DECRETO 8 aprile 2019. N. 587

Piano annuale controlli analitici 2019.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale";

Vista la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";

Visto l'art. 8 del D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, con il quale:

– al comma 1 viene stabilito l'obbligo da parte della Regione e delle Aziende sanitarie di attivare un sistema di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dai soggetti produttori pubblici e privati;

– al comma 3 si attribuisce alla Regione la definizione delle regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture, nonché i criteri per la risoluzione delle eventuali contestazioni e le relative penalizzazioni;

– al comma 4 si stabilisce la necessità di individuare i criteri per la verifica della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;

Visto l'art. 79, comma 1-*septies*, del D.L. n. 112/2008, convertito con la legge n. 133/2008, che modifica sia quantitativamente che qualitativamente i controlli già previsti dall'art. 88, comma 2, della legge n. 388/2000;

Visto il D.M. 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del 27 maggio 2010, n. 122;

Considerati gli adempimenti previsti dal Questionario LEA, di cui alla lettera am;

Visto il D.A. 496 del 13 marzo 2013 s.m.i., che approva le "Linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale";

Considerata l'esperienza e i risultati derivanti dalle attività di controllo svolte ai sensi del PACA 2012 - 2013 di cui al D.A. n. 496 del 13 marzo 2013, del PACA 2014 di cui al D.A. n. 578 del 7 aprile 2014 e del PACA 2015 di cui al D.A. n. 790 del 6 maggio 2015, del PACA 2016 di cui al DA n. 431 del 16 marzo 2016, PACA 2017 di cui alla circolare n. 21873 del 9 marzo 2017, D.A. n. 734/2018 del 24 aprile 2018;

Vista l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 5 agosto 2014, adottata con D.M. 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 127 del 4 giugno 2015;

Visto il D.A. n. 456 del 13 marzo 2017 "Modifiche ed integrazioni del flusso informativo della SDO (scheda di dimissione ospedaliera) di cui al decreto 11 aprile 2011 in base ai contenuti del decreto ministeriale n. 261 del 7 dicembre 2016" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 13 del 31 marzo 2017;

Visto il D.P. Reg. n. 712 del 16 febbraio 2018, con il quale è stato conferito l'incarico di dirigente generale del Dipartimento regionale per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico" dell'Assessorato regionale della salute alla dr.ssa Maria Letizia Di Liberti;

Considerate le osservazioni emerse nel corso della riunione del Comitato regionale controlli appropriatezza per il PACA 2019, convocata con nota prot. n. 17219 del 26 febbraio 2019, svoltasi il 6 marzo 2019;

Atteso che le procedure di recupero degli eventuali abbattimenti derivanti dagli effetti economici del presente provvedimento sono curate dai competenti uffici economici finanziari aziendali e assessoriali;

Considerata la necessità di approvare il "Piano annuale controlli analitici - 2019" al fine di ottemperare agli adempimenti normativi;

Decreta:

Art. 1

È approvato il "Piano annuale controlli analitici - 2019" (Allegato 1) che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2

Tutte le Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o produttori, devono attenersi alle indicazioni del presente decreto che saranno oggetto di valutazione per i direttori generali e di revisione dell'accordo contrattuale per le aziende sanitarie private accreditate.

Art. 3

Il Piano annuale controlli analitici 2019, di cui all'articolo 1, è vigente fino all'approvazione del successivo PACA.

Art. 4

Il presente decreto verrà pubblicato nel sito istituzionale dell'Assessorato della salute e inviato alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per l'integrale pubblicazione, comprensiva dell'allegato.

Palermo, 8 aprile 2019.

RAZZA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Allegato 1

Regione Siciliana
Assessorato della Salute
Dipartimento per le attività sanitarie
e osservatorio epidemiologico
Servizio 8
Qualità Governo Clinico e sicurezza dei pazienti

Piano Annuale Controlli Analitici Anno 2019

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

[Le parti in grassetto evidenziano le modifiche rispetto al PACA 2018]

Piano Annuale Controlli Analitici Anno 2019

1. Obiettivi Regionali

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o produttori, devono attenersi alle indicazioni del presente piano, che contiene gli elementi minimi ed obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche.
Il Piano Annuale Controlli Analitici 2019 è vigente fino alla approvazione del successivo Piano ed è suscettibile di integrazioni e/o modifiche in corso di implementazione.
Nell'anno 2019 devono essere perseguiti almeno i due seguenti obiettivi:

Obiettivo 1 (controlli tipo C)
I Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 *septies* legge 133 del 6.08.2008 devono essere effettuati su almeno il 10% delle cartelle cliniche.
Tale campione, definito tipo "C", deve essere:

a) casuale
b) stratificato per singolo Presidio
c) stratificato per tipologia di fenomeni a rischio di comportamento opportunistico associando un solo criterio di selezione tra i fenomeni riportati al paragrafo 6.

Questo tipo di controlli, almeno per i ricoveri brevi in regime ordinario e per i ricoveri diurni, devono essere finalizzati anche ad individuare comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della compartecipazione da parte degli assistiti.

Obiettivo 2 (controlli tipo S)
I Controlli analitici sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009 devono essere effettuati sulla totalità delle cartelle cliniche.
Facendo seguito al DA 0496 del 13 marzo 2013 è stata emanata, con nota prot.n. 60961 del 25 luglio 2013, la direttiva che individuava le prestazioni a rischio di inappropriatezza per il controllo delle cartelle cliniche relative agli anni 2012-2013, da controllare totalmente ai sensi del D.M. 10/12/2009.
Tenendo conto delle indicazioni del citato D.M. 10-12-2009 e che il campionamento casuale del 10%, eseguito come descritto in precedenza, intercetta già altre tipologie di ricoveri e comportamenti a rischio di inappropriatezza quali ad esempio i DRG ARI, anche per il 2019 si individuano i seguenti criteri per individuare le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza (selezione definita di tipo "S"):
Parti Cesari dei punti erogatori con percentuali di PC oltre il 40% sul totale dei parti (comma 3, art. 2, DM 10 dicembre 2009)
Controlli da effettuare: Scheda 1 (solo gli item relativi DRG 370 e 371) e Scheda 2 completa.
Al fine di non abbassare l'attenzione sulla qualità della cartella clinica, su un ristretto numero di cartelle cliniche (5%), casuale e reso disponibile dalla Regione, viene confermato il controllo *sulle Schede 1,2,8;*
Quanto sopra sarà reso disponibile sulla piattaforma informatica qualitasiciliassr.it.

- DH Diagnostici con DRG medici non appartenenti al gruppo ARI e con numero di accessi > 3
  Controlli da effettuare: Schede 1,2,4 riportate nel successivo punto 7
- Ricoveri ordinari, programmati, con modalità di dimissione diversa da "paziente deceduto", con giornate di degenza entro la soglia prevista dal relativo DRG, con DRG non ARI, la cui differen-

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

za espressa in percentuale tra incidenza nelle aree territoriali sub-regionali (provincie) e incidenza regionale è >= 100%
Controlli da effettuare: schede 1,2,8 riportate nel successivo punto 7

- Ricoveri di riabilitazione Codice 28 e 75 "Paziente ad alta criticità assistenziale, con disabilità equiparabile ad esiti di grave cerebrolesione acquisita". Circolare 10 febbraio 2014, n. 1. pubblicata nella GURS n. 8 del 21-2-2014.
Controlli da effettuare: scheda1, 2, 7.

2. Campionamento

I criteri di campionamento e selezione dei ricoveri da controllare sono quelli indicati negli **Obiettivi Regionali**. A tali criteri si ritiene opportuno apportare le seguenti modifiche scaturite dalle risultanze delle attività di controllo degli anni 2012 e 2013:

- I casi di Neuro-riabilitazione (cod. 75) devono essere valutati come i casi di riabilitazione (cod. 56) (scheda 7)
- I casi dei reparti di Unità spinale (cod.28) devono essere valutati come i casi di riabilitazione (cod. 56) (scheda 7)
- I casi con DRG Psichiatrici devono essere campionati solo se dimessi da reparti di Psichiatria (cod. 40) e Neuropsichiatria-infantile (cod. 33)
- Devono essere campionati i casi dimessi dalle UU.OO. di Terapia Intensiva Neonatale (Cod 73) in modo da includere almeno il 50% delle cartelle di pazienti ricoverati.
- Si escludono dal campionamento casuale i ricoveri (anche di Lungodegenza e Riabilitazione) con giornate di ricovero superiori a 100.
- Si considerano come ricoveri a rischio di comportamento opportunistico (e quindi campionati) i ricoveri ordinari con degenze complessive non superiori a 50 giornate, con modalità di dimissione diversa da "paziente deceduto" e giornate di ricovero oltre le soglie previste dal relativo DRG non superiori a 5.
- Si escludono i ricoveri dei reparti di Cure palliative/hospice (cod. 99)
- Si conferma la esclusione dai controlli dei Nidi e dei TSO
- Esclusione dei casi con DRG 391 (Neonato sano)
- Esclusione dei DRG 381 (IVG)
- Si escludono i ricoveri non a carico del SSN (cod. 4 e cod. 9)

Il campionamento delle cartelle dei controlli esterni nel 2019 prevede un numero minimo di controlli per struttura erogatrice di 50 cartelle cliniche.

Il campionamento verrà eseguito almeno con cadenza trimestrale e sarà reso disponibile alle ASP, alle aziende ospedaliere e alle strutture private accreditate tramite la piattaforma web dedicata.

3. Quantità e Modalità di Esecuzione dei Controlli

I controlli analitici delle cartelle cliniche del 2019 devono essere effettuati, per i due obiettivi regionali, nelle seguenti modalità:

Obiettivo 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008 effettuati su almeno il 10% delle cartelle cliniche):

COPIA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

- Le Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate svolgeranno obbligatoriamente il controllo interno sull'80% del campionamento casuale. Poiché i controlli interni non generano effetti economici, una quota di cartelle del controllo interno dovrà essere sottoposta a verifica da parte delle ASP (in misura non inferiore al 5%), mantenendo valenza economica. Qualora si dovesse riscontrare uno scostamento, tale che l'abbattimento esterno sia superiore del 30% rispetto all'abbattimento interno calcolato sulle stesse cartelle, la quantità di cartelle interne da verificare da parte delle ASP dovrà essere ulteriormente incrementata. Non viene indicato un numero minimo di cartelle "interne" da sottoporre a verifica; ciò al fine di rendere sostenibili gli stessi controlli e consentire alle ASP di effettuare, anche in modo mirato, le verifiche sulle strutture erogatrici che, eventualmente, svolgono in modo inadeguato i controlli interni.
- le ASP svolgeranno come controllo esterno sulle strutture erogatrici pubbliche e private il 20% dei controlli previsti dal campionamento casuale con effetti economici. Anche in ragione delle risorse disponibili, ogni Asp può incrementare tale percentuale in modalità esterna accedendo al campione interno oltre che ad altre cartelle, come peraltro già previsto dalle linee di indirizzo di cui al D.A. del 13 marzo 2013 "*Ogni singola Azienda Sanitaria pubblica o privata, sulla base dell'analisi dei dati derivanti dai propri flussi informativi e dell'evidenziazione di fenomeni rilevanti può integrare, ampliandoli, ambiti, volumi e contenuti dei controlli in relazione alle proprie caratteristiche, alla propria specifica casistica, o alle prestazioni in committenza". Tali integrazioni, qualora previste dalla ASP per le prestazioni in committenza, dovranno essere comunicate alle aziende da controllare, agli uffici competenti dell'Assessorato della salute e al Comitato regionale controlli appropriatezza*" come per gli anni precedenti tramite la piattaforma web. Gli eventuali controlli integrativi concorrono al raggiungimento della percentuale di controlli previsti dall'obiettivo regionale.
- Il controllo interno non prevede effetti economici, ma l'importo teorico di abbattimento dovrà comunque essere quantificato e rendicontato sulla piattaforma informatica per indicare alle strutture stesse l'eventuale impatto economico delle criticità emerse dai propri controlli, accentuando l'importanza dei piani di miglioramento e delle azioni correttive.
- Le strutture erogatrici devono consentire ai NOC delle ASP l'accesso alla documentazione dei controlli interni per consentire lo svolgimento dei controlli esterni sul controllo interno secondo le modalità sopra indicate;
- I controlli esterni effettuati sui controlli interni e i controlli esterni integrativi mantengono valenza economica.

Obiettivo 2: Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009

- Le ASP svolgeranno come controllo esterno sulle strutture erogatrici pubbliche e private la totalità dei controlli sulle prestazioni a rischio di inappropriatezza ai sensi della Direttiva 60961 del 25/7/2013 con effetti economici.

Tutti i controlli effettuati per gli obiettivi 1 e 2 dovranno essere inseriti nell'area web dedicata del portale www.qualitasiciliassr.it, secondo le modalità già utilizzate per le rilevazioni precedenti e indicando per ciascuna cartella valutata l'ammontare dell'eventuale abbattimento economico applicato.

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

4. Tipologie di controllo analitico

Di seguito vengono riportate le diverse tipologie di controllo, sintetizzate nella tabella sottostante

Tipologie controlli	Contenuti
Documentazione sanitaria	Qualità della compilazione della cartella clinica
Codifica della SDO e CEDAP	Qualità compilazione SDO e congruenza con la cartella clinica Qualità compilazione della scheda CEDAP e congruenza con la documentazione sanitaria
Appropriatezza Organizzativa	- Appropriatezza del livello di assistenza - Protocollo Controllo Appropriatezza Giornata di Ricovero - Appropriatezza in Lungodegenza e riabilitazione - Scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche - Appropriatezza Ricoveri Ripetuti stessa U.O e MDC - Omnicomprensività della tariffa - Appropriatezza per Ricoveri urgenti
Appropriatezza Clinica e sicurezza dei pazienti	- Antibioticoprofilassi - Valutazione del rischio di tromboembolismo venoso - Rilevazione e misurazione del dolore - Appropriatezza per esecuzione Parto Cesareo - Rischio caduta - Scheda Unica di terapia - Checklist per la sicurezza in sala operatoria - Accessi venosi e targeting zero

Per ogni tipologia di controllo verrà utilizzata una scheda di rilevazione come indicato al paragrafo 7 "Schede da utilizzare per le varie tipologie di controlli".

5. Effetto dell'esito dei controlli analitici

Come indicato nel paragrafo 3 gli effetti economici verranno applicati in base ai risultati dei controlli esterni eseguiti dalle ASP.

Come già previsto dal PACA 2012-2013, per tutte le schede dei controlli che prevedono valutazioni proporzionali si determinerà, tramite il punteggio attribuito ad ogni aspetto valutato secondo quanto indicato ai paragrafi 6 e 7, un risultato totale per mezzo del quale si procederà ad una decurtazione proporzionale della valorizzazione attribuita; questa decurtazione sarà comunque uguale al 70% del valore della tariffa al raggiungimento del punteggio soglia di 70 o per valori superiori, ad eccezione dei casi già contemplati dalle normative vigenti e nel caso di mancanza non giustificata della cartella clinica o della SDO.

Per tutti i ricoveri analizzati, qualora per effetto dei controlli sulla qualità di compilazione della SDO e sulla sua congruenza con la documentazione clinica, si pervenga ad una ricodifica con conseguente riattribuzione del DRG, si procederà alla attribuzione e valorizzazione di tale DRG ancorché diverso da quello originariamente attribuito; in questo caso le eventuali ulteriori decurtazioni saranno applicate a tale nuova valorizzazione.

Per quanto riguarda eventuali altri effetti specifici delle attività di controllo, questi sono indicati per ogni fenomeno sottoposto a controllo nel paragrafo 6 "Fenomeni da sottoporre a controllo analitico".

Per quanto riguarda gli abbattimenti che riconoscerebbero il valore del Day Service al netto del ticket, comprensivi delle decurtazioni proporzionali, questi non potranno comunque essere superiori al 70% del valore originario del Day Service.

Gli effetti economici previsti dal presente PACA hanno valore su tutte le cartelle cliniche del 2019.

COPIA NON
Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

6. Fenomeni a rischio di comportamento opportunistico da sottoporre a controllo analitico

Nel presente piano vengono riportati i fenomeni da sottoporre a controllo analitico sulle cartelle del 2019. I tipi di controllo fanno riferimento alle schede riportate al successivo punto 7.

a) Ricoveri ordinari brevi (0-1 giorni) (DRG medici)

Questa categoria è volta ad accertare la presenza nella documentazione della cartella clinica delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero di breve durata (0-1 g.) in un reparto medico, con particolare attenzione alle problematiche relative alla corretta codifica della diagnosi principale e dell'intervento/procedura effettuato. Questo controllo è importante anche per prevenire eventuali comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della compartecipazione da parte degli assistiti o finalizzati a mantenere alto il tasso di occupazione delle UU. OO. determinando una minore disponibilità di posti letto.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8 e 4 per tutte le giornate di ricovero

Effetto specifico del controllo (giornata/e non appropriata/e con controllo 4): riconoscimento dell'80% della tariffa di DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di day service; riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto non appropriato il setting di day service.

b) Ricoveri ordinari brevi (2 notti per avere la tariffa piena)

Questa categoria è volta ad accertare la presenza nella documentazione della cartella clinica delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero ordinario di breve durata (2 notti), con particolare attenzione alle problematiche relative alla corretta codifica della diagnosi principale e dell'intervento/procedura effettuato.

Il comportamento opportunistico potrebbe essere finalizzato ad ottenere la piena tariffa DRG e determinerebbe una minore disponibilità di posti letto ad esempio per i ricoveri urgenti (dal P.S.); fenomeno particolarmente importante nell'ottica della tendenza di riduzione globale dei posti letto per ricoveri ordinari.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per tutte le giornate di ricovero

Effetto specifico del controllo:

- **una/due giornata/e non appropriata/e con controllo 4**: riconoscimento della tariffa ordinaria 0-1 giorno;
- **tutte giornate non appropriate con controllo 4**: riconoscimento della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di DH; riconoscimento dell'80% della tariffa di DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di day service; riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto non appropriato il setting day service.

c) Ricoveri in DH per motivi diagnostici (DRG medici)

COPIA NON
Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Deve essere verificata la presenza nella documentazione sanitaria delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero in regime di Day Hospital di tipo diagnostico. Sono esclusi i ricoveri in Day Hospital con attribuzione di DRG chirurgico. Questo controllo è importante anche per prevenire eventuali comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della compartecipazione da parte degli assistiti.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per ogni accesso

Effetto specifico del controllo (per ogni singolo accesso non appropriato con controllo 4): gli accessi non appropriati non vengono valorizzati. Nel caso in cui nessun accesso risultasse appropriato riconoscimento dell'80% della tariffa di DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di day service; riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto non appropriato il setting day service.

d) Ricoveri con assegnazione di DRG (medici e chirurgici) ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario e diurno.

Questa categoria è volta ad accertare l'erogazione di DRG ad alto rischio di inappropriatezza come indicato nell'allegato al D.A. 2533/2013 e da eventuali successive modificazioni. I controlli in questione dovranno accertare la presenza di condizioni che giustificano il corretto setting di erogazione della prestazione sanitaria. La distanza e/o l'età del paziente non costituiscono elementi sufficienti per giudicare appropriato il ricovero (fatta eccezione per i cittadini residenti nelle isole minori). Questo controllo è importante anche per prevenire eventuali comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della compartecipazione da parte degli assistiti.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 3

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva al controllo 3):
assegnazione del corretto setting assistenziale; modifica del regime di ricovero da ordinario in diurno con singolo accesso e, qualora nessuna giornata risultasse appropriata anche come DH: riconoscimento dell'80% della tariffa di DH considerando un unico accesso ove ritenuto appropriato il setting di day service, riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso ove ritenuto non appropriato il setting di day service.

Al fine di evitare duplicazioni di sanzioni, in sede di applicazione del D.A. 2533/2013, le ASP devono verificare (a consuntivo) se ai ricoveri oggetto di decurtazione economica è stata già applicata anche la decurtazione per l'applicazione del DA 954/2013 (Suppl GURS 31/05/2013) e succ. aggiornamenti. La verifica deve essere effettuata per ogni struttura erogatrice (presidio ospedaliero o azienda ospedaliera) e l'abbattimento di cui al DA 954/2013 deve essere distribuito in maniera uguale su tutti i casi di ogni singolo DRG (esempio: se il presidio o azienda X per il DRG 6 ha avuto un abbattimento di 20.000 euro per 50 casi complessivi di ricoveri ordinari e DH, si considera un abbattimento di 400 euro per ogni singolo caso).

In tali casi si applica solo la sanzione maggiore tra l'abbattimento, di cui al DA 954/2013, e l'effetto economico del controllo analitico.

e) DRG incoerenti (DRG 424, 468, 476, 477)

Gli episodi di ricovero in regime ordinario attribuiti ai DRG 424, 468, 476 e 477 dovranno essere controllati attraverso la verifica delle cartelle cliniche e se riconosciuti incoerenti dovranno essere riclassificati.

Tipo di controllo: 1, 2 e 8

f) DRG complicati

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

La proporzione di DRG complicati può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica della scheda di dimissione, ma può riflettere anche fenomeni di "sovracodifica" delle diagnosi secondarie. A tal proposito si sottolinea che in base alle regole di codifica delle SDO definite dalla vigente normativa, possono essere riportate sulla SDO esclusivamente le patologie o problemi che hanno comportato, nel corso del ricovero, interventi assistenziali che hanno impegnato consumo di risorse.

Al fine di fornire agli organismi di controllo una rappresentazione del comportamento degli erogatori rispetto alla frequenza dei DRG con complicanze l'area 4 del Sistema informativo regionale, annualmente, diffonderà, per i DRG omologhi, la frequenza media regionale dei casi complicati per ciascun DRG per tipologia amministrativa del soggetto erogatore.

Per quanto riguarda i ricoveri acuti ordinari le ASP, qualora i valori di frequenza osservati presso i propri erogatori risultino più elevati della media regionale per tipo di erogatore, controlleranno analiticamente tutte le cartelle cliniche relative alle dimissioni attribuite a DRG complicati e di conseguenza i casi complicati ritenuti incongrui saranno riclassificati secondo lo stesso DRG senza complicazioni

Tipo di controllo: 1, 2 e 8

g) Ricoveri ripetuti

Il fenomeno della ripetizione di un ricovero anche a breve distanza da un ricovero precedente è un evento attribuibile a svariati motivi che possono essere giustificati dalle seguenti situazioni cliniche:

- complicazioni chirurgiche o mediche secondarie ad un precedente ricovero presso la stessa Struttura ospedaliera;
- completamento dell'iter diagnostico-terapeutico del precedente ricovero
- malattie croniche in labile compenso clinico (esempio: scompensi cardiaci frequenti in paziente con cardiopatia dilatativa di grado elevato, pazienti in stato terminale, ecc.).

Da quando, però, la remunerazione delle prestazioni di ricovero è effettuata per ciascun ricovero classificato per DRG alla tariffa predeterminata, il fenomeno della ripetizione dei ricoveri può anche rappresentare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni come per:

- frazionamento dell'episodio di cura in più ricoveri a cui consegue un aumento consistente della spesa complessiva ed un disagio all'assistito nel ricevere l'assistenza (esempio: 1°ricovero per esecuzione di una coronarografia e 2° ricovero per praticare l'angioplastica);
- dimissione precoce del paziente ad un livello di instabilità clinica che richiede ancora assistenza in degenza ospedaliera; ciò rappresenta un comportamento dell'ospedale volto a contenere i costi dell'assistenza del singolo ricovero riducendo la qualità dei servizi;

In relazione alle attività di controllo si definiscono ricoveri ripetuti per acuti, i ricoveri ordinari in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso presidio, sono attribuiti alla stessa MDC (categoria diagnostica maggiore) e che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla precedente dimissione.

Pertanto tutti i ricoveri ripetuti entro 30 giorni da un precedente ricovero dovranno essere sottoposti a controlli analitici delle cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8 e 5

Effetto specifico del controllo (risposta negativa alla prima domanda del controllo 5): mancato riconoscimento della valorizzazione dei ricoveri ripetuti ritenuti non giustificati.

COPIA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

h) Omnicomprensività della tariffa

Una delle evenienze possibili di parcellizzazione dei ricoveri si verifica in occasione di ricoveri di tipo chirurgico o parto. In questi casi potrebbe verificarsi che il ricovero per l'esecuzione dell'intervento sia preceduto da un ricovero in regime ordinario o in DH di tipo medico erogato per eseguire indagini e consulenze propedeutiche all'intervento chirurgico. Questa parcellizzazione risulta un comportamento opportunistico in quanto, come previsto dalla Legge n.449 del 27/12/1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica - "Le prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero programmato, devono essere erogate nel corso dello stesso ricovero o anche precedentemente, purché non tariffate e senza partecipazione alla spesa da parte del paziente".

In caso di ricoveri di tipo chirurgico preceduti entro 30 giorni da un ricovero di tipo medico, ordinario o in DH, dello stesso soggetto, dovranno essere sottoposte a controllo analitico tutte le cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti. Qualora il primo ricovero di tipo medico risultasse erogato per l'esecuzione di prestazioni propedeutiche all'intervento chirurgico quali esami diagnostici e/o strumentali preoperatori, non andrà riconosciuta, per detta prestazione, nessuna remunerazione.

Tipo di controllo:1, 2, 8 e 5

Effetto specifico del controllo (risposta negativa alla seconda domanda del controllo 5): mancato riconoscimento della valorizzazione relativa al ricovero medico breve.

i) Ricoveri in lungodegenza (Cod.60)

Il ricovero in lungodegenza medica è un servizio ospedaliero destinato ad accogliere pazienti generalmente non autosufficienti, affetti da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza che di trattamenti riabilitativi incentrati ad ottenere un miglioramento della condizione di malattia o ad impedirne il peggioramento.

In particolare le unità di lungodegenza sono riservate a quei pazienti che, conclusa la fase acuta della patologia, necessitano di un prolungamento dell'intervento assistenziale ospedaliero in quanto presentano una situazione funzionale compromessa da cui ha origine una riduzione delle condizioni di autosufficienza psico-fisica rientrante in una delle seguenti categorie:

- quadro clinico ancora instabile, non compatibile con il rientro a domicilio o con il passaggio ad altre forme di residenzialità assistita;
- buon compenso clinico, ma persistenza di una limitazione funzionale non stabilizzata recuperabile almeno parzialmente con un intervento di riabilitazione estensiva;
- buon compenso clinico e limitazione stabilizzata della capacità funzionale e dell'autosufficienza, ma esigenza di assistenza continuativa di tipo infermieristico e di eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo finalizzati al mantenimento dei livelli di autonomia residui, in attesa di assegnazione ad altre forme di assistenza extraospedaliera.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8 e 6

Effetto specifico del controllo: decurtazione proporzionale come indicato nelle schede utilizzate.

l) Ricoveri in riabilitazione (Cod. 56; 28; 75)

Le prestazioni di ricovero di riabilitazione presentano un alto margine di potenziale inappropriatezza della complessità organizzativa delle strutture coinvolte e del regime di erogazione in relazione alle effettive necessità assistenziali dei pazienti. Esse rappresentano, inoltre, una significativa quota dell' attività di ospedalizzazione e della spesa complessiva per l'assistenza ospedaliera. Il ricovero nei reparti di riabilitazione ospedaliera (cod. 56) è ammesso per pazienti provenienti da reparti per acuti, da reparti di riabilitazione ad alta specialità (cod. 28 - cod. 75), da reparti di lungodegenza riabilitativa o dal territorio (ad es. domicilio, RSA), purché in quest'ultimo caso entro 60 giorni dal

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

ricovero in reparto per acuti, salvo eccezioni motivate dai criteri di eleggibilità del piano della riabilitazione che dovranno essere riportate nel progetto riabilitativo individuale (vedi tabella pag. 7 del piano della riabilitazione della Regione Siciliana approvato con D.A. 26 ottobre 2012 pubblicato sulla GURS del 21/12/2012).

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i controlli in oggetto saranno effettuati dal personale dei servizi di riabilitazione adeguatamente formato e sotto il coordinamento della funzione aziendale NOC.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8 e 7 (scheda a e b)

Effetto specifico del controllo (giornata o accesso non appropriato con controllo 7 scheda b): abbattimento del 70% della tariffa giornaliera ordinaria o DH.

m) Parti cesarei DRG 370 e 371

Dovrà essere effettuato il controllo dei ricoveri per parto cesareo al fine di verificare la presenza nella documentazione sanitaria delle condizioni che giustificano l'indicazione al taglio cesareo coerentemente alla linea guida nazionale "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" (prima e seconda parte).

Deve essere posta particolare attenzione alle frequenze elevate di quelle condizioni del parto che superano i valori medi nazionali o regionali, non rispecchiano le loro distribuzioni nella popolazione, e che pertanto sono fortemente predittive di comportamento opportunistico della codifica piuttosto che di reali esigenze della donna.

Tra queste condizioni deve essere verificata la **"condizione e presentazione anomala del feto"**, che è fortemente associata al taglio cesareo e ha frequenza media nazionale dell'8%.

Dai dati del 2010, tale condizione, è risultata particolarmente frequente in alcune strutture, raggiungendo valori anche superiori al 50%.

Sulla base della revisione della documentazione clinica si procederà a classificare il ricovero in base alla causa che ha determinato la procedura:

1. motivato da problematica fetale
2. motivato da problematica della madre
3. motivato da pregresso parto cesareo
4. senza menzione dell'indicazione
5. documentazione clinica incompleta

Sono da considerarsi evitabili le prestazioni riconducibili ai punti 4 e 5 per i quali saranno previsti abbattimenti tariffari, in base a quanto previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata del 16/12/2010, pubblicata sulla G.U. n°13 del 18/01/2011.

Tipo di Controllo: 1, 2 e 8

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i casi più critici devono essere esaminati con il supporto di specialisti in ginecologia ed ostetricia.

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva nei punti riguardanti il parto cesareo): fatti salvi gli abbattimenti previsti dal D.A. 22 maggio 2012, ulteriore abbattimento del 10% della tariffa.

n) Ricoveri urgenti

Deve essere verificato il corretto utilizzo della modalità di ricovero urgente per prevenire comportamenti opportunistici, laddove non siano rappresentativi dei reali bisogni dei pazienti, finalizzati al superamento del problema delle lista di attesa e delle classi di priorità previste.

COPIA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

A tale scopo deve essere verificata l'appropriatezza del filtro del pronto soccorso, tramite l'accertamento della reale valutazione clinica nella documentazione sanitaria. In particolare deve essere verificata la presenza del verbale di pronto soccorso e che dallo stesso si evinca la presenza di una valutazione clinica e/o laboratoristica strumentale che giustifichi il ricovero in reparto, o per le strutture senza PS la presenza della scheda di valutazione all'ingresso. Si escludono i ricoveri effettuati tramite reti assistenziali o in terapia intensiva.

Tipo di Controllo: 1, 2 e 8

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva nei punti riguardanti i ricoveri urgenti): abbattimento della tariffa DRG del 20% rispetto alla tariffa piena.

o) DRG psichiatrici (426, 427, 429, 430, 431, 432, 433, 523)

I controlli sui DRG di psichiatria, sia per acuti che per riabilitazione, verranno effettuati secondo le indicazioni ed i presupposti dei controlli dei ricoveri ordinari riguardanti la congruenza e la qualità del contenuto della cartella clinica.

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i controlli in oggetto saranno effettuati dal personale del Dipartimento di Salute Mentale adeguatamente formato e sotto il coordinamento della funzione aziendale NOC.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8 e 9 con giudizio dello specialista psichiatra

Effetto specifico del controllo (ricovero non appropriato secondo il giudizio dello specialista): abbattimento della tariffa DRG del 50% rispetto alla tariffa piena se il ricovero è ritenuto inappropriato.

p) Controllo ricoveri fuori soglia (di durata superiore a quella prevista)

Questi controlli dovranno verificare nella documentazione sanitaria la presenza delle condizioni che hanno determinato il prolungamento della degenza oltre il termine previsto per il DRG attribuito, con particolare attenzione ai prolungamenti artificiosamente determinati per ottenere una remunerazione aggiuntiva per i giorni fuori soglia.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8, e 4 per tutte le giornate di ricovero

Effetto specifico del controllo (giornata non appropriata con controllo 4): abbattimento per un valore equivalente alla tariffa oltre soglia per il numero di giornate inappropriate.

6.1 Verifiche da effettuare nel corso dei controlli analitici

1) Controllo Programmazione degli interventi/procedure diagnostiche (solo ricoveri ordinari per acuti, esclusi diurni)

La valutazione della appropriatezza delle singole giornate di degenza presuppone anche la necessità di poter verificare la programmazione, entro le prime 48 ore, dell'iter diagnostico-terapeutico attraverso la presenza di una "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche".

La verifica della presenza di una "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche" (allegato 2) è finalizzata a promuovere la programmazione, entro le prime 48 ore, dell'iter diagnostico terapeutico del singolo paziente e a preventivarne, sia pure in modo presuntivo, la dimissibilità.

Lo scopo è quello di supportare le direzioni sanitarie aziendali nella funzione di controllo dei tempi di degenza, fornendo loro uno strumento in grado di promuovere la programmazione delle attività assistenziali da parte dei professionisti e favorire la rilevazione di eventuali criticità organizzative (ad es. prolungamento delle degenze in attesa di specifiche attività diagnostiche o procedure) e predisporre consequenziali azioni correttive.

COPIA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

La scheda prevede, inoltre, che sia indicata la presunta data di dimissibilità o nel caso di reparti di terapia intensiva o sub intensiva, la data di presunto trasferimento, in coerenza con lo standard JCI ACC.1.4., che recita "Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti".

Tipo di Controllo:scheda 8

Effetto specifico del controllo: decurtazione proporzionale come indicato nelle schede utilizzate.

2) Controlli per il monitoraggio delle attività nelle Terapie Intensive Neonatali (Cod. 73)

Al fine di migliorare la capacità del sistema di monitorare le attività erogate nelle UU.OO. di Terapia Intensiva, che presuppone la precisione e la completezza delle procedure descritte nella SDO, nel PACA 2019 viene inserito uno specifico controllo teso a verificare che in cartella clinica sono descritte specifiche procedure non segnalate nella SDO, in aggiunta alle eventuali altre procedure chirurgiche.

L'elenco delle procedure oggetto di monitoraggio sono le seguenti:

1) 00.12 somministrazione di Ossido Nitrico
2) 88.71 diagnostica ecografica del capo
3) 88.72 diagnostica ecografica del cuore
4) 88.91 RMN cervello e tronco
5) 89.14 Elettroencefalogramma
6) 93.90 respirazione a pressione positiva continua (CPAP)
7) 96.71 ventilazione meccanica per < 96 ore consecutive
8) 96.72 ventilazione meccanica per > 96 ore consecutive
9) 99.0 trasfusione di emocomponenti
10) 99.15 infusione parenterale di sostanze nutrizionali (TPN)
12) 99.81 ipotermia
13) 99.83 fototerapia
14) 38.91 catetere arterioso
15) 38.92 catetere vena ombelicale
16) 38.93 Catetere centrale inserito perifericamente (picc)
17) 34.04 inserzione di drenaggio pleurico

Tipo di Controllo: 1 e 2

Effetto specifico del controllo:decurtazione proporzionale come indicato nelle schede utilizzate.

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

7. Schede da utilizzare per le varie tipologie di controlli

Vengono di seguito riportate tutte le schede di controllo previste dal D.A.496/2013, alcune delle quali con parti integrate, modificate o annullate.
(NA = Non Applicabile)

Controllo 1 (valutazione proporzionale): Analisi documentazione clinica

La cartella clinica è disponibile?*	SI	NO		100
Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato?	SI	NO		4
La diagnosi di dimissione è indicata?	SI	NO		4
La proposta di ricovero su ricettario SSR è presente? (solo per i ricoveri programmati, esclusi i ricoveri postacuti per trasferimento diretto dai reparti ospedalieri pubblici e privati)	SI	NO	NA	5
Il documento di sintesi della storia clinica del paziente redatto dal medico curante (allegato E/D) è presente? (solo per i ricoveri programmati)	SI	NO	NA	2
Le refertazioni delle consulenze e delle indagini diagnostiche effettuate sono presenti e complete?	SI	NO	NA	10
Per il DH/DS il programma assistenziale è presente?	SI	NO	NA	3
Anamnesi patologica remota**				
Presente?	SI	NO	NA	5
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Anamnesi patologica prossima				
Presente?	SI	NO		5
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Esame obiettivo all'ingresso				
Presente?	SI	NO		10
Firmato o siglato?	SI	NO	NA	3
Datato?	SI	NO	NA	3
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Descrive almeno due app. + sede del problema?	SI	NO	NA	3
Diario medico clinico				
Annotazioni in tutte le giornate di degenza?	SI	NO		5
Annotazioni firmate o siglate?	SI	NO		3
L'intervento chirurgico è documentato con copia del registro di sala operatoria?***	SI	NO	NA	3
La descrizione dell'intervento è leggibile?	SI	NO	NA	1
La cartella anestesiologica è presente e debitamente compilata (NA in coerenza ai protocolli formalizzati delle strutture erogatrici)	SI	NO	NA	3
E' presente il referto dell'esame istologico?	SI	NO	NA	3
Foglio di dimissione e/o trasferimento? (NA se decesso) Solo per le UU.OO di cardiologia vale quanto previsto dal D.A 1286/14 pubblicato su GURS n.36 del 29/8/2014 suppl. ord. N. 2	SI	NO	NA	3
Tutti i consensi informati previsti dalla normativa regionale e nazionale sono presenti in cartella e sono completi (firme, date, procedure, rischi, alternative terapeutiche)	SI	NO	NA	10

*Se sequestrata dall'Autorità Giudiziaria selezionare "No" e scrivere "sequestrata" nel campo Note.
** Viene inserita la possibilità del "NA" per i neonati
***Solo per i DRG chirurgici ivi inclusi i casi di DRG chirurgici non di sala operatoria (ad es. Ptca in sala emodinamica, termoablazione in radiofrequenza..., per i quali deve essere presente evidenza di un referto completo che indichi dettagliatamente tipologia, modalità ed esito della procedura).

COPIA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Solo per Ricoveri Urgenti			
E' presente nel verbale di transito dal PS o in altro documento una valutazione clinica e/o strumentale che motivi il ricovero urgente in reparto?	SI	NO	NA
E' un ricovero urgente proveniente da reti assistenziali? (ad es. rete infarto)	SI	NO	NA
E' un ricovero urgente con accesso in terapia intensiva?	SI	NO	NA
Solo per DRG 370-371			
Il parto cesareo è motivato e documentato da problematiche fetali?	SI	NO	NA
Il parto cesareo è motivato e documentato da problematiche della madre?	SI	NO	NA
E' motivato e documentato da pregresso parto cesareo?	SI	NO	NA
E' indicata altra motivazione documentata per l'indicazione a parto cesareo?	~~SI~~	~~NO~~	~~NA~~
Note:			
Rilevatore:			

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Controllo 2 (valutazione proporzionale): Qualità compilazione SDO/CEDAP e congruenza con la cartella clinica

E' presente nella cartella clinica copia della SDO?	SI	NO		100
Nella SDO è presente la firma nei campi previsti?	SI	NO		10
La diagnosi principale indicata è quella che ha comportato il maggior consumo di risorse?	SI	NO		5
Il tipo di ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri ordinari)	SI	NO	NA	3
Il motivo del ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri diurni)	SI	NO	NA	3
Sono state segnalate tutte le diagnosi che hanno influenzato l'episodio di cura?	SI	NO		5
Le diagnosi secondarie segnalate hanno realmente influenzato l'episodio di cura comportando un impegno significativo nel corso del ricovero p.e. richiesta di consulenze, esami diagnostici, terapie infusionali etc.? (per i soli DRG complicati)	SI	NO	NA	10
Le procedure indicate nella SDO trovano riscontro nella cartella clinica? (solo se sono indicate procedure)	SI	NO	NA	20
In cartella clinica sono descritti interventi chirurgici e/o procedure invasive non segnalate nella SDO?	SI	NO		5
I codici utilizzati nella codifica delle diagnosi e/o procedure indicate nella SDO in maniera descrittiva sono congruenti con le regole di codifica indicate dalla normativa e dalle linee guida?	SI	NO		5
Nella SDO sono riportati tutti i codici delle procedure specifiche per le Terapie Intensive Neonatali (Cod 73) se descritte in cartella clinica, in aggiunta alle eventuali altre procedure chirurgiche, fino al completamento dei campi previsti?*	SI	NO	NA	20
Completezza e Coerenza tra Scheda CEDAP e Documentazione sanitaria	SI	NO	NA	10
Note:				
Rilevatore:				

* elenco procedure:
1) 00.12 somministrazione di Ossido Nitrico
2) 88.71 diagnostica ecografica del capo
3) 88.72 diagnostica ecografica del cuore
4) 88.91 RMN cervello e tronco
5) 89.14 Elettroencefalogramma
6) 93.90 respirazione a pressione positiva continua (CPAP)
7) 96.71 ventilazione meccanica per < 96 ore consecutive
8) 96.72 ventilazione meccanica per > 96 ore consecutive
9) 99.0 trasfusione di emocomponenti
10) 99.15 infusione parenterale di sostanze nutrizionali (TPN)
12) 99.81 ipotermia
13) 99.83 fototerapia
14) 38.91 catetere arterioso
15) 38.92 catetere vena ombelicale
16) 38.93 Catetere centrale inserito perifericamente (picc)
17) 34.04 inserzione di drenaggio pleurico

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Controllo 3: Appropriatezza del livello di assistenza

Si evince dalla documentazione sanitaria una complessità dell'intervento o della procedura per cui è appropriato il setting utilizzato?	SI	NO	NA
Sono presenti comorbilità che necessitano di monitoraggio clinico o assistenza continuativa?	SI	NO	
Si evince dalla cartella clinica che il paziente è privo di assistenza familiare?	SI	NO	
Si evince dalla cartella clinica che il paziente sia un soggetto "candidato a trapianto"? (solo per il DRG 410)	SI	NO	NA
Note:			
Rilevatore:			

Controllo 4: Appropriatezza organizzativa
Descrizione Criteri e Motivi

Ricoveri Ordinari	
Criteri di Appropriatezza:	
A1.	Procedure in sala operatoria nel giorno indice
A2.	Procedure in sala operatoria il giorno successivo quello indice ma che richiedano consulti e/o valutazioni preoperatorie extraroutine
A3.	Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive nel giorno indice
A4.	Almeno 5 osservazioni clinico assistenziali motivate (CONTROLLARE FAQ) e documentate dal personale sanitario nelle 24 ore
A5.	Controllo di terapie e/o di effetti collaterali
A6.	Medicazione di ferite chirurgiche, gestione drenaggi
A7.	Monitoraggio continuo di parametri vitali
A8.	Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua
A9.	Override di Appropriatezza (commentato)
Motivi di Inappropriatezza:	
B0.	Inappropriato
B1.	Override di Inappropriatezza (commentato)
Ricoveri in Day Hospital (medici)	
Criteri di Appropriatezza:	
D1.	Presenza documentata di almeno tre accertamenti (escluso esami ematici di laboratorio) per ogni accesso: è necessario che si evinca dalla documentazione clinica la pluridisciplinarietà degli interventi.
D2.	Procedure diagnostiche, riabilitative e/o terapeutiche invasive.
D3.	Override di Appropriatezza (commentato)
Motivi di Inappropriatezza:	
E0.	Inappropriato
E1.	Override di Inappropriatezza (commentato)

- Protocollo per il controllo dell'appropriatezza della giornata di ricovero, focalizzato sull'appropriatezza della singola giornata di degenza/accesso (piuttosto che sulla Ammissione come nel vecchio RS-PVA)e basato sull'uso delle risorse ospedaliere in costanza di ricovero ordinario o diurno e quindi sulla capacità organizzativa delle strutture.
- Per la descrizione completa di ogni singolo punto rifarsi al manuale predisposto dalla Commissione Regionale per l'appropriatezza

COPIA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Controllo 4: Appropriatezza organizzativa
Scheda Rilevatori

Reparto _____ *N. Cartella* _____ *Età* ____ *Sex* F M

AMMISSIONE gg/mese |_|_|_|_| *Anno* |_|_|_|_| *Tipo* OR DH

DIMISSIONE gg/mese |_|_|_|_| *Anno* |_|_|_|_|

Giornata o Accesso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
"															
"															
Motivo															

Giornata o Accesso	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
"															
"															
Motivo															

Giornata o Accesso	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
"															
"															
Motivo															

Commenti per gli Override (indicare giornata/accesso di riferimento):

Note:

Rilevatore:

COPIA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Controllo 5: Appropriatezza Ricoveri Ripetuti

Sono presenti valide motivazioni che giustificano la ripetizione del ricovero entro 30 giorni, nella stessa U.O. e attribuiti alla stessa MDC ? (Na se i ricoveri non sono nella stessa U.O. e MDC)	SI	NO	NA
Sono presenti valide motivazioni che giustificano il ricovero medico seguito entro 30 giorni da un ricovero chirurgico con patologie correlate? (non è stato cioè erogato esclusivamente per l'esecuzione di prestazioni propedeutiche all'intervento chirurgico) (Na se i ricoveri non sono correlabili)	SI	NO	NA
Note:			
Rilevatore:			

La prima domanda per evidenziare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni
La seconda domanda per salvaguardare la Omnicomprensività della tariffa

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Controllo 6 (valutazione proporzionale):
Appropriatezza in Lungodegenza

Il paziente proviene da U.O. per acuti	SI	NO		100
Il paziente proviene da U .O. di Riabilitazione intensiva (lungodegenza per assistenza riabilitativa di più bassa intensità; interventi riabilitativi riportati nel PAI - d.a. 02279/12: Piano della Riabilitazione)	SI	NO		
Il paziente proviene dal territorio (lungodegenza riabilitativa solo nei casi in cui non è possibile effettuare il trattamento riabilitativo in immediata continuità con il ricovero in u.o. per acuti es. patologia ortopedica ai quali non è concesso il carico immediato; interventi riabilitativi riportati nel PAI - d.a 02279/12 – Piano della Riabilitazione)	SI	NO		
E' presente la richiesta del medico di reparto per acuti o di riabilitazione intensiva per il ricovero in lungodegenza	SI	NO	NA	10
E' presente la richiesta del medico di base per il ricovero in lungodegenzariabilitativanei casi provenienti da domicilio	SI	NO	NA	
E' presente la validazione della richiesta del medico di Lungodegenza post – acuzie	SI	NO		10
I criteri di ammissione sono coerenti con la normativa (circolare assessoriale n. 1263/09) (punto A Scheda Esplicativa).	SI	NO		100
E' presente almeno una delle condizioni cliniche eleggibili previste dalla normativa (circolare assessoriale n. 1263/09) (punto B Scheda Esplicativa)	SI	NO		100
Il PAI (Programma Assistenziale Individualizzato) è redatto tenendo conto dei bisogni assistenziali (punto C Scheda Esplicativa)	SI	NO		50
E' presente il programma riabilitativo specifico per il bisogno riabilitativo	SI	NO	NA	50
Il PAI riporta la valutazione periodica	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione della sindrome da immobilizzazione	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione delle lesioni da decubito	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione delle cadute	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per le infezioni ospedaliere	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la gestione corretta degli ausili e presidi	SI	NO		10

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Appropriatezza in Lungodegenza: Scheda Esplicativa

Punto A: Criteri di ammissione coerenti con la normativa (circolare assessoriale n. 1263/09)

Criteri di ammissione area Medica:

☐ paziente con pregressa malattia acuta e clinicamente stabilizzato, non autonomo, in cui persiste la necessità di visita medica .....quotidiana per l'aggiustamento della terapia e il recupero dell'autonomia in tempo contenuto

☐ Paziente convalescente con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomo, con deficit funzionali emendabili

☐ Paziente destinato a trattamenti periodici a elevata frequenza

☐ Paziente con deficit funzionali lievi e prognosi favorevole per il recupero a breve termine, che necessita prevalentemente di .....assistenza internistica oltre a interventi riabilitativi mirati di tipo estensivo

Criteri di ammissione area Chirurgica:

☐ Paziente con comorbilità e/o complicanze di pertinenza internistica a rischio di stabilità

☐ Paziente che presenta deficit funzionali e che necessita di sorveglianza medica ed assistenza infermieristica continuative

Criteri di non ammissione:

☐ Paziente terminale per il quale sono attivabili forme alternative di assistenza

☐ Paziente con importante deterioramento cognitivo

☐ Paziente anziano non autosufficiente con esiti di patologie stabilizzate

Punto B: Condizioni cliniche elegibili previste dalla normativa (circolare assessoriale n. 1263/09)

Condizione cliniche elegibili per l'area medica

☐ Ictus cerebrale post-acuto
☐ Scompenso Cardiaco che necessita di cure continuative
☐ Diabete mellito scompensato post-acuto
☐ Polmonite o altro processo infettivo a lenta risoluzione ☐ Insufficienza respiratoria cronica riacutizzata (per terapia infusionale aerosol)
☐ Post acuzie di Endocardite infettiva
☐ Soggetti cronici con affezioni concomitanti che richiedono cure continuative (es. anemie gravi, piede diabetico, vasculopatie periferiche ,disidratazione, malnutrizione)
☐ Cirrosi epatica con ascite e/o encefalopatia porto-sistemica a basso rischio di sanguinamento di varici esofagee ☐ Nefropatia stabilizzata in terapia di consolidamento
☐ Fibrillazione atriale cronica a rischio di instabilità
☐ Post-acuti con disabilità stabilizzata, non dimissibili per problemi socio-assistenziali e/o per non adeguato sostegno familiare, in attesa di ricovero in strutture residenziali, semiresidenziali o in assistenza domiciliare.
☐ Altra Patologia SPECIFICARE_____

Condizioni cliniche elegibili area chirurgica

☐ Convalescenza controllata
☐ Necessità di medicazioni da eseguire in ricovero
☐ Complicanze mediche di interventi chirurgici(metaboliche, infettive, circolatorie)
☐ Sottoposti ad interventi protesici di anca o ginocchio o da fratture recenti che richiedono cure continuative prima della
☐ Riabilitazione intensiva
☐ Altra Patologia SPECIFICARE_____

Punto C: Bisogni assistenziali

☐ Clinico (inquadramento clinico, stabilizzazione delle condizioni cliniche)
☐ Riabilitativo estensivo (recupero funzionale)
☐ Infermieristico:
☐ Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito
☐ Gestione dei dispositivi medici
☐ Altro
☐ Sociale:
☐ Promozione delle relazioni sociali
☐ Promozione delle attività ricreative
☐ Animazione e contatti con i familiari
☐ Altro

COPIA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Controllo 7 (valutazione proporzionale): Appropriatezza in Riabilitazione

Scheda a) Valutazione Complessiva in Riabilitazione

Il paziente proviene per trasferimento da U.O. per acuti	SI	NO		100
Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Lungodegenza	SI	NO		
Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Riabilitazione ad alta specialità (codice 75 - codice 28)	SI	NO		
Il paziente proviene dal territorio	SI	NO		
Il paziente proviene da altra struttura di riabilitazione con codice equivalente - entro 10 giorni dalla dimissione del reparto per acuti - purchè non si superino i 60 giorni complessivi dal ricovero per l'evento acuto correlato* - purchè sia presente la documentazione completa della struttura di provenienza	SI	NO		
Limitatamente al Codice 28 e 75 verifica della presenza della scheda "Paziente ad alta criticita' assistenziale, con disabilita' equiparabile ad esiti di grave cerebrolesione acquisita" e della relativa coerenza con la documentazione sanitaria. Circolare 10 febbraio 2014, n. 1. "Applicazione del decreto assessoriale n. 923 del 14 maggio 2013 - recepimento decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 18 ottobre 2012, allegato 2 tariffe della riabilitazione" pubblicata nella GURS n. 8 del 21-2-2014.	SI	NO	NA	50
Limitatamente al Cod. 28, la fase di stabilizzazione dall'evento acuto è avvenuta entro 4-6 mesi per i paraplegici, 8-12 mesi per i tetraplegici. Il fine è quello di garantire un adeguata compliance terapeutico – assistenziale.	SI	NO	NA	10
E' presente la richiesta del medico del reparto di provenienza	SI	NO	NA	10
Il ricovero in riabilitazione è avvenuto entro 60 giorni dal ricovero per l'evento acuto correlato*	SI	NO	NA	100
E' presente la scheda di accettazione della proposta di ricovero validata dal medico specialista della riabilitazione** (come previsto dal Piano Regionale della Riabilitazione; per la cardiologia riabilitativa vedi normativa allegato "C" del Piano ragionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)	SI	NO		10
Sono presenti almeno 2 dei criteri di accesso al ricovero ordinario previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12) (Punto A Scheda Esplicativa) (solo per ricoveri ordinari)	SI	NO	NA	100
E' presente almeno 1 criterio di accesso al ricovero diurno tra quelli previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12) (Punto B Scheda Esplicativa) (solo per ricoveri diurni)	SI	NO	NA	100
Per la cardiologia riabilitativa sono rispettati i criteri specifici di accesso previsti dalla normativa (allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)	SI	NO	NA	100
E' presente il progetto riabilitativo individuale di cui è responsabile il medico specialista della riabilitazione** con la collaborazione dei componenti del team multi professionale (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano ragionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)	SI	NO		100
E' presente la diagnosi funzionale	SI	NO		10
Sono indicati gli obiettivi riabilitativi	SI	NO		10
Sono presenti gli esiti attesi alla fine del ricovero	SI	NO		10
E' presente il programma riabilitativo	SI	NO		50
Sono presenti le fasi e le modalità di esecuzione del programma	SI	NO		20
E' presente il modello di valutazione qualitativa bio-psico-sociale (classificazione ICF)	SI	NO		20
E' presente una scala di valutazione quantitativa	SI	NO		5
E' specificata la durata prevista del trattamento riabilitativo individuale (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano ragionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)	SI	NO		50
Il progetto riabilitativo individuale è firmato dal medico specialista in riabilitazione responsabile del progetto stesso (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano ragionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)	SI	NO		100
Nel progetto riabilitativo è individuato il caregiver	SI	NO	NA[1]	3
E' presente la valutazione funzionale periodica	SI	NO		10
E' presente la valutazione funzionale finale	SI	NO	NA[2]	10
E' presente il diario dei trattamenti riabilitativi (incluso il nursing riabilitativo***)	SI	NO		70

LA LETTERA DI DIMISSIONE (DA REDIGERE ANCHE NEI CASI DI TRASFERIMENTO AD ALTRA STRUTTURA ASSISTENZIALE) IDENTIFICA:				
il percorso riabilitativo successivo	SI	NO	NA	10
il carico assistenziale successivo	SI	NO	NA	10
necessità di ausili, protesi e ortesi	SI	NO	NA	10

*se il ricovero è avvenuto oltre il 60° giorno verificare:

1. la presenza di caratteristiche di complessità del paziente tali per cui gli stessi ricoveri possono comunque essere considerati appropriati (in tal caso specificare "na");
2. nel caso di ricovero in DH lo stesso va considerato ammissibile per continuità nell'immediatezza di una dimissione da ricovero ordinario, anche se sono trascorsi più di 60 giorni dall'evento acuto.

** Il medico specialista in riabilitazione: si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitazione ad equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l' accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che,. come da normativa concorsuale, ha una anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative individuate da questo documento (Cfr Piano di Indirizzo per la Riabilitazione – Anno 2011).

COPIA NON
Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

*** Serie di interventi riabilitativi effettuati dal team della riabilitazione (ad es. training dei passaggi posturali, educazione alla nutrizione e alimentazione, interventi educazionali,...)

[1] Nel progetto riabilitativo è individuato il caregiver: se Non Applicabile (NA) la motivazione deve risultare documentata in cartella clinica

[2] NA in caso di decesso/trasferimento

Appropriatezza in Riabilitazione (Valutazione Complessiva): Scheda Esplicativa

Punto A: criteri di accesso ricoveri ordinari
(allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)

Criteri di accesso :

- ☐ il paziente è affetto da una disabilità complessa ed è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero o con la concreta possibilità di recupero neuromotorio funzionale che consente il reinserimento nel proprio contesto familiare
- ☐ le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nelle 24h di prestazione diagnostico-terapeutiche ad elevata intensità (da parte di personale medico sanitario) e un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi
- ☐ il paziente è instabile clinicamente ed è affetto da comorbilità che impongono una tutela medica ed infermieristica costante
- ☐ la necessità di assistenza medica ed infermieristica è legata alle esigenze di assicurare un nursing riabilitativo complesso in condizioni di sicurezza

Punto B: criteri di accesso ricoveri diurni
(allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)

Criteri di accesso :

- ☐ paziente con necessità di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale del progetto riabilitativo individuale
- ☐ Paziente per il quale all' interno del progetto riabilitativo individuale è prevista l'esecuzione di accertamenti diagnostici, clinico valutativi e funzionali che necessitano di monitoraggio/osservazione prolungata del paziente (oltre 90 minuti)
- ☐ paziente, ricoverato per l'esecuzione di accertamenti diagnostici/valutativi/funzionali e terapeutici, disabile, non collaborante, che richiede un' assistenza dedicata e l' accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (ad esempio: pazienti anziani, pediatrici, soggetti defedati, soggetti con deficit delle funzioni cognitive , gravi disfagie, soggetti fragili per motivi clinici e sociali, con gravi patologie neuromotorie)
- ☐ Paziente con necessità di trattamenti riabilitativi intensivi multiprofessionali che richiedono, inoltre, la disponibilità di specifiche tecnologie riabilitative ad alto costo
- ☐ Paziente con necessità , nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di somministrazione di terapia farmacologica per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: tempo di somministrazione prolungato, necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di una ora dopo la somministrazione
- ☐ Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori trattamenti diagnostici strumentali nelle ore immediatamente precedenti/successive alla somministrazione della terapia e/o all'esecuzione del trattamento riabilitativo
- ☐ Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire procedure terapeutiche invasive che necessitano di monitoraggio /osservazione oltre 60 minuti
- ☐ Ricarica pompa al baclofene o test al baclofene con osservazione prolungata fino alla nona ora, altresì associata a somministrazione di tossina botulinica

COPIA NON
Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Controllo 7: Appropriatezza in Riabilitazione
Scheda b) Valutazione Appropriatezza Giornata/Accesso in Riabilitazione

Reparto _____ *N. Cartella* _____ *Età* ____ *Sex* F M

AMMISSIONE gg/mese |_|_|_|_| *Anno* |_|_|_|_| *Tipo* OR DH

DIMISSIONE gg/mese |_|_|_|_| *Anno* |_|_|_|_|

Giornata o Accesso Non Appr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Note:

Rilevatore:

Criteri di Appropriatezza: L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno tre ore giornaliere ed è erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari non medici della riabilitazione e dal personale infermieristico (Piano di indirizzo della riabilitazione, pag 11, GURI del 2-3-2011). Ove per le condizioni cliniche del paziente non possa essere rispettato il tempo minimo riabilitativo, la motivazione deve risultare documentata in cartella clinica a firma del responsabile del PRI. *(per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano ragionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)**

*Le attività di riabilitazione intensiva sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico e terapeutico comprensivo di interventi multidisciplinari e multi professionali intensivi (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico), che implichino un elevato livello di tutela medico-infermieristica e la necessità di utilizzare attrezzature tecnologicamente avanzate (GURS 54, 21 dicembre 2012). Occorre quindi che nella valutazione quantitativa delle attività si tenga conto delle condizioni cliniche del paziente, dell'impegno diagnostico e terapeutico, dell'approccio multidisciplinare e multi professionale.

** per il codice 28 fanno eccezione le prove di domiciliazione per un massimo di 5 accessi

COPY NO

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Controllo 8 (valutazione proporzionale): Appropriatezza clinica e sicurezza dei pazienti

Presenza in cartella clinica della scheda antibioticoprofilassi (allegato 1) completa in tutte le sue parti. (Per tutti i DRG chirurgici)	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della checklist per la sicurezza in sala operatoria (D.A. 27.12.13) (allegato 3) completa in tutte le sue parti. (Per tutte le procedure chirurgiche di sala operatoria[1])	SI	NO	NA	10
Evidenza in cartella clinica della valutazione del rischio di tromboembolismo venoso in accordo alle linee guida Internazionali e alle buone pratiche clinico assistenziali	SI	NO	NA	10
Evidenza in cartella clinica che sia stato rilevato e misurato il dolore, come previsto dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e allo standard come FAQ	SI	NO		10
Evidenza in cartella clinica della prevenzione del rischio caduta[3]	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della Scheda Unica di Terapia completa in tutte le sue parti[4].	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della scheda di gestione del CVC, come indicato dal D.A. 1 giugno 2016 "Programma regionale per l'azzeramento delle infezioni CVC correlate - Targeting Zero" e s.m.i. (allegato 4)	SI	NO	NA	3
Presenza della "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche" (allegato 2) (solo per i ricoveri ordinari, esclusi lungodegenze e riabilitazione)	SI	NO	NA	3
Note:				
Rilevatore:				

1)Poiché la checklist di sala operatoria, di cui all'allegato 3, è stata sviluppata per i contesti tipici di sala operatoria, viene inserita la possibilità del NA per i DRG chirurgici prodotti da procedure interventistiche (ad es. emodinamica impianto di Pace Maker, impianto di defibrillatore, TAVI, ERCP...).
2) Viene inserita la possibilità del "NA" per i bambini (0-14 anni ad eccezione di soggetti con fattori di rischio familiari o individuali) e per i Day Hospital, considerata la durata limitata della permanenza in ospedale.
3) Viene inserita la possibilità del "NA" per i bambini, per i pazienti intubati e per i DH medici e chirurgici.
4) Esclusi i DH diagnostici

COPIA NON
Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Controllo 9: DRG psichiatrici

Secondo il giudizio dello psichiatra il ricovero è appropriato?	si	no	
Relazione:			
Psichiatra:			
Note			

COPIA NON VALIDA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Allegato 1: Scheda Antibioticoprofilassi

UNITA' OPERATIVA_____

DATI PAZIENTE

COGNOME_____ NOME_____ NATO IL_____

Ricoverato il _____

Valutazione del rischio										
Classe ASA	1	☐	Classe intervento	Pulito	☐	Impianto protesico	SI	☐	NO	☐
	2	☐								
	3	☐		Pulito-contaminato	☐	Degenza prima dell'intervento> 48 h	SI	☐	NO	☐
	4	☐		Contaminato	☐					
	5	☐								

DATA INTERVENTO____/_____/_____ ORA INIZIO* ____/____ ORA FINE* ____/____

INTERVENTO_____

_____

_____

*dell'intervento

Modalità esecuzione profilassi antibiotica						
Ora somministrazione antibiotico						
Antibiotico somministrato						
Dose aggiuntiva	SI	☐	NO	☐	Se SI per	☐Emodiluizione> 15 ml/Kg
						☐Perdite ematiche > 1.500 ml
						☐Durata intervento >3 h
						☐ASA ≥ 2
						☐impianto di protesi

FIRMA

COPIA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Allegato 2 - Scheda Programmazione Interventi/procedure diagnostiche

(solo per i ricoveri ordinari, esclusi lungodegenze e riabilitazione)

Nome Cognome _____

Cartella Clinica n. _____

U.O. _____

data ricovero _____

gg degenza	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	.....	.....
Data (giorno/mese)												
Radiodiagnostica basale												
...												
...												
...												
...												
...												
...												
Radiodiagnostica avanzata												
TC ...												
RMN												
...												
...												
...												
Consulenze specialistiche												
..												
...												
..												
...												
..												
Es strumentali												
EGDS												
Colonscopia												
Ecocardio												
Ultrasonologia												
.....												
.....												
.....												
Procedure chirurgiche												
.....												
.....												
Previsione della dimissibilità o trasferimento*												

Per ogni prestazione indicare con una "x" la giornata di richiesta; con un "o" la data di erogazione (anche nella medesima casella)

**Trasferimento in caso di terapie intensive o subintensive.*

COPIA NON VALIDA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Allegato 3: Checklist per la sicurezza in chirurgia

Checklist per la sicurezza in chirurgia*

Sign In → *Prima dell'induzione dell'anestesia*	→ **Time Out** → *Prima dell'incisione della cute*	→ **Sign Out** *Prima che il paziente abbandoni la sala operatoria*
☐**Conferma del paziente** : - identità - sede di intervento - procedura - consenso	☐**tutti i componenti dell'equipe si sono presentati con il proprio nome e funzione**	**L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe:** ☐il nome della procedura registrata (Quale procedura è stata eseguita?) ☐che il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, sia risultato corretto ☐come il campione chirurgico con relativo contenitore e richiesta sia stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) ☐ eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici
E' stato rispettato il piano per la profilassi della TVP ? ☐si ☐non applicabile	☐ **Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato:** - identità del paziente - sede d'intervento - procedura **Anticipazione di eventuali criticità:** ☐chirurgo: Ci sono particolari criticità o preoccupazioni, durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue? ☐ anestesista: Ci sono aspetti critici intrinseci al paziente? ☐infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?	☐**Chirurgo, Anestesista e Infermiere** revisionano gli aspetti importanti e le criticità per la gestione del post operatoria del paziente **E' stato predisposto il piano per la profilassi della TVP nel post operatorio (mobilizzazione precoce, dispositivi compressivi, farmaci)?** ☐si ☐non applicabile
☐**Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile**		
☐**Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati** ☐ **Posizionamento del Pulsiossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento**		
Identificazione dei rischi del paziente: **Allergie:** ☐ si ☐ no **Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione?** ☐ no ☐ si, e la strumentazione/assistenza disponibile **Rischio di perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)?** ☐ no ☐ sì, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili	**La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti?** ☐si ☐non applicabile **Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?** ☐si ☐non applicabile	

**Sono consentite integrazioni per eventuali esigenze di particolari discipline chirurgiche o tipologia di intervento*

Allegato 4: Scheda di gestione degli accessi venosi

Assessorato della Salute

SCHEDA DI GESTIONE ACCESSI VENOSI

Scheda Presa in Carico

Ospedale/Struttura Sanitaria: _____ Data Presa in carico _____

Unita' Operativa: _____ Numero Cartella _____ Data Nascita _____ Sesso _____

Al momento della presa in carico in Reparto / Struttura:

Catetere presente all'ingresso ..... ☐ E' presente tutta la documentazione relativa? ..... ☐

Struttura di Provenienza _____ Unita' Operativa di Provenienza _____

Se catetere presente all'ingresso e la documentazione e' presente:

Data posizionamento _____ Modalita' _____

Controllo RX post - operatorio ..... ☐

Tipo di catetere _____ Altro Tipo di catetere _____

Note _____

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Assessorato della Salute

SCHEDA DI GESTIONE ACCESSI VENOSI

Scheda Posizionamento CVC

Ospedale/Struttura Sanitaria: _____

Unita' Operativa: _____ Numero Cartella _____ Data Nascita _____ Sesso _____

OPERATORE CHE HA IMPIANTATO IL CATETERE _____ Tipo Intervento _____

DATA POSIZIONAMENTO _____ Modalita' _____

TIPO DI CATETERE _____ Altro Tipo di Catetere _____

MOTIVAZIONE DI INSERIMENTO CVC _____ Altra Motivazione _____

POSIZIONAMENTO CVC: _____ Altro sito di posizionamento _____

Valutazione miglior sito di inserimento ..... ☐ Igiene delle Mani (Lavaggio Antisettico delle Mani o Frizione Alcolica): ..... ☐

Disinfezione della cute integra _____ ☐ POSIZIONAMENTO PICC _____

IMPIANTO ECOGUIDATO ..... ☐ Impiego di sutureless devices per fissaggio del catetere: ..... ☐

Impiego di medicazioni semipermiabili trasparenti ..... ☐

CONTROLLO RX POST - INSERIMENTO ..... ☐ CONTROLLO ECG POST - INSERIMENTO: ..... ☐

Note _____

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

SCHEDA DI MONITORAGGIO - Paziente: ____________ - Struttura Sanitaria: ____________ - ____________

Data (giorno/mese)																										
N.Giorni dal posizionamento																										
Uso massime precauzioni barriera																										
Lavaggio mani																										
Uso guanti non sterili																										
Cambio guanti con guanti sterili																										
Rimozione medicazione e sutureless device																										
Rimozione medicazione e sostituzione ord./straord.																										
Ispezione del sito																										
Sito dolente																										
Presenza di edema/arrossamento																										
Disinfezione del sito																										
Exit - site cm.																										
Fissaggio catetere con sutureless device																										
Impiego medicazione semipermiabile trasparente																										
Lavaggio con fisiologica in siringa da 10/20 cc																										
Disinfezione con clorexidina 2% delle porte di accesso																										
Difficolta di aspirazione																										
Difficolta iniezione																										
Impiego medicazione con Clorexidina a rilascio prolungato																										
Utilizzo Port Protector																										
Lock eparina per lavaggi																										
Sostituzione set infusione																										
Ore da precedente sostituzione set																										
Febbre																										
Febbre se presente riportare valore																										
Prelievo ematico per emocoltura																										
Trasferimento in altra Unità Operativa con CVC in situ																										
Unità Operativa in cui è stato trasferito																										
Rimozione CVC																										
Data rimozione CVC																										
Trasferimento in altra Struttura Sanitaria																										

(2019.15.1133)102

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione