte di miglioramento che si ritiene possano essere materiale di studio e strumenti applicativi futuri.

Si è supposto che il PRUO possa essere il segmento iniziale di un circolo virtuoso, difatti non nella sua singolarità ma collegandolo ad altri aspetti e strumenti del controllo di gestione o meglio inserendolo in un progetto di scelte gestionali e di riorganizzazione più ampio.

Tra i punti fondamentali di tale “nuova” strategia si ritiene considerare i seguenti presupposti fondamentali:

- Il PRUO come strumento di analisi dell'appropriatezza dei ricoveri all'interno del “sistema” area funzionale.
- L'attività chirurgica di elezione (e non solo questa) è strettamente e necessariamente legata alla funzionalità e alla tempistica di accesso alle aree cosiddette dei servizi (diagnostica) e alle aree cosiddette critiche (complesso operatorio e complesso intensivo rianimatorio) dell'azienda.
- La complessità di alcuni profili sanitari o più comunemente la multidisciplinarietà diagnostica anche di quadri patologici da sottoporre a procedure chirurgiche da

curare in seno all'ospedale per acuti spingono verso la realizzazione di Percorsi Assistenziali Diagnostico-Terapeutici (PDT).

Si ritiene a tale punto ascrivere e non unicamente a fini di completezza ma per la concreta importanza di tale aspetto, la sempre maggiore tendenza ed obbligo delle Aziende Sanitarie al rispetto del principio di "economicità" nell'ambito delle prestazioni erogate.

- I punti precedenti vengono ulteriormente avvalorati dalla necessità chiara e giuridicamente indicata nell'obbligo per le Regioni e di conseguenza per le Aziende Sanitarie di ridurre i tassi di ospedalizzazione e di conseguenza di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri.

Da tali riflessioni si ritiene possano scaturire le seguenti fasi programmatiche che rappresenterebbero una strada sicuramente valida e certamente perfezionabile per la realizzazione di attività di programmazione e di gestione orientate a raggiungere gli obiettivi di una razionale gestione aziendale.

Assunto il PRUO e le sue eventuali evoluzioni e perfezionamenti metodologici e applicativi come lo strumento di rilevazione dello "stato dell'arte" riguardante l'appropriatezza dei ricoveri nelle varie aree funzionali, si propone il passaggio alla individuazione dei cosiddetti "colli di bottiglia" ovvero quelle aree o servizi correlati e necessari allo svolgimento dell'attività chirurgica di elezione, gli esempi più rilevanti sono rappresentati, come anticipato, dalle aree di diagnostica per immagini e dalle aree critiche di sala operatoria ed eventuali servizi di rianimazione e terapia intensiva.

La coordinazione con tali servizi deve essere orientata, a nostro avviso, principalmente alla riduzione o meglio alla armonizzazione dei tempi diagnostico-terapeutici.

Ritenendo tali segmenti temporali le semplici unità o comunque i momenti fondamentali e talvolta conclusivi di un percorso, ne scaturisce l'ovvia necessità e opportunità che tale continuum diagnostico-terapeutico venga canonizzato nella sua interezza e specificità.

Lo sviluppo e l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) è articolata, o lo dovrebbe essere, in più fasi.

Tra quelle fondamentali si ritiene opportuno sottolineare le seguenti:

- elaborare e condividere una strategia o meglio un piano strategico;
- operare in una logica di pianificazione e programmazione;
- adottare uno stile organizzativo che possa favorire la formazione di gruppi di lavoro collaborativi e multidisciplinari (in grado di coniugare sapere clinico, epidemiologico, aziendale, economico, organizzativo, sociologico);
- organizzare momenti formativi per promuovere la conoscenza delle principali metodologie valutative in ambito sanitario e per rendere disponibile, ovvero coinvolgere e rendere protagonista responsabile, il personale operante secondo modelli di flessibilità funzionale e/o organizzativa;
- coltivare un'attitudine all'ascolto reciproco e al confronto scientifico;
- sviluppare e diffondere la cultura dell'efficacia in medicina: far tesoro dei contributi tecnici dei professionisti presenti nell'Unità Organizzativa che siano forniti in base alla

migliore letteratura (EBM) o, in assenza di evidenza scientifica, dell'esperienza ben documentata derivante dalla propria casistica;

- essere solidamente ancorati alla situazione locale, anche quella relativa al contesto, alle risorse disponibili e al mandato ricevuto, ovvero tenere ben presente i principi di praticità e applicabilità funzionale ;

- operare in una logica di rete;

- presidiare ed integrare le interfacce tra settori/parti del sistema;

- promuovere la continuità assistenziale;

- “combattere” l'autoreferenzialità con l'educazione al confronto (degli individui, dei gruppi, delle discipline, delle professioni, delle organizzazioni);

La fase di “costruzione” del percorso prevede a sua volta alcuni passi fondamentali riportati schematicamente di seguito:

– *Costruzione del gruppo di lavoro*

Tale gruppo deve essere multidisciplinare e multifunzionale, comprendendo tutti le figure professionali coinvolte alla gestione della patologia.

- *Selezione della patologia*

Prevede un processo di identificazione dei problemi e una scelta delle priorità, varie possono essere le fonti per reperire informazioni a riguardo. La scelta della patologia da sottoporre a revisione può scaturire da vari fattori che vanno dalla frequenza al costo di una prestazione, l'opzione deve scaturire da un processo di negoziazione tra la Direzione Generale o Sanitaria e la Direzione dell'unità operativa.

– *Stesura del percorso di assistenza*

Questa è la fase in cui si procede alla programmazione attenta dell'insieme di tutte le attività da effettuare nel corso dell'intero percorso assistenziale, tali scelte debbono essere condivise e note a tutto il gruppo di lavoro.

Tale messa a punto deve prevedere la valutazione del:

♣ **Percorso effettivo:** *che è l'iter operativo concretamente seguito nell'ambito della specifica organizzazione per dare risposta al problema di salute di un paziente.*

♣ **Percorso di riferimento (Ideale):** *indica la miglior sequenza temporale e spaziale di attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente, sulla base delle migliori conoscenze riportate in letteratura (EBM).*

♣ **Percorso obiettivo (possibile o praticabile):** *ovvero non "ciò che si potrebbe fare" ma ciò che si "può fare". Può essere inteso come un percorso di riferimento migliorato con cambiamenti organizzativi e clinici compatibili con le conoscenze tecnico-scientifiche, le risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione della struttura.*

Il percorso obiettivo diviene **Percorso effettivo** quando viene applicato di routine e senza particolari sforzi.

Nella stesura del percorso, il gruppo dovrà fornire:

- criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti, ovvero i criteri che determinano l'ingresso di un paziente in un certo PDT; con tale termine ci si riferisce alla chiara

definizione delle caratteristiche che il paziente deve avere per <<entrare>> in un determinato percorso. Esse si riferiscono, in via prioritaria, alle caratteristiche patologiche, osservate o diagnosticate, del paziente quali: uno stato febbrile, una situazione di dolore, uno stato di insufficienza di funzioni vitali, ecc...;

- criteri di uscita, ovverosia i criteri/parametri clinici su cui si basa la scelta di dimissione o conclusione del trattamento del paziente, e che permettono una prima valutazione della validità o meno di un certo PDT;
- esplicitazione dei risultati di salute attesi, riportando anche eventuali specificità, problematiche, comorbidità e complicazioni più comuni e/o prevedibili.

Il gruppo di lavoro deve, inoltre, definire le Modalità Operative per lo sviluppo del PDT, attraverso l'utilizzo di specifici strumenti quali:

- brainstorming,
- una flowchart di sintesi, che individua le fasi/episodi principali del percorso;
- le flowchart analitiche, che esplodono ciascuna fase con la mappatura della sequenza logica delle attività;
- interviste ad operatori e pazienti, finalizzate all'acquisizione di elementi utili alla descrizione del percorso effettivo;
- la matrice "tempi-luoghi-attività", che scandisce in caselle cronologicamente ordinate l'indicazione delle principali attività da assicurare in ciascuna fase del percorso ospedaliero indagato;

- la scheda di monitoraggio, da utilizzare per la rilevazione delle informazioni di processo/PDT nella pratica effettiva;
- il “report” di PDT, ovvero sia la scheda di presentazione delle suddette informazioni elaborate per consentire l’analisi degli scostamenti fra PDT di riferimento e PDT effettivi.

Le attività, correlabili alle risorse impiegate (quindi ai costi) ed ai fenomeni organizzativi interni alla struttura ospedaliera, rappresentano uno degli aspetti del miglioramento gestionale, attraverso l’innovazione, la loro soppressione oppure sostituzione o riposizionamento nel percorso, sulla base della valutazione, positiva o negativa, che viene data all’apporto da esse fornito al percorso stesso, con riferimento ai singoli episodi che lo caratterizzano.

Le Categorie dell’assistenza che il gruppo di lavoro deve prendere in considerazione nella stesura dei PDT sono in brevi le seguenti:

- *Valutazione del paziente.*
- *Educazione del paziente e/o della famiglia.* Si riferisce a tutte le istruzioni di routine date al paziente e/o ai familiari riguardo la gestione della propria condizione (elementi di rassicurazione e di spiegazione sul percorso atteso del paziente, elementi di umanizzazione e personalizzazione).
- *Esami diagnostici.* Sono tutte le procedure diagnostiche, invasive e non, che il paziente deve effettuare: esami di laboratorio, strumentali, ecc. La parola chiave che deve

trovare vasto consenso nel gruppo di lavoro è l'appropriatezza. Infatti, nel percorso vanno inclusi, dopo un forte processo di revisione sistematica, solo gli esami necessari o significativi (in base a criteri di sensibilità, specificità, valore predittivo) per la gestione del paziente.

Inoltre, una volta scelti gli esami, vanno indicati i processi organizzativi migliori e più adatti alla situazione locale per rendere presto disponibile la procedura diagnostica quando serve. Questo con l'obiettivo evidente di far evitare al paziente *inutili attese* per un esame rilevante per la gestione della sua condizione.

- *Interventi o procedure*. Sono le azioni intraprese in base alla valutazione e agli esami diagnostici che dovrebbero influenzare l'outcome, i trattamenti e le procedure mediche o infermieristiche che potenzialmente potrebbero soddisfare i bisogni del paziente, come un intervento chirurgico, un cateterismo, una medicazione o anche una semplice iniezione intramuscolo.

Anche in questo caso le parole chiave sono appropriatezza nell'indicazione e correttezza nell'esecuzione (in base a specifici protocolli operativi il più possibile orientati dalle revisioni sistematiche della letteratura o dall'esperienza concordata fra gli esperti in conferenze di consenso).

- *Consulenze*. Sono tutti i consulti interdisciplinari di cui necessita il paziente. Va da sé che, in questa logica, anche le richieste di consulenza debbono essere appropriate laddove l'appropriatezza delle richieste di consulenza viene dimostrata in primo luogo

dalla precisione del quesito clinico oltre che dall'adesione a un accordo preventivo con gli specialisti (in quali occasioni? con quali pazienti? per quali problemi?).

Debbono essere inoltre previsti i meccanismi organizzativi affinché le richieste di consulenza siano soddisfatte al momento della necessità del paziente.

- *Terapia farmacologia*. È la sezione che guida il professionista somministrazione dei farmaci in termini di:

- * via di somministrazione (endovena, intramuscolare, sottocute, per bocca) e frequenza;

- * somministrazione pianificata o al bisogno;

- * comportamento da tenere in caso di necessità di gestione di problemi generici (dolore, ipertensione, ecc., o specifici, come ad esempio la profilassi antibiotica pre/postoperatoria). Questa categoria assistenziale va di regola gestita con protocolli operativi orientati alle più recenti revisioni sistematiche e in sé contiene i meccanismi organizzativi per rendere integrata ed efficace la prescrizione farmacologica nel corso di tutto il percorso assistenziale, sapendo prevedere e quindi prestando particolare attenzione ad effetti collaterali, rischi di incidenti di somministrazione, interazioni fra farmaci.

- *Nutrizione*. Obiettivo di questa parte del processo assistenziale è la corretta gestione dello stato nutrizionale del paziente.

Questa si può ottenere:

- *con azioni di risposta a bisogni specifici o terapeutici* (ad es. come instaurare una nutrizione parenterale, come affrontare problematiche particolari relativamente a pazienti affetti da diabete, scompenso cardiaco, dialisi, pazienti che debbono essere sottoposti ad anestesia o a intervento chirurgico e che dovranno aver progettate politiche alimentari orientate ai loro bisogni specifici);
- *con azioni relative agli aspetti alberghieri della nutrizione nei diversi ambienti* (ad es. impegnarsi per far mangiare le persone ricoverate in ospedale a un tavolo e non a letto, specie se possono alzarsi e spostarsi anche con un aiuto).
- *Attività e sicurezza del paziente.* È la parte del processo assistenziale che cura la pianificazione dell'attività giornaliera del paziente. Le fasi principali sono:
 - *i programmi di mobilizzazione attiva e passiva;*
 - *i programmi di progressione del paziente* (dal letto, alla poltrona, all'uso del bagno, alla deambulazione con/senza sussidi);
 - *i programmi di uso dei presidi che garantiscono la sicurezza del paziente all'interno dell'organizzazione* (prevenzione delle cadute, limitazioni, prevenzione del suicidio, protocolli antidecubito).

A tal punto si procede alla scrittura del percorso che può seguire varie opzioni tutte valide di seguito si indicano i punti salienti:

- inizia con la revisione critica su base documentale (cartelle cliniche e/o altri documenti di registrazione dati clinici) di quanto l'organizzazione fa per/con la tipologia di pazienti prescelta durante il ricovero o l'episodio di cura;
- continua selezionando la popolazione o un campione casuale di pazienti con caratteristiche tali da farli includere nel percorso;

- continua creando un "canovaccio" che comprende tutte le azioni che sono state intraprese per questi pazienti e chi le ha fatte, utilizzando la tecnica del "work design", comprendendo la scomposizione dei macroprocessi (attività poste a un livello più elevato di dettaglio) in microprocessi (attività poste a un livello successivo di dettaglio), la rappresentazione dei processi, in base alla quale ogni singolo processo viene rappresentato graficamente con la "scatola delle attività".

Infine si giunge alla applicazione in via sperimentale del percorso che non può durare meno di tre mesi, in questa fase vanno individuate: l'ambiente di sperimentazione, un referente tecnico-scientifico, nonché la rilevazione degli indicatori di processo precedentemente definiti e la comunicazione collegiale dei risultati rilevati al fine di individuare eventuali possibili azioni correttive.

Quanto sopra esposto sembra essere una delle strade valide ma sicuramente non agevole da seguire per dare un valore reale organizzativo e gestionale ai tanti nuovi concetti e dettami introdotti dal processo di aziendalizzazione nella gestione del Sistema Sanitario Nazionale, nonché un dovere per fronteggiare la sempre minore disponibilità di risorse economiche a fronte di una popolazione sempre più longeva e ad una domanda di assistenza sanitaria sempre più "moderna" in relazione alle innovazioni tecnologiche disponibili.

Tab. 6

Criteria di appropriatezza

CRITERI DELLA AMMISSIONE	CRITERI PER LA GIORNATA DI DEGENZA
<p>A - Criteri legati alle condizioni del paziente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frequenza cardiaca < 50 o > 140 (a riposo) 2. Pressione arteriosa sistolica < 90 o > 200 mm Hg o diastolica < 60 o > 120 mm Hg 3. Criterio eliminato 4. Temperatura ascellare > 38°C per 5 gg compreso il giorno di ammissione in ospedale 5. Sanguinamento in atto (o nelle ultime 48h) 6. Squilibrio idroelettrolitico, acido-base, metabolico o minerale (laboratorio e/o clinica) 7. Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta 8. Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi (vedi manuale, criterio complesso) 9. Criterio eliminato 10. Perdita o calo improvviso della vista o dell'udito 11. Perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo <p>B - Criteri legati a prestazioni necessarie nelle 24 ore successive</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Osservazione medica più volte (cfr. manuale operativo) 	<p>A - Prestazioni mediche</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedure in sala operatoria nel giorno indice (GI) 2. Procedure in sala operatoria il giorno successivo al GI, ma che richiedono consulto o valutazioni straordinari 3. Criterio eliminato 4. Criterio eliminato 5. Criterio eliminato 6. Criterio eliminato 7. Criterio eliminato 8. Controllo dietetico stretto con misure nel GI 9. Osservazione medica almeno tre volte nel GI 10. Prima giornata postoperatoria per procedure selezionate 11. Controllo di terapie e/o effetti collaterali da verificare almeno ogni 24 h <p>B - Prestazioni infermieristiche</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Assistenza/terapia respiratoria intermittente o continua nel GI 13. Somministrazione e.v. più volte nel GI

<p>13. Osservazioni e prestazioni infermieristiche più volte (cfr. manuale operativo)</p> <p>14. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua</p> <p>15. Monitoraggio dei parametri vitali più volte al giorno</p> <p>16. Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e/o necessità di sala operatoria il giorno stesso od il successivo</p> <p>17. Controllo di terapie e/o effetti collaterali da verificare almeno ogni 24 ore</p> <p>18. Somministrazione di farmaci o fluidi e.v. da ripetersi più volte al giorno</p> <p>C - Criteri straordinari (Override)</p> <p>19. Altre situazioni/prestazioni che giustificano la ammissione</p> <p>20. Criteri da 1 a 18 presenti, ma ammissione comunque non appropriata</p>	<p>14. Monitoraggio dei parametri vitali più volte nel GI</p> <p>15. Valutazione del bilancio idrico/diuresi nel GI</p> <p>16. Ferite chirurgiche problematiche e/o drenaggi controllati nel GI</p> <p>17. Prestazioni infermieristiche più volte</p> <p>C - Condizioni del paziente</p> <p>18. Sanguinamento in atto il GI od il precedente</p> <p>19. Presenza/sospetto di ischemia miocardica acuta o di fibrillazione ventricolare</p> <p>20. Temperatura di almeno 38°C nelle ultime 48 h</p> <p>21. Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi nel GI o precedente</p> <p>22. Infarto miocardico acuto; Ictus cerebrale</p> <p>23. Ileo/mancata canalizzazione</p> <p>24. Patologia ematologica acuta</p> <p>D - Criteri straordinari (Override)</p> <p>25. Altri situazioni/prestazioni che giustificano la degenza</p> <p>26. Criteri da 1 a 24 presenti, ma giornata comunque inappropriata</p>
<p>Note: 1- la Tabella presenta il titolo dei criteri, e non la definizione operativa completa; questa verrà fornita nel manuale operativo (modulo secondo)</p> <p>2- alcuni criteri delle versioni precedenti sono stati o eliminati (perché ridondanti e assenti in AEP) o aggregati. Questo fatto spiega la presenza di alcuni codici numerici senza titolo; vengono mantenuti per agevolare i confronti.</p>	

Tab. 6
Motivi di inappropriatelyzza

MOTIVI DI INAPPROPRIATEZZA PER LA GIORNATA DI AMMISSIONE	MOTIVI DI INAPPROPRIATEZZA PER LE GIORNATE DI DEGENZA	
31. Esecuzione di esami diagnostici	A) Paziente in attesa di	D) Paziente in attesa esito di esami
32. Esecuzione di intervento terapeutico medico	intervento, ma...	171. Radiologia convenzionale
33. Attesa di esecuzione di intervento chirurgico	110. Sala operatoria	172. Tac
34. Assistenza infermieristica di base	indisponibile per	173. Ecografia (non cardiaca)
35. Assistenza infermieristica - terapia	emergenza sopraggiunta	174. Radiologia invasiva
36. Clinica complessivamente critica	111. Sala operatoria	175. Doppler, ecodoppler
37. Situazione familiare critica	indisponibile per ragioni	176. RNM
38. Situazione sociale critica	organizzative	177. Esami ematochimici
39. Altro (specificare)	112. In corso accertamenti	178. Esami con isotopi
	preoperatori	179. Endoscopia digestiva
	113. In attesa di intervento	180. Broncoscopia
	114.	181. Esplorazione funzionale sistema nervoso
	118. Terapia intensiva	182. Esami cardiologici invasivi
	indisponibile	183. Esami cardiologici non invasivi
	119. Altro	184. Indagini otoneurologiche
		185. Indagini oculistiche
	B) Paziente in attesa di	186. Indagini ginecologiche
	eseguire esami (motivo	187. Indagini urologiche-dinamiche
	valido anche per il giorno	188.
	di esecuzione)	198. Altro
	121. Radiologia	
	convenzionale	E) Altri motivi riferibili all'ospedale
	122. TAC	201. Sintomatologia lieve, ma il curante
	123. Ecografia (non	ritiene utile trattenere

cardiaca)	202. Iter diagnostico-terapeutico non definito
124. radiologia invasiva	203. Ritardo compilazione documenti
125. Doppler, ecodoppler	
126. RNM	F) Motivi socioambientali
127. Esami ematochimici	205. Attesa trasferimento in altra struttura per acuti
128. Esami con isotopi	206. Attesa trasferimento in struttura non per acuti
129. Endoscopia digestiva	
130. Broncoscopia	
131. Esplorazione funzionale sistema nervoso	210. Assistenza domiciliare indisponibile
132. Esami cardiologici invasivi	211. Il paziente non ha fissa dimora
133. Esami cardiologici non invasivi	212. Il paziente/familiari chiedono prolungamento degenza
134. Indagini otoneurologiche	213. Difficoltà nei trasporti per esami/terapie
135. Indagini oculistiche	220. Assistenza infermieristica domiciliare indisponibile
136. Indagini ginecologiche	221. Assistenza in struttura non per acuti indisponibile
137. Indagini urologiche-dinamiche	
138.	
148. altro	
C) Paziente in attesa di visita specialistica	
150. Cardiologica	
151. Neurologica	
152. Otorinaria	
153. Oculistica	
154. Chirurgica	
155. Ortopedica	
156.	
170. Altro	

Nota: la lista dei Motivi può variare nella organizzazione e nel dettaglio, a differenza di quella dei Criteri.

8- Ringraziamenti:

Uno speciale ringraziamento alla prof. Maria Triassi e al prof. Giuseppe P. Ferulano che mi hanno spinto e motivato alla conoscenza di argomenti per me nuovi consentendomi di arricchire la mia formazione e di scorgere nuove ed interessanti prospettive future.

Grazie a tutto lo staff della Direzione Sanitaria dell'AOU Federico II, per la particolare disponibilità e pazienza ringrazio la dr. F. Rubba dr. R. Egidio e la dr. D. Schiavone e non ultima la dr. P. Cuccaro con le quali spero di realizzare ancora tanti obiettivi futuri.

Un grazie che purtroppo non posso offrire di persona al prof. Francesco Ciccarelli, se sono qui lo devo anche a lui, ci hai lasciato troppo presto, grazie ovunque tu sia.

Grazie a chi mi ha sostenuto con pazienza ed insostituibile affetto quotidiano.

Fonti Bibliografiche:

Pierluigi Morosini, *“Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità”*
Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.

Giorgio Casati, “*Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*”, McGraw-Hill, Milano, 2000.

Elio Borgonovi, “*Principi e strumenti aziendali per le amministrazioni pubbliche*” Egea, Milano, 1996.

Carlo Signorelli, “*Note didattiche di organizzazione e legislazione sanitaria*”, 2002.
<http://www.biomed.unipr.it~signorel/appunti.htm>

Nerina Dirindin, “*Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione delle Regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali?*”, in “*Governare il federalismo*”, a cura di Dirindin N. e E. Pagano, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2001.

Pellegrino P., “*La politica sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma costituzionale*”, 2003
<http://polis.unipmn.it/pubbl/RePEc/uca/ucapdv/pellegrino62.pdf>

Testo aggiornato del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”, pubblicato in S.O. alla *Gazzetta Ufficiale* n. 4 del 7 gennaio 1994
<http://www.nursesarea.it/normativa/dec502/inddec.htm>

Decreto Legislativo 19 giugno 1996, n. 229, “*norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*” pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 165 del 16 luglio 1999 – S.O. n. 132/L
<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/99229dl.htm>

Delibera Giunta Regionale della Campania 30 Marzo 2007 n. 546
“*Interventi per la promozione dell’appropriatezza dei ricoveri ospedalieri. Adeguamento delle Soglie massime di ricovero ai sensi dell’allegato 2c del DPCM 20.11.2001. Livelli Essenziali di Assistenza. Istituzione del modello organizzativo Day Service.* <http://www.rerione.campania.it>
Viola Compagnoni, “*Analisi dei criteri per la definizione di standard sanitari nazionali*” Working paper n. 61, December 2005
Dipartimento di Politiche Pubbliche e Scelte Collettive – POLIS
Università del Piemonte Orientale “*Amedeo Avogadro*” Alessandria

Pierluigi Morosini “*Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale*”
Rapporti ISTISAN 04/29
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
© Istituto Superiore di Sanità 2004

S.Castaldi, MR. Ferrari, G.Sabatino, R. Trisolini, F.Auxilia. “*Evaluation of the appropriateness of hospital use: the case of IRCCS Ospedale Maggiore di Milano*”.

Italy Ann Ig. 2002 Sep-Oct;14(5):399-408

Burgio, A. D'Errico, MT. Tamburano, “*Il sistema ospedaliero del Servizio Sanitario Nazionale: efficienza e appropriatezza a livello regionale.*”

Ig San Pubbl 2002; 58: 413-30.

Angelillo IF, Ricciardi G, Nante N, Boccia A and Collaborative Group. “*Appropriateness of hospital utilisation in Italy.*”

Public Health 2000; 114: 9-14

Joseph Restuccia “*Strengths and Weaknesses of Hospital Appropriateness Tools*”

National Congress on Hospital Appropriateness

Bari, Italy, 15 – 19 May 2002

Joseph Restuccia “*Strategies to Improve Health Care System Appropriateness*”

National Congress on Hospital Appropriateness

Bari, Italy, 15 – 19 May 2002

Giorgio Casati, “*Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*”,

McGraw-Hill, Milano, 2002.

Giorgio Casati, “*Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*”,

McGraw-Hill, Milano, 2000.

Serena Cascioli, “*Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie*”,

Franco Angeli, Milano, 2003.

Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, “*Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge*

30 novembre 1998, n. 419” pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 8 del

12 gennaio 2000 – S.O. n. 10

<http://www.parlamento.it/leggi/deleghe/99517dl.htm>

Consiglio Dei Ministri il 17 maggio 2001. “*Linee guida sui protocolli SSN-Università.*”

A cura di Libertà Medica

<http://www.libertamedica.it>

Giorgio Casati, “*Il percorso del paziente - la gestione per processi in sanità*”,

Egea, Milano, 1999.

Il Progetto Ministeriale (piano esecutivo) dei Programmi Speciali del D.L. 502/92

“*Concettualizzazione, sviluppo e valutazione di strumenti di osservazione e di intervento che aumentino l'uso appropriato dell'ospedale per acuti*”

Protocollo Revisione Utilizzo Ospedale (PRUO)

Manuale di applicazione nell'ambito del Progetto Ministeriale (piano esecutivo) dei Programmi Speciali del D.L. 502/92 *“Concettualizzazione, sviluppo e valutazione di strumenti di osservazione e di intervento che aumentino l'uso appropriato dell'ospedale per acuti”*

Allegato n°1

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE CAMPANIA - N. 23 DEL 23 APRILE 2007

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 30 marzo 2007 - Deliberazione N. 546 - Area Generale di Coordinamento N. 19 - Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. – N. 20 - Assistenza Sanitaria - **Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri - Adeguamento delle soglie massime di ricovero ai sensi dell'allegato 2C del DPCM 20.11.2001 - Livelli Essenziali di Assistenza - Istituzione del modello organizzativo del Day Service.**

Visti

l'intesa dell'8/8/01 tra Governo Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano; il

D.L. 347 del 18/9/01 art. 6 convertito con modifiche in legge 405 del 16/11/01;

l'intesa tra Stato-Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 22/11/01 con cui sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza;

il DCPM 29/11/01 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"

l'intesa, tra lo Stato e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, del 23 marzo 2005

la DGRC del 15 marzo 2002 n. 1082 avente per oggetto: "DCPM 20.11.01 concernente i Livelli Essenziali di Assistenza: Disposizioni attuative"

la DGRC n. 6490 del 30.11.2001 "Direttive concernenti le attività di assistenza ospedaliera in regime Day-Surgery".

la DGRC n. 4847 del 25.10.2002 "Determinazione dei valori soglia e modalità erogative dei D.R.G. di cui all'allegato 2C del D.P.C.M. del 29/11/2001".

Deliberazione n. 460 del 20 marzo 2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004."

Considerato

che nell'allegato 2C del DCPM 29/11/01 sono stati individuati i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza se trattati in regime di ricovero ordinario, per i quali le Regioni avrebbero dovuto definire soglie massime di ammissibilità di ricoveri ordinari individuando, eventualmente, ulteriori DRG da sottoporre a soglia;

Constatato

che sulla base delle proposte formulate dalla commissione tecnica all'uopo istituita, con le DGRC n. 6490 del 30.11.2001 e n. 4847 del 25.10.2002, furono individuati, oltre ai 43 DRG inclusi nell'allegato 2C del DCPM 29/11/2001, ulteriori 14 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, per i quali furono fissate soglie massime di ammissibilità del numero dei ricoveri ordinari con degenza superiore ad 1 giorno e disincentivazioni tariffarie in caso di superamento delle soglie prefissate;

Ritenuto

di dover precisare che a tutti i DRG chirurgici contenuti nelle liste approvate con le deliberazioni 6490 del 30 novembre 2001 e 4847 del 25 ottobre 2002, si applica quanto previsto nella delibera 6490/2001, sia sul piano disciplinare, che del calcolo della remunerazione;

Preso atto

dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e in particolare dell'art. 4 che impegna le Regioni ad una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata garantendo, entro l'anno 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per i ricoveri in regime diurno, tendenzialmente, entro il valore di 180 ricoveri per mille abitanti residenti, di cui, di norma, il 20% deve essere costituito da ricoveri diurni;

Rilevato che

il tasso di ospedalizzazione relativo ai ricoveri per acuti dei residenti in Regione Campania per il 2005 risulta di 208,5 ricoveri per 1000 abitanti al netto della mobilità passiva interregionale e di 223,8 ricoveri per 1000 abitanti includendo la mobilità passiva interregionale;

Considerato che

va promosso in maniera incisiva l'incremento dei livelli di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero al fine di ottenere la riduzione dei tassi di ospedalizzazione senza ridurre, peraltro, la capacità del SSR di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie;

Ritenuto

che a tal fine le misure da porre in atto, nel corso del 2007, riguardano principalmente:

- 1) l'aggiornamento delle soglie regionali massime di ammissibilità, in ricovero ordinario, per i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza;
- 2) la regolamentazione dell'attività di ricovero in Day hospital di tipo medico e la definizione dei criteri di appropriatezza per l'accesso a tale regime assistenziale;
- 3) la qualificazione dell'attività ambulatoriale quale alternativa alle prestazioni di ricovero inappropriate, con particolare riferimento ai ricoveri per DH di tipo medico diagnostico, anche attraverso l'istituzione di una innovativa modalità assistenziale del livello territoriale, intermedia tra day hospital e specialistica ambulatoriale, denominata day service e destinata all'erogazione di prestazioni che pur non necessitando di ricovero non risultano, per le particolari caratteristiche dei profili di assistenza, trasferibili a parità di efficacia e tempestività di trattamento, nel tradizionale regime di specialistica ambulatoriale;
- 4) la promozione di corrette modalità di accettazione in pronto soccorso al fine di ridurre il fenomeno dei ricoveri acuti ordinari brevissimi per l'esecuzione di prestazioni erogabili nella forma "del pronto soccorso non seguito da ricovero" e che concorrono ad innalzare, impropriamente, i tassi di ospedalizzazione regionali;

Tenuto conto

delle proposte metodologiche formulate dall'Agenzia regionale sanitaria della Campania, per l'aggiornamento delle soglie di ammissibilità;

l'Assessore alla Sanità propone e la Giunta a voto unanime

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa che fanno parte integrante della presente deliberazione:

1. di approvare gli allegati 1, 2 e 3 che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento nel quale vengono:

- a) aggiornate le soglie massime di ammissibilità dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad elevato rischio di inappropriately individuati dalle DGRC 6490/2001 e 4847/2002 (Allegato 1);
 - b) regolamentate le attività di ricovero in Day hospital di tipo medico e definiti criteri di appropriatezza per l'accesso a questa modalità di ricovero (Allegato 2);
 - c) definite le caratteristiche organizzative e gli ambiti di attivazione di una innovativa modalità organizzativa del livello territoriale, intermedia tra il day hospital e la specialistica ambulatoriale, per l'erogazione di prestazioni complesse e coordinate denominata day service; tale particolare modalità organizzativa dell'assistenza ambulatoriale è destinata:
 - a quelle situazioni cliniche che necessitano di un approccio orientato al problema clinico e non alle prestazioni;
 - nei casi in cui, per la definizione della diagnosi, sia necessaria l'esecuzione di indagini cliniche, diagnostiche, e strumentali e consulenze specialistiche plurime e multidisciplinari, in tanti casi complesse ed invasive, afferenti a predefiniti percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (P.A.C.C) che richiedono, per una tempestiva erogazione, un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo e la concentrazione delle prestazioni in un'unica struttura erogatrice che assicuri la presa in carico del paziente. Il day service costituisce una delle forme alternative di assistenza per trasferire quote significative di prestazioni attualmente erogate in regime di ricovero in Day hospital di tipo medico (Allegato 3);
2. di stabilire che il day service è un modello organizzativo che può essere attivato sia nelle strutture di ricovero che nelle strutture poliambulatoriali distrettuali che rispondano ai requisiti previsti per tale modalità assistenziale;
 3. che, in prima fase di applicazione, le attività di day service potranno essere erogate, quale modalità assistenziale alternativa al ricovero in day hospital medico diagnostico, esclusivamente da strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate e da case di cura temporaneamente accreditate che siano anche accreditate per la specialistica ambulatoriale nelle branche incluse negli specifici P.A.C.C. La remunerazione delle prestazioni erogate in day service sarà regolata dalle tariffe del vigente nomenclatore della specialistica ambulatoriale come somma delle tariffe di ciascuna prestazione eseguita, a cui andrà aggiunta una remunerazione per le due funzioni caratterizzanti il day service che sono:
 - a) la definizione del piano diagnostico ed il coordinamento clinico del percorso assistenziale,
 - b) il coordinamento organizzativo e la gestione della presa in carico;
 4. al fine di accompagnare e favorire questo processo di deospedalizzazione, irrinunciabile ai fini di un corretto funzionamento del SSR, di affidare al lavoro comune dell'Agenzia Regionale Sanitaria e del Settore Assistenza Ospedaliera dell'Assessorato alla Sanità, che si avvarranno del contributo fornito dalle proposte formulate dalle Aziende Sanitarie, dalle sezioni regionali delle Società Scientifiche, da clinici ed esperti di organizzazione sanitaria, il compito di definire:
 - a) le prestazioni da inserire nei Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (P.A.C.C.) che rappresentano lo strumento operativo del day service dando priorità alle patologie o problemi clinici per i quali si osservano elevate prevalenze di ricovero in day hospital medico e prevedendo una graduale introduzione dei nuovi percorsi;
 - b) le ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day service e sulle modalità di remunerazione;
 - c) i flussi informativi da attivare per la rilevazione di detta attività;
 5. di stabilire che le attività di cui al precedente paragrafo dovranno concludersi e sostanzarsi con la

definizione di ulteriori disposizioni da emanarsi con decreto del dirigente del Settore Assisten-

za Ospedaliera in tempo utile a consentire l'avvio delle attività di day service entro due mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento;

6. di impegnare le Direzioni Generali Aziendali a dare disposizione alle Direzioni Sanitarie ospedaliere delle strutture di ricovero di propria competenza a vigilare sulle corrette modalità di accettazione in pronto soccorso al fine di ridurre il fenomeno dei ricoveri acuti ordinari brevissimi per l'esecuzione di prestazioni erogabili con le modalità "del pronto soccorso non seguito da ricovero" e che concorrono ad innalzare, impropriamente, i tassi di ospedalizzazione regionali;
7. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali a metter in atto tutte le iniziative orientate al governo della domanda attraverso le proprie strutture aziendali e distrettuali ed il coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali per realizzare, nel 2007, l'obiettivo del tasso di ospedalizzazione regionale del 195 per mille indicato nel "Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
8. di precisare che a tutti i DRG chirurgici contenuti nelle liste approvate con le deliberazioni 6490 del 30 novembre 2001 e 4847 del 25 ottobre 2002, e qui confermati, si applica quanto previsto nella delibera 6490/2001, sia sul piano disciplinare, che del calcolo della remunerazione;
9. di ribadire che le prestazioni propedeutiche alla esecuzione di procedure o interventi da eseguirsi nel corso di un ricovero programmato nello stesso istituto (indagini preoperatorie) devono essere garantite dalla struttura che effettuerà il ricovero programmato; il rimborso delle stesse rientrerà nella tariffa omnicomprensiva del successivo ricovero programmato;
10. di precisare che la remunerazione per le prestazioni di controllo ambulatoriale, erogate entro 30 giorni da una precedente dimissione dal regime di ricovero ordinario per acuti dallo stesso istituto, per l'esecuzione dei controlli post dimissione (rimozione di punti di sutura, applicazione di medicazioni o altre prestazioni necessarie a valutare gli esiti a breve del precedente ricovero) è ricompresa nella tariffa del ricovero precedente ed alle prestazioni si accede attraverso una richiesta effettuata dal medico ospedaliero curante all'atto della dimissione.

Il presente atto viene trasmesso, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. 19 "Piano Sanitario" e 20 "Assistenza Sanitaria", ai Settori Programmazione Sanitaria, Assistenza Sanitaria e Assistenza Ospedaliera, all'Arasan ed al Settore Stampa Documentazione ed informazione per la pubblicazione sul BURC.

Il Segretario
D'Elia

Il Presidente
Bassolino

Allegato 1

AGGIORNAMENTO DELLE SOGLIE REGIONALI PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

Vengono confermati, come ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario, quelli attribuiti ai DRG individuati nelle delibere di Giunta Regionale 6490/2001 e 4847/2002, per i quali vengono aggiornate le soglie massime di ammissibilità in ricovero ordinario di degenza > di 1 giorno

Per l'aggiornamento delle soglie sono stati esaminati i dati relativi al trasferimento dal regime ordinario al DH e day surgery avvenuti nel periodo 2001-2005 per le varie tipologie di soggetti erogatori.

Schematicamente, la metodologia adottata per la definizione delle soglie massime di ammissibilità in ricovero ordinario è stata la seguente:

Selezione della casistica

Sono stati confermati, quali DRG a bassa complessità assistenziale, a rischio di inappropriatazza, i 57 DRG già individuati con le DGRC 6490 del 2001 e 4847 del 2002.

Calcolo dei valori osservati locali e delle soglie di riferimento per ciascun DRG

Per ognuno dei 57 DRG, è stato calcolato il valore osservato, per ciascun istituto, come percentuale di ricoveri ordinari con degenza > 1 giorno sul totale delle dimissioni per acuti, indipendentemente dal tipo del ricovero se urgente o programmato.

Al fine di promuovere un consistente trasferimento di dimissioni dal regime ordinario al DH/day surgery, la soglia massima di ammissibilità dei ricoveri ordinari con degenza superiore a 1 giorno, per ciascun DRG, è stata calcolata al 33° percentile della distribuzione di frequenza delle soglie di ciascun istituto, pesate per il numero dei ricoveri

Calcolo del numero di ricoveri ordinari giudicati inappropriati

La quota di dimissioni giudicata inappropriata per singolo DRG è calcolata come segue

Quota eccedente % = (valore osservato locale %) – (valore soglia di riferimento %)

N° di ricoveri inappropriati = (quota eccedente %) * (n° totale di ricoveri)

Le soglie percentuali calcolate con la precedente metodologia, sono state confrontate con le frequenze percentuali dei ricoveri ordinari > di 1 giorno osservati nell'anno 2005 per ogni tipologia di soggetto erogatore. Tale confronto ha reso evidente, per la maggioranza dei DRG, che la soglia calcolata al 33° percentile rappresenta un obiettivo realistico di miglioramento dell'appropriatazza.

Per un numero ridotto di DRG, è stato necessario aggiustare la soglia ottenuta con il precedente metodo di calcolo, abbassandola nei casi in cui le performances osservate, risultavano, nella maggioranza delle classi di erogatori, sensibilmente peggiori rispetto alla soglia calcolata. In qualche caso è stata confermata la soglia prescrittiva 2001.

Nella tabella seguente sono indicate le soglie massime di ammissibilità di ricovero in regime ordinario con durata di degenza maggiore di un giorno **in vigore dal 1° aprile 2007**

Soglie massime di ammissibilità dei ricoveri acuti ordinari di 1 giorno di degenza valide per l'anno 2007

SOGLIE REGIONALI DI AMMISSIBILITA' DRG SPECIFICHE

DRG	tipo	Descrizione	% ammissibile di ricoveri ordinari > di 1 gg	Note
006	C	Decompressione tunnel carpale	2	
019	M	Malattie dei nervi cranici e periferici no CC	19	
025	M	Convulsioni e cefalea	29	
039	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	20	
040	C	Interventi extraoculari eccetto orbita età >17 anni	17	
041	C	Interventi extraoculari eccetto orbita età 0-17 anni	37	
042	C	Interventi strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino	65	Escluso codici 11.6_ (trapianto di cornea)
055	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	64	
057	C	Interventi su tonsille ed adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età < 18	30*	da erogare in one day surgery
058	C	Interventi su tonsille ed adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età >17	30*	da erogare in one day surgery
059	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia età >17	30*	da erogare in one day surgery
060	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia età <18	30*	da erogare in one day surgery
065	M	Turbe dell'equilibrio	29	
119	C	Legatura e stripping di vene	24	
131	M	Malattie vascolari periferiche no CC	34	
133	M	Aterosclerosi no CC	19	
134	M	Ipertensione	14	
142	M	Sincope e collasso	50	
158	C	Interventi su ano e stoma	50	
160	C	Interventi ernia, no inguinale e femorale, età >17 anni senza CC	69	
162	C	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età >17 anni no CC	39	
163	C	Interventi per ernia età 0-17 anni	30	
183	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 anni no CC	20	
184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 anni	42	
187	M	Estrazione e riparazione dentaria	10	
208	M	Malattie delle vie biliari	57	

224	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	70*	
225	C	Interventi sul piede	54	

SOGLIE REGIONALI DI AMMISSIBILITA' DRG SPECIFICHE

DRG	tipo	Descrizione	% ammissibile di ricoveri ordinari > di 1 gg	Note
227	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	25	
229	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza CC	30	
231	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	28	
232	C	Artroscopia	36	
243	M	Affezioni mediche del dorso	29	
261	C	Interventi sulla mammella non per neoplasia eccetto biopsia ed escissione locale	60*	
262	C	Biopsia mammella ed asportazione locale no neoplasie maligne	13	Limitatamente codici 85.20 (asp. Tessuto mammella) e 85.21 (asp. Locale lesione mammella)
267	C	Interventi perianali e pilonidali	22	
270	C	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC	5	
276	M	Patologie non maligne della mammella	6	
281	M	Traumi pelle, sottocute e mammella età >17 anni no CC	27	
282	M	Traumi pelle, sottocute e mammella età 0 -17 anni	18	
283	M	Malattie minori della pelle con CC	51	
284	M	Malattie minori della pelle no CC	12	
294	M	Diabete età >35 anni	27	
301	M	Malattie endocrine no CC	11	
311	C	Interventi per via transuretrale senza CC	60*	
324	M	Calcolosi urinaria no CC	50	
326	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età >17 anni no CC	20	
340	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne età < 18 anni	47*	
360	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	35*	
364	C	Dilatazione o raschiamento, conizzazione no tumore maligno	12	
381	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione ed isterotomia	30*	
395	M	Anomalie dei globuli rossi età >17 anni	28*	
426	M	Nevrosi depressiva	40	
427	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva	33	

429	M	Disturbi organici e ritardo mentale	29	
467	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	21	

SOGLIE REGIONALI DI AMMISSIBILITA' DRG SPECIFICHE

DRG	tipo	Descrizione	% ammissibile di ricoveri ordinari > di 1 gg	Note
503	C	Interventi sul ginocchio	39	Limitatamente al codice di procedura 80.6 (asp. Cartilagine semilunare)

* soglia normativa 2001

I DRG individuati, come previsto dalle delibere 6490/2001 e 4847/2002, il numero delle prestazioni di ricovero ordinario per acuti con durata superiore ad 1 giorno, che superano, il valore soglia regionale vengono remunerate con le seguenti modalità:

I ricoveri ordinari, con degenza superiore ad 1 giorno, eccedenti il valore soglia attribuito ai DRG di tipo chirurgico: 006; 039; 040; 041; 042; 055; 057; 058; 059; 060; 119; 158; 160; 162; 163; 224; 225; 227; 229; 231; 232; 261; 262; 267; 270; 311; 340; 360; 364; 381; 503, la corrispettiva tariffa del ricovero ordinario viene abbattuta del 30% .

I ricoveri ordinari, con degenza superiore ad 1 giorno, eccedenti il valore soglia attribuito ai DRG di tipo medico: 019; 025; 065; 131; 133; 134; 142; 183; 184; 187; 208; 243; 276; 281; 282; 283; 284; 294; 301; 324; 326; 395; 426; 427; 429; 467 vengono remunerati con la tariffa del corrispondente DRG previsto per un solo accesso di ricovero in day hospital.

L'applicazione delle soglie previste nel presente provvedimento entra in vigore a partire dal 1° aprile 2007.

Allegato 2

REGOLAMENTAZIONE DEI RICOVERI IN DAY HOSPITAL DI TIPO MEDICO

E' la prestazione assistenziale di ricovero erogata da un Istituto di cura pubblico o equiparato, privato accreditato, privato non accreditato, limitata ad una sola parte della giornata, volta ad affrontare patologie/problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico e/o terapia e/o specifici controlli clinici diagnostici e strumentali, assistenza medico infermieristica prolungata, per erogare prestazioni che non sono eseguibili in ambulatorio.

Richiede l'erogazione di prestazioni che coinvolgono molteplici discipline; si articola in uno o più accessi, ciascuno dei quali è limitato ad una sola parte della giornata; non prevede il pernottamento. Il paziente va ospitato in una stanza di degenza con l'attribuzione di un posto letto o poltrona attrezzati. Al paziente vanno garantite, altresì, per il periodo di ricovero, tutte le necessarie prestazioni di carattere alberghiero. Il ricovero in day-hospital è programmato e l'accesso al ricovero può avvenire esclusivamente con le modalità del ricovero programmato, regolamentato da lista di attesa.

Il Day hospital (DH) è definito medico quando nel corso del ricovero non sono erogate prestazioni chirurgiche eseguibili in sala operatoria in base alla versione CMS 19 del sistema di classificazione dei DRG;

Il DH medico si articola in uno o più accessi nel corso dei quali vengono erogate le prestazioni previste dal protocollo assistenziale e che richiedono, per ciascun accesso, una permanenza in ospedale che, generalmente, supera le 2 ore. E' limitato ad una sola parte della giornata senza mai raggiungere la durata di 24 ore;

La proposta di ricovero viene effettuata da parte del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, del medico specialista ambulatoriale. Il medico ospedaliero referente valuta la proposta e, sulla base di specifici protocolli, attiva il ricovero di DH.

Il DH medico richiede, sulla base della normativa vigente, la corretta compilazione della cartella clinica e della relativa SDO. Ai fini della compilazione della SDO la data di ammissione corrisponde alla data del primo accesso, la data di dimissione è quella dell'ultimo accesso. La cartella clinica e la relativa SDO devono essere chiuse tempestivamente a conclusione del ciclo di DH. **Dal punto di vista amministrativo è da evitare la frammentazione in più ricoveri dello stesso ciclo di trattamento al fine di non introdurre distorsioni nel calcolo dei tassi di ospedalizzazione.** Inoltre, come previsto dal DM 380/00, le SDO relative a cicli di trattamento che dovessero proseguire nell'anno successivo, vanno chiuse alla data dell'ultimo accesso verificatosi nell'anno e in ogni caso entro il 31 dicembre di ogni anno; per il prosieguo del ricovero si dovrà aprire una nuova SDO da registrare nell'anno successivo.

I posti letto di DH si ottengono per trasformazione di posti letto ordinari e sono equivalenti a questi e possono essere attivati nelle U.O. che erogano prestazioni di ricovero.

Criteri di appropriatezza per l'accesso al ricovero in Day hospital

Il day hospital medico può essere erogato per scopi diagnostici o terapeutici

Day hospital medico diagnostico

Sono considerati appropriati ricoveri in day hospital medico di tipo diagnostico:

- i ricoveri per l'esecuzione di accertamenti diagnostici che comportano problemi di sicurezza per il paziente
- i ricoveri per specifiche condizioni del paziente

Ricoveri per l'esecuzione di accertamenti diagnostici che comportano problemi di sicurezza per il paziente

Sono considerati appropriati i ricoveri in day hospital per l'esecuzione di:

- esami strumentali in pazienti a rischio che richiedono un'osservazione per più di un' ora dopo l'esecuzione dell'esame (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica)
- esami che prevedono somministrazione di farmaci (esclusi i mezzi di contrasto per esami radiologici) e che necessitano di monitoraggio dopo l'esecuzione dell'esame di oltre 1 ora (il monitoraggio deve essere registrato nella cartella clinica)
- esami su pazienti che, per le particolari condizioni cliniche (rischio di shock anafilattico, scompenso emodinamico o metabolico, necessità di sedazione farmacologia, ecc.) richiedano monitoraggio clinico (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica)

I ricoveri per specifiche condizioni del paziente

Sono considerati appropriati i ricoveri in day hospital per l'esecuzione di accertamenti diagnostici da eseguire a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (pazienti geriatrici, pediatrici, soggetti affetti da demenza o deficit delle funzioni cognitive, soggetti fragili per motivi clinici e sociali)

Day hospital medico terapeutico

Per la definizione di appropriatezza dei ricoveri in day hospital per motivi terapeutici si considerano i seguenti criteri:

- Effettuazione di chemioterapie ed in particolare quando si utilizzano: antitumorali per via endovenosa; terapia di supporto associata (antiemetica, idratante, ecc) per via endovenosa;
- Terapia per via endovenosa che comporti uno dei seguenti

problemi: tempo di somministrazione maggiore di 60 minuti;

necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di 1 ora dopo la somministrazione;

- Necessità di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti diagnostici nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia;
- Procedure terapeutiche invasive che comportano problemi di sicurezza per il paziente.

Al di fuori di questi casi i ricoveri in day hospital medico sono considerati inappropriati e pertanto l'erogazione delle prestazioni assistenziali necessarie andrà trasferita, in funzione delle caratteristiche delle prestazioni da erogare e della complessità del quesito diagnostico, o verso il tradizionale modello assistenziale della specialistica ambulatoriale, o verso il modello assistenziale di day service introdotto nel SSR con la presente deliberazione e che rappresenta una modalità assistenziale intermedia tra il ricovero in day hospital e le prestazioni ambulatoriali.

Allegato 3

Qualificazione dell'attività ambulatoriale e istituzione del day service

Prima di definire il modello assistenziale di day service è utile analizzare i motivi che hanno favorito la diffusione del day hospital di tipo medico diagnostico che rappresenta l'esperienza di riferimento per l'elaborazione della proposta di istituzione del day service.

Il modello assistenziale del ricovero in day hospital ha incontrato in tutte le Regioni ed anche in Campania il favore dei cittadini soprattutto perché con questa modalità di assistenza è risultato facilitato l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche. La struttura di ricovero che eroga la prestazione, attraverso le U.O. che effettuano il ricovero, garantisce la presa in carico del paziente nel suo percorso diagnostico terapeutico, realizzando la concentrazione temporale delle prestazioni; nello stesso tempo il medico specialista del reparto di degenza, a cui è affidato il paziente, e che ha pianificato il percorso assistenziale, monitorizza lo svolgimento dell'iter diagnostico e, soprattutto, si assume il compito, a conclusione del percorso diagnostico, di formulare la sintesi clinica delle informazioni raccolte durante il ricovero.

Il favore incontrato tra i professionisti è, invece, attribuibile al fatto che nel DH, l'attenzione dei medici è, fondamentalmente, centrata sul problema clinico del paziente e non, come avviene nel tradizionale livello di assistenza specialistica ambulatoriale, sulla singola prestazione. Nel modello assistenziale del Day hospital medico è lo specialista ospedaliero sulla base di un quesito posto dal medico di medicina generale o da un altro specialista, che formula l'ipotesi diagnostica, definisce il percorso assistenziale, esegue la sintesi clinica sulla base dei referti delle indagini eseguite, consulta gli altri specialisti che partecipano al percorso e, infine, pone la diagnosi proponendola al medico curante. Per queste caratteristiche il day hospital si è mostrato adeguato ed efficace in tutte quelle situazioni cliniche nelle quali è stato necessario, per dirimere i quesiti diagnostici, l'esecuzione di indagini cliniche, diagnostiche, e strumentali e consulenze plurime e multidisciplinari, in tanti casi complesse ed invasive, che richiedono, per una tempestiva erogazione, un elevato livello di coordinamento clinico- organizzativo e la concentrazione delle prestazioni in un'unica struttura erogatrice che assicura la presa in carico del paziente.

Per queste ragioni la possibilità di trasferire una parte significativa delle prestazioni attualmente erogate in day hospital, che risulterebbero inappropriate sulla base dei criteri di appropriatezza del day hospital medico definiti nell'allegato 2 del presente provvedimento, appare subordinata alla definizione e realizzazione di modelli organizzativi di assistenza ambulatoriale innovativi adeguati ai bisogni assistenziali descritti. Va anche sottolineato che una parte degli attuali ricoveri in day hospital medico vengono effettuati per erogare prestazioni che, invece, non presentano sufficienti caratteri di multidisciplinarietà e non prevedono un percorso assistenziale articolato tale da richiedere elevati livelli di coordinamento clinico ed organizzativo (prestazioni per il controllo routinario di pazienti affetti da malattie croniche); in questi casi l'alternativa al ricovero è costituita, esclusivamente, dal trasferimento delle prestazioni verso l'attuale livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Il trasferimento di una quota significativa di ricoveri di day hospital medico diagnostico verso uno dei due modelli assistenziali indicati produrrebbe una riduzione significativa dei tassi di ospedalizzazione se si considera che nel 2005 i ricoveri in DH medico diagnostico dei residenti sono stati 206.000 con un tasso di ospedalizzazione di 36 ricoveri per 1.000 abitanti.

Il day service ambulatoriale

- definizione del modello assistenziale di day service ambulatoriale
- ambiti di applicazione
- linee generali di organizzazione

Definizione del modello assistenziale

- Il day service ambulatoriale è una innovativa modalità organizzativa di assistenza, ricompresa nel livello territoriale, che presenta caratteristiche intermedie tra il ricovero in day hospital e le prestazioni specialistiche ambulatoriali. E' finalizzato alla gestione di problemi clinici, la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari, anche complesse, previste da uno specifico percorso diagnostico terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulle singole prestazioni; richiede un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice che assume la presa in carico del paziente.
- Deve assicurare al paziente facilità di accesso alle prestazioni attraverso la gestione da parte della struttura erogatrice delle prenotazioni in coerenza con l'iter diagnostico e in modo da ridurre il numero di accessi all'utente.

Ambiti di attivazione

- L'assistenza ambulatoriale in day service può essere erogata dagli ambulatori di istituti di cura e da poliambulatori territoriali che assicurino la presenza, al loro interno, di tutte le (o almeno una larga parte delle) discipline interessate dal percorso assistenziale offerto.
- Nella prima fase di avvio, per molti versi sperimentale, il day service ambulatoriale verrà attivato solo nelle strutture di ricovero quale modello assistenziale finalizzato a consentire il trasferimento di una consistente quota di ricoveri, in particolare di day hospital, verso un modello assistenziale alternativo di livello territoriale.

Aspetti organizzativi generali

- Il day service ambulatoriale viene avviato dallo specialista ospedaliero o del poliambulatorio al quale si rivolge il cittadino, su richiesta di visita od altra prestazione avanzata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta che formula un primo quesito diagnostico. Lo stesso specialista della struttura a cui si rivolge il cittadino assume la gestione clinico-organizzativa del paziente. Lo specialista, sulla base delle informazioni clinico-anamnestiche, inquadra il caso in uno specifico percorso assistenziale, imposta il piano assistenziale e prescrive, su apposita modulistica, le prestazioni diagnostiche del caso che saranno eseguite all'interno della struttura
- Il day service è un processo organizzativo a cui partecipano discipline differenti: ne consegue che occorrerà prevedere, da una parte una funzione di coordinamento e sintesi clinica (il clinico che prende in carico il paziente decide l'iter diagnostico da realizzare, lo monitorizza, effettua la sintesi diagnostico-terapeutica) e dall'altra una funzione di coordinamento organizzativo ed

amministrativo per seguire il paziente e facilitarne il percorso (agenda, percorsi organizzativi, impegnative ecc.). Nell'insieme di queste due funzioni si configura la presa in carico del paziente

- Il day service è finalizzato ad affrontare specifici e codificati problemi diagnostici definiti a priori per la cui soluzione sono predisposte, preliminarmente, specifiche liste di prestazioni che risultano indicate, sulla base delle evidenze, e che denomineremo Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (P.A.C.C.). Essi vanno definiti con un criterio di priorità che tenga conto delle prevalenti problematiche cliniche presenti nella popolazione.
- I Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) di day service, sono gruppi ragionati di prestazioni che trovano indicazione per dare risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie/problemi. Le prestazioni incluse nei PACC, di norma, sono quelle previste dal nomenclatore della specialistica ambulatoriale. All'interno della lista delle prestazioni previste dallo specifico percorso, lo specialista individua, caso per caso, le prestazioni da prescrivere;
- Lo specialista della struttura a cui si è rivolto il cittadino, in base al quesito diagnostico, seleziona il percorso adeguato e sceglie, dalla lista delle prestazioni, quelle che trovano indicazione per la soluzione del quesito. L'intero iter previsto dal PACC deve concludersi, di norma, entro 30 giorni dall'accettazione del paziente
- L'approccio organizzativo del day service ambulatoriale implica la redazione di una cartella clinica, alla cui compilazione partecipano, ovviamente, tutti gli specialisti implicati nella risposta al quesito diagnostico. Si tratta pertanto di un documento che dovrà essere standardizzato e coordinato. Per quanto riguarda la definizione di un sistema di rilevazione delle prestazioni di day service ambulatoriale si ritiene di poter utilizzare un modello di rilevazione che consenta di rilevare le informazioni anagrafiche, il Percorso in cui è stato avviato il paziente, le diagnosi poste a conclusione del percorso, le prestazioni erogate.
- Le prestazioni di day service sono programmate ed il paziente accede al day service attraverso la medesima lista di attesa per l'accesso ai ricoveri in day hospital
- Le attività di day service erogate in istituti di ricovero, al fine di evitare che possano recare intralcio alle attività di ricovero e viceversa, dovranno, progressivamente, essere ubicate in aree destinate alle attività ambulatoriali e con una gestione dei processi separata rispetto alle attività di degenza.

Criteri per la definizione dei PACC di day service

- La scelta delle patologie o problemi per i quali definire e formalizzare un PACC di day service standardizzato deve essere fatta utilizzando, quale criterio di priorità, la prevalenza delle problematiche cliniche presenti nella popolazione e la prevalenza dei ricoveri in DH medico diagnostico osservati.
- Possono essere definiti PACC di day service per problemi clinici la cui soluzione richieda l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime, multidisciplinari e complesse, alle quali concorrano, oltre alla radiologia ed al laboratorio di analisi, di norma almeno altre due branche specialistiche; è necessario un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice che assume la presa in carico del paziente.
- Per ciascun PACC di day service dovrà essere definita la lista ragionata delle prestazioni diagnostiche e strumentali e delle consulenze specialistiche che trovano indicazione per la definizione della diagnosi sulla base delle evidenze disponibili. Le prestazioni che compongono il

PACC sono, di norma quelle incluse, nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale.

A questi criteri dovranno attenersi gli specialisti ospedalieri nel formulare proposte di attivazione di PACC di day service; con successiva circolare regionale, sulla base delle analisi condotte dall'Arsan sui dati relativi alle dimissioni ospedaliere del 2005 per prestazioni di day hospital medico, saranno individuate le aree prioritarie di attivazione dei PACC e fornite indicazioni per la formulazione di proposte di definizione, validazione e attivazione di PACC di day service.

Allegato N°2

Scheda di rilevazione PRUO

Data compilazione: ____/____/____

Rilevatore: _____

Dipartimento	Area funzionale	Numero cartella
_____	_____	_____
Cognome	Nome <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	data di nascita età
_____	_____	____/____/____

data ricovero	/ /	Durata degenza	gg
data intervento	/ /	Giorno mediano	/ /
data dimissione	/ /	Ricovero	/ /
foglio di grafica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	consenso intervento	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ne
anamnesi familiare	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	descrizione intervento	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ne
anamnesi fisiologica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	completezza esame obiettivo	<input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/> a
anamnesi patologica remota	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	completezza diario clinico (almeno una annotazione per ogni singola giornata di ricovero)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
anamnesi patologica prossima	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	presenza della lettera di dimissione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

giornata ammissione	<input type="checkbox"/> appropriata	<input type="checkbox"/> inappropriata
giornata degenza	<input type="checkbox"/> appropriata	<input type="checkbox"/> inappropriata

giornata mediana	<input type="checkbox"/> appropriata	<input type="checkbox"/> inappropriata
-------------------------	--------------------------------------	--

Ricovero totalmente inappropriato	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
--	---

CRITERI E MOTIVI DELL'AMMISSIONE E DELLA GIORNATA DI DEGENZA: MANUALE ADULTI 1999

CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DELL'AMMISSIONE

A - Criteri legati alle condizioni del paziente

1. Frequenza cardiaca < 50 o > 140 (a riposo)
2. Pressione arteriosa sistolica < 90 o > 200 mm Hg o diastolica < 60 o > 120 mm Hg
3. **CRITERIO ELIMINATO**
4. Temperatura ascellare > 38°C per 5 gg compreso il giorno di ammissione in ospedale
5. Sanguinamento in atto (o nelle ultime 48h)
6. Squilibrio idroelettrolitico, acido-base, metabolico o minerale (laboratorio e/o clinica)
7. Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta
8. Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi (vedi manuale, criterio complesso)
9. **CRITERIO ELIMINATO**
10. Perdita o calo improvviso della vista o dell'udito
11. Perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo

B - Criteri legati a prestazioni necessarie nelle 24 ore successive

12. Osservazione medica (almeno tre volte nelle 24 ore, vedi manuale)
13. Osservazioni e prestazioni infermieristiche più volte al giorno
14. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua
15. Monitoraggio dei parametri vitali più volte al giorno
16. Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e/o necessità di sala operatoria il giorno stesso od il successivo
17. Controllo di terapie e/o effetti collaterali da verificare almeno ogni 24 ore
18. Somministrazione di farmaci o fluidi e.v. da ripetersi più volte al giorno

C - Criteri straordinari (Override)

19. Altre possibilità che giustificano l'ammissione
20. Ammissione comunque non appropriata

MOTIVI DI INAPPROPRIATEZZA DELL'AMMISSIONE

31. Esecuzione di esami diagnostici
32. Esecuzione di intervento terapeutico medico
33. Attesa di esecuzione di intervento chirurgico
34. Assistenza infermieristica di base
35. Assistenza infermieristica - terapia
36. Clinica complessivamente critica
37. Situazione familiare critica
38. Situazione sociale critica
39. Altro (specificare)

CRITERI PER LA CLASSIFICAZIONE DELLA GIORNATA

DI DEGENZA

A - Prestazioni mediche

- 1 . procedure in sala operatoria nel giorno indice (GI)
- 2 . procedure in sala operatoria il giorno successivo al GI, ma che richiedono consulto o valutazioni
- 3 . **CRITERIO ELIMINATO**
- 4 . **CRITERIO ELIMINATO**
- 5 . **CRITERIO ELIMINATO**
- 6 . **CRITERIO ELIMINATO**
- 7 . **CRITERIO ELIMINATO**
- 8 . controllo dietetico stretto con misure nel GI
- 9 . osservazione medica almeno tre volte nel GI
- 10 . prima giornata postoperatoria per le procedure ai punti 1.3.4.5.6.7
- 11 . controllo di terapie e/o effetti collaterali da verificare almeno ogni 24 h

B - Prestazioni infermieristiche

12. assistenza/terapia respiratoria intermittente o continua nel GI
13. somministrazione e.v. più volte nel GI
14. monitoraggio dei parametri vitali (4 o più) nel GI
15. valutazione del bilancio idrico/diuresi nel GI
16. ferite chirurgiche problematiche e/o drenaggi controllati nel GI
17. attento controllo infermieristico (4 o più) nel GI

C - Condizioni del paziente

18. sanguinamento in atto il GI o il precedente
19. presenza/sospetto di ischemia miocardica acuta o fibrillazione ventricolare
20. temperatura di almeno 38°C nelle ultime 48 h
21. problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi nel GI o precedente
22. IMA nei 7 gg od ictus cerebrale nei 7 gg successivi all'esordio
23. ileo/mancata canalizzazione
24. patologia ematologica acuta

D - Criteri straordinari (Override)

25. altri motivi che giustificano la degenza
26. criterio giustificato presente, ma degenza comunque inappropriata

MOTIVI DI INAPPROPRIATEZZA PER LE GIORNATE DI DEGENZA

A) Paziente in attesa di intervento, ma...

110. sala operatoria indisponibile per emergenza sopraggiunta
111. sala operatoria indisponibile per ragioni organizzative
112. in corso accertamenti preoperatori
113. in attesa di intervento
114.
118. terapia intensiva indisponibile
119. altro

B) Paziente in attesa di eseguire esami (motivo valido anche per il giorno di esecuzione)

- 121. radiologia convenzionale
- 122. TAC
- 123. ecografia (non cardiaca)
- 124. radiologia invasiva
- 112.5 doppler, ecodoppler
- 126. RNM
- 127. esami ematochimici
- 128. esami con isotopi
- 129. endoscopia digestiva
- 130. broncoscopia
- 131. esplorazione funzionale sistema nervoso
- 132. esami cardiologici invasivi
- 133. esami cardiologici non invasivi
- 134. indagini otoneurologiche
- 135. indagini oculistiche
- 136. indagini ginecologiche
- 137. indagini urologiche-dinamiche
- 138.
-
- 148. altro

C) Paziente in attesa di visita specialistica

- 150. cardiologica
- 151. neurologica
- 152. otoiatica
- 153. oculistica
- 154. chirurgica
- 155. ortopedica
- 156.
-
- 170. altro

D) Paziente in attesa esito di esami

- 171. radiologia convenzionale
- 172. Tac
- 173. ecografia (non cardiaca)
- 174. radiologia invasiva
- 175. doppler, ecodoppler
- 176. RNM
- 177. esami ematochimici
- 178. esami con isotopi
- 179. endoscopia digestiva
- 180. broncoscopia
- 181. esplorazione funzionale sistema nervoso
- 182. esami cardiologici invasivi
- 183. esami cardiologici non invasivi
- 184. indagini otoneurologiche
- 185. indagini oculistiche
- 186. indagini ginecologiche
- 187. indagini urologiche-dinamiche
- 188.
- 198. altro

E) Altri motivi riferibili all'ospedale

- 201. sintomatologia lieve, ma il curante ritiene utile trattenere
- 202. iter diagnostico-terapeutico non definito
- 203. ritardo compilazione documenti

F) Motivi socio-ambientali

- 205. attesa di trasferimento in altra struttura per acuti
- 206. attesa di trasferimento in struttura non per acuti
- 210. assistenza domiciliare indisponibile
- 211. il paziente non ha fissa dimora
- 212. il paziente/familiari chiedono il prolungamento della degenza
- 213. difficoltà nei trasporti per esami/terapie
- 220. assistenza infermieristica domiciliare indisponibile
- 221. assistenza in struttura non per acuti indisponibile

