

REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
Servizio 5 Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti

Manuale RS-PVA

Regione Siciliana-Protocollo di Valutazione
dell'Appropriatezza dei ricoveri

Sezione pediatrica

Gennaio 2011

CRITERI DELLA GIORNATA DI AMMISSIONE

NOTA: nei casi incerti (quando in cartella non è specificato l'orario d'entrata del paziente e non lo si riesce a desumere da altri indizi) con la dizione "nelle 24 ore successive" si intende anche la giornata di degenza successiva all'ammissione (le prestazioni/registrazioni di questa devono essere valutate per classificare la giornata di ammissione)

A. PER LE CONDIZIONI DEL PAZIENTE:

A1. *Frequenza cardiaca (a riposo) extra ranges età specifici e aritmie*

età	7gg. - 6 mesi	< 90/min	> 190/min.
	6 mesi - 2 anni	< 70/min	> 190/min.
	2 - 6 anni	< 60/min	> 160/min.
	> 6 anni	< 50/min	> 140/min.

Criterio valido se i valori indicati risultano documentati in cartella e/o nella proposta di ricovero e sono relativi al giorno di ammissione (per pazienti di età inferiore ai 12 anni, è meglio valutare la frequenza cardiaca registrata durante il sonno)

A2. *Ipo-Ipertensione arteriosa extra - ranges età specifici*

Ipertensione :	
≤ 1 mese	> 90/65 mmHg
> 1 mese ≤ 5 anni	> 110/70 mmHg
> 5 anni	> 120/75 mmHg

Ipotensione:	
≤ 1 mese	< 60 mmHg P. sistolica
> 1 mese	< 70 mmHg P. sistolica

Criterio valido se i valori indicati risultano documentati in cartella e/o nella proposta di ricovero e sono relativi al giorno di ammissione.

A3. *Frequenza respiratoria: 7gg- 1 m ≥ 60 1 m – 12 m ≥ 50 > 12 m > 40*

Criterio valido se i valori indicati risultano documentati in cartella e/o nella proposta di ricovero e sono relativi al giorno di ammissione.

A4. *Temperatura corporea ≥ 38° C in bambini ≥ 12 mesi* *Temperatura corporea ≥ 38° C da almeno tre giorni in bambini > 12 mesi*

Criterio valido se i valori indicati risultano documentati in cartella come:

- a) Presenti all'ammissione
- b) Riportati nella proposta di ricovero e/o riferiti dai familiari come presenti nei tre gironi precedenti

L'intervallo citato include il giorno di ammissione e costituisce la soglia minima di tempo.

La temperatura misurata o riferita può essere inferiore al valore soglia o può essere discontinua se sono stati somministrati antipiretici

A5. Emorragia clinicamente rilevante in atto o nelle 48 ore precedenti.

Criterio valido se documentato al ricovero e/o riportato nella proposta di ricovero e/o riferito dal paziente in un periodo di tempo non superiore alle 48 ore precedenti l'ammissione in ospedale. Per "clinicamente rilevante" si intende una situazione problematica che induce alla realizzazione di interventi specifici e mirati nelle 24 ore successive, quali:

- Una trasfusione di sangue e/o emoderivati nelle 24 ore;
- Controllo dell'emocromo almeno due volte nelle 24 ore successive (escluso accertamento in pronto soccorso);
- Procedure rivolte all'interruzione della perdita (al di là di un unico tamponamento nasale anteriore o di una sutura superficiale). Il tamponamento nasale posteriore giustifica l'ammissione.

A6. Squilibrio idroelettrolitico, acido-base, dei gas respiratori, metabolico clinicamente rilevante.

Criterio valido quando vengono registrati valori al di fuori dei ranges di seguito riportati e/o clinicamente rilevanti. Si intendono rilevanti quelle situazioni complesse e problematiche che inducono un'azione di monitoraggio laboratoristico ripetuta nelle 24 ore e/o quando risultano nel diario clinico riferimenti espliciti al problema (richiamo alla presenza di acidosi, ipercalcemia, etc.).

Ranges di riferimento per la valutazione degli squilibri idroelettrolitici e acido – base:

Na	< 130 mEq/l o > 150 mEq/l
K*	< 3,5 mEq/l o > 5,5 mEq/l
Ca	< 7,5 mg/dL o > 12 mg/dL
HCO ₃	< 20 mEq/l o > 36 mEq/l
Ph	< 7.30 o > 7.45

* tener conto della segnalazione di eventuali emolisi.

A7. Crisi di cianosi.

Non sono sufficienti a soddisfare il criterio, le crisi di cianosi risoltesi spontaneamente, di breve durata e da causa nota (es. accesso pertussico, spasmi affettivi, etc.)

A8. Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi, in atto e/o nelle 48 ore precedenti.

Criterio valido quando esiste documentata in cartella una problematica neurologica (centrale o periferica) insorta in un periodo di tempo non antecedente le 48 ore dall'ammissione. In questo criterio rientrano anche i disturbi di coscienza e gli stati confusionali anche dipendenti da eziologia metabolica, traumatica, tossica e iatrogena etc. purché documentati in cartella. Le convulsioni febbrili soddisfano il criterio.

A9. Ittero .

Criterio attivabile quando è riscontrabile un ittero che richiede l'osservazione medica o esami specifici per individuarne la causa o l'esecuzione di un monitoraggio.

A10. Perdita o calo improvviso della vista o dell'udito nelle 48 ore precedenti l'ammissione.

Il carattere improvviso della perdita può essere applicato per discriminare la ragione dell'ammissione. In assenza di traumi questo criterio potrà essere spesso applicato quando la causa è sconosciuta. Vedi discussione del seguente criterio n° 11.

A11. Perdita della capacità di muovere un braccio o un'altra parte del corpo nelle 48 ore precedenti l'ammissione.

Criterio valido quando esiste documentata in cartella una situazione clinica che prevede l'incapacità di muovere una parte del corpo insorta in un periodo di tempo non antecedente le 48 ore dal ricovero. In genere è implicato un trauma; altrimenti si tratterà per lo più di casi con causa ignota all'ammissione. Per i criteri n° 10 e 11, se la perdita è avvenuta prima delle 48 ore precedenti l'ammissione o il momento in cui è avvenuta è sconosciuta, il criterio non è attivabile, a meno che non sussistano condizioni che giustifichino il ritardo nella segnalazione (i genitori potrebbero non accorgersi dell'inizio della sintomatologia).

A12. Osservazione o sorveglianza stretta del comportamento alimentare, compreso l'apporto calorico e/o idrico nei casi di alterazione della nutrizione (vomito ripetuto e/o diarrea clinicamente rilevante).

Attivano il criterio:

a) *Vomito ripetuto o incoercibile*

Qualora si verifichi la presenza di almeno 2 dei seguenti fattori:

- Età < 12 mesi
- Seria difficoltà nella alimentazione orale
- Documentazione accurata del numero di episodi di vomito
- Sequele cliniche importanti (es. segni di disidratazione > 5%)

b) *Diarrea clinicamente rilevante*

qualora si verifichi la presenza di almeno due dei seguenti fattori:

- Età < 12 mesi
- Seria difficoltà nell'alimentazione orale
- Perdita di peso > 5% (o comunque segni clinici di disidratazione > 5%)
- Sangue evidente nelle feci
- Documentazione accurata del numero di scariche diarroiche

In ogni caso per quanto descritto nei punti a) e b) deve essere documentato un intervento alimentare con modifica della via di abituale somministrazione (os-ev.), delle dosi e/o della tipologia della dieta: alimentazione/idratazione e.v., introduzione di sondino nasogastrico.

A13. Malformazioni clinicamente rilevanti.

Criterio attivabile quando siano presenti malformazioni maggiori o sindromi polimalformative che richiedono interventi correttivi medici e/o chirurgici immediati e/o monitoraggio e assistenza e/o l'inquadramento diagnostico.

A14. Problemi ematologici acuti.

Attiva il criterio la documentazione in cartella delle seguenti condizioni:

Anemia clinicamente rilevante (quando si rilevi ematocrito < 30% o Hb < 7 mcg/ml

Neutropenia (quando si rilevi un numero di polimorfonucleati < 1000/mmc)

Piastrinopenia (quando si rilevi una conta piastrinica < 20.000/mmc)

Attiva il criterio anche la clinica nuova, recente (porpora, emorragia delle mucose ...) o un valore di laboratorio nuovo/inatteso, anche al di sopra del valore soglia, o un peggioramento di valori precedenti (emocromo, indici di emolisi, LDH, aptoglobina, alterazione della coagulazione, degradazione del fibrinogeno, etc., presenza di forme alterate della serie rossa, bianca o delle piastrine all'es. dello striscio periferico) purché sia accompagnato da monitoraggio:

- Clinico (cute, mucose, P.A.; F. C. ...) visite mediche etc.
- Laboratoristico (emocromo, vetrino, LDH, FDP, aptoglobina, mielobiopsia, etc.) e/o intervento terapeutico:
- Trasfusione di sangue, plasma, piastrine, aferesi, etc.
- Farmacologico (cortisone, stimolatori della serie bianca, fattori di crescita, antitumorali, etc.

A15. Problemi pediatrici speciali che includono:



- Patologia traumatica o traumi con possibili problemi medico legali o con dubbi segni di sofferenza neurologica.

- Sospetto clinico di maltrattamento e/o abuso di minore.
- Sospetta ingestione di farmaci o veleni o inalazione di gas tossici.
- Mancata compliance nei confronti del regime terapeutico necessario.

Spesso i bambini sono ammessi perché una di queste condizioni è sospettata o anticipata e non necessariamente già documentata. L'ammissione è appropriata quando risultano:

- Segnalazioni medico legali
- Monitoraggio neurologico esplicito (visita, test clinici o strumentali specifici)
- Manovre disintossicanti o profilattiche specifiche
- Somministrazione specificamente registrata di terapie

Riportare nell'apposito spazio sul retro della scheda lo specifico problema individuato

B. PER PRESTAZIONI NECESSARIE NELLE 24 ORE SUCCESSIVE

B1. Osservazione medica più di 2 volte nelle 24 ore

Criterio soddisfatto quando risultano in cartella visite mediche e/o prese visioni di esami documentate almeno 3 volte nelle prime 24 ore, oltre le prestazioni di Pronto Soccorso.

Per visita si intende qualsiasi documentazione in cartella che evidenzi che il paziente è stato visto dal medico (è sufficiente la misurazione della P.A. o della F.C. o la registrazione di esami di laboratorio ad opera del medico).

B2. Osservazione / prestazioni infermieristiche più volte nelle 24 ore

Criterio valido quando dall'esame dei vari componenti della documentazione clinica (cartella infermieristica, consegna, etc.) si rilevano almeno 4 nelle prime 24 ore (esclusa l'eventuale misurazione in Pronto Soccorso e all'accoglimento del paziente in Reparto).

Sono escluse le prestazioni tipo: somministrazione di farmaci ad orari fissi, controllo temperatura di routine, dispensa pasti, igiene di base e tutte le prestazioni assistenziali che non richiedono addestramento specifico.

Nel recuperare le informazioni dalla cartella infermieristica bisogna notare che tre registrazioni quotidiane, a intervalli regolari, sono "attese" per ogni paziente in corrispondenza del cambio dei turni. Di per sé esse non implicano interventi osservazionali/assistenziali/terapeutici con la professionalità di cui si è parlato, ma per lo più esprimono il riscontro generico di "assenza di bisogno e/o prestazioni", ricavabile da un "giro rapido e indifferenziato della corsia". Acquistano rilievo invece: la cronologia irregolare, imprevedibile, sganciata dai turni e/o il contenuto delle registrazioni che deve richiamare problemi specifici individuali e riportare interventi mirati.

B3. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua (compreso aerosol per 3 volte/die)

Criterio soddisfatto in tutti i casi di somministrazione di O₂ terapia anche intermittente tramite sondino nasale o tenda a ossigeno, e/o di ventilazione assistita il giorno di ammissione o nelle prime 24 ore successive, purché documentata in cartella. Vengono inclusi anche i casi di pazienti sottoposti almeno 2 volte nelle 24 ore a fisioterapia respiratoria o altra assistenza respiratoria ben documentata in cartella (monitoraggio secrezioni, ginnastica respiratoria, monitoraggio dei volumi respiratori, ossimetria, aerosol per 3 volte/die, etc.)

Il solo cronico preesistente utilizzo di ossigeno nasale non soddisfa il criterio.

B4. Monitoraggio dei parametri vitali più volte nelle 24 ore

Criterio soddisfatto quando dalla documentazione risultano accertati almeno 3 volte nelle 24 ore i parametri di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, respiratoria, temperatura, stato della coscienza, diuresi, etc. (incluso l'eventuale accertamento del Pronto Soccorso).

La soglia di frequenza (almeno 3 volte) si riferisce alla rilevazione del singolo parametro (es. una rilevazione della pressione arteriosa più una rilevazione di frequenza cardiaca più una rilevazione della frequenza respiratoria sommano ad una singola rilevazione e non a tre). Se una rilevazione è considerata in questo criterio, **non** va considerata simultaneamente sotto i criteri B1. e/o B2.

B5. Procedure diagnostiche invasive e/o utilizzo di sala operatoria il giorno stesso o il successivo

Criterio soddisfatto quando dalla documentazione risultano effettuate nel giorno di ammissione o nel successivo procedure invasive (sia diagnostiche che terapeutiche) sia in sala operatoria che in altra sede, purché siano coinvolte più figure professionali (chirurgo più anestesista e/o ferrista) e/o la strumentazione non sia disponibile nel comune ambulatorio pediatrico.

B6. Controllo di terapie e/o effetti collaterali da verificare entro le 24 ore

Criterio soddisfatto quando dalla documentazione risultano un monitoraggio strumentale e/o clinico e/o laboratoristico almeno nelle prime 24 ore. Valicano questo criterio gli aggiustamenti di terapia insulinica o in corso di terapie antitumorali, il monitoraggio durante terapia “coagulante”, etc.

B7. Terapia parenterale/somministrazione di farmaci e.v. da ripetersi più volte nelle 24 ore

Criterio soddisfatto quando dalla documentazione risultano somministrazioni e.v. di fluidi e/o farmaci almeno due volte nelle prime 24 ore. Non soddisfano il criterio i casi di semplice mantenimento della vena.

Nel lattante sino ad un anno il criterio si attiva anche per una sola somministrazione nelle 24 ore.

C. ALTRE POSSIBILITA'/CRITERI STRAORDINARI

Se dopo aver analizzato tutti i criteri relativi al ricovero, il revisore ritiene che esista qualche ragione (non compresa nella lista dei criteri espliciti) che debba far ritenere appropriata la giornata di ammissione in ospedale, può utilizzare “criteri straordinari”

E' obbligatorio giustificare in termini chiari e precisi il ricorso al criterio straordinario specificando i motivi della scelta.

C1. Altre situazioni che giustificano l'ammissione in ospedale del paziente (specificare)

C2. Criterio giustificativo presente, ma ingresso in ospedale comunque inappropriato (specificare).

MOTIVI DI INAPPROPRIATEZZA DELLA GIORNATA DI AMMISSIONE

Quando nessuno dei criteri ordinari è stato reperito si passa alla ricerca dei motivi che comunque hanno portato al ricovero.

In pratica si consulta la “Lista dei motivi dell’ammissione inappropriata”.

Devono essere ricercati tutti i motivi di ammissione ingiustificata in ospedale.

La ricerca utilizzerà ancora la documentazione scritta medico-infermieristica.

H1) Paziente entra per esecuzione di esami diagnostici

Questo gruppo di motivi riguarda la categoria delle cause di ospedalizzazione inappropriata per l’esecuzione di esami diagnostici; una serie infinita di sottomotivi possono essere ricercati e calibrati per le esigenze di ogni singolo studio.

- a) Esami di laboratorio
- b) Elettrocardiogramma
- c) Elettroencefalogramma
- d) Anatomia patologica
- e) Ecografia
- f) Rx tradizionale
- g) Tomografia assiale computerizzata
- h) Risonanza magnetica
- i) Rx "invasiva"
- j) Medicina nucleare
- k) Endoscopia
- l) altro (descrivere)

H2) Paziente entra per esecuzione di intervento terapeutico medico

Questo motivo spesso serve a valutare la non tempestività dell’ammissione in ospedale: ad esempio, un paziente programmato per un test allergologico che è ammesso e il giorno dell’ammissione, come il successivo, non esegue alcun accertamento; oppure il paziente che deve iniziare un trattamento chemioterapico e/o radioterapico ma nessun criterio soddisfa l’ammissione che è “intempestiva” o inappropriata per livello assistenziale.

H3) Paziente entra per esecuzione di intervento chirurgico

Questo motivo serve a valutare sia la non tempestività del ricovero rispetto alla programmazione della camera operatoria o il livello assistenziale inadeguato rispetto alla tipologia di intervento

H4) Paziente entra per assistenza infermieristica di base

Questo motivo serve a valutare l’ammissione in ospedale legata a necessità di generica assistenza infermieristica quale quella della normale gestione di un catetere vescicale, della necessità di medicazioni, etc. oppure assistenza infermieristica e/o riabilitativa strettamente legata a problemi terapeutici (infusione di farmaci, ...)

H5) Paziente con situazione clinica complessivamente critica

In questo gruppo rientrano le ammissioni in ospedale motivate da situazioni cliniche subacute che non trovano alcun criterio per soddisfare l'ammissione stessa: iniziale scompenso, stati febbrili, anemie, osservazione clinica, etc.

H6) Paziente con situazione socio-familiare critica

Questo motivo serve a identificare le ammissioni in ospedale dovute a problematiche familiari e/o sociali ma difficilmente trova un utilizzo per la mancanza di una precisa ed accurata anamnesi socio-familiare.

H7) Altro

Qualora l'ammissione in ospedale risulti inappropriata e nessuno dei motivi sopra elencati soddisfa l'ammissione si ricorre all'utilizzo di questo motivo che necessita una esplicitazione per esteso.

CRITERI DELLE GIORNATE DI DEGENZA

Questa sezione contiene una lista di prestazioni che generalmente sono erogabili solo in un ospedale per acuti. Queste procedure giustificano l'appropriatezza sia quando sono correlate alla diagnosi principale sia quando non lo sono.

Allo stesso modo che per l'ammissione, il rilevatore deve cercare la presenza nella documentazione clinica dei criteri, come elencati in una delle tre sezioni:

- D) prestazioni mediche;
- E) prestazioni infermieristiche;
- F) condizioni cliniche del paziente;

Verranno ricercati e barrati tutti i criteri rilevati.

Le prescrizioni, sia terapeutiche che di monitoraggio chiaramente espresse nella documentazione nei giorni precedenti il giorno indice e mai esplicitamente annullate, vanno considerate come ancora operanti. Ciò implica che vada effettuata una ricerca dei criteri nella giornata antecedente il giorno indice.

D. PRESTAZIONI MEDICHE

D1. Procedure in sala operatoria nel giorno indice

Criterio soddisfatto quando il paziente, durante il giorno indice, viene portato in sala operatoria per intervento chirurgico, diagnostico o terapeutico. Se una delle procedure descritte nei criteri compresi tra D3. e D8. è eseguita in sala operatoria è attivabile anche questo criterio.

D2. Procedure in sala operatoria il giorno successivo a quello indice ma che richiedano consulti o valutazioni preoperatorie

Criterio soddisfatto solo se sono documentati in cartella consulenze o valutazioni preoperatorie necessarie per la seduta operatoria del giorno seguente a quello della rilevazione; la visita anestesiologicala ed il pacchetto standard di indagini (ECG, Rx torace, emocromo completo, att. Protrombinica, azotemia, etc.) non rientrano nel criterio perché di routine.

D3. Cateterismo cardiaco il giorno indice

Questo criterio comprende sia la visualizzazione delle cavità cardiache attraverso l'iniezione di mezzo di contrasto che il prelievo di sangue nelle cavità cardiache e la misurazione della pressione intracardiaca e nelle arterie polmonari. Sotto questo criterio sono inoltre compresi tutti i cateteri cardiovascolari diagnostici permanenti per il monitoraggio del paziente.

D4. Angiografia il giorno indice

Questo criterio comprende vari tipi di angiografia (arteriografie nonché venografie maggiori e linfografie)

D5. Biopsia di organo interno il giorno indice

Criterio soddisfatto solo se documentata in cartella l'esecuzione di qualsiasi biopsia. Le più comuni sono le biopsie renali, epatiche, polmonari e cerebrali.

D6. Toracentesi o paracentesi il giorno indice

Criterio soddisfatto solo se documentata in cartella l'esecuzione di questo esame o qualsiasi puntura evacuativa. (sovrappubica nei bambini, pielica). Questo criterio include la rimozione di ogni tipo di liquido pleurico (sieroso, purulento, ematico, etc.) comunque fatto con ago e siringa o con trequarti e tubo di drenaggio.

D7. Procedura diagnostica e/ o terapeutica invasiva del Sistema Nervoso Centrale nel giorno indice

Criterio soddisfatto solo se documentata in cartella l'esecuzione di un esame invasivo a carico del sistema nervoso centrale. Questo criterio include procedure come la puntura lombare, l'applicazione di una derivazione ventricolare, mielografia, etc.

D8. Endoscopia nel giorno indice

Attivano il criterio tutte le pratiche endoscopiche (endoscopia del tratto digerente superiore, la colonscopia, la Duodeno-Colangio- Pancreas Grafia Retrograda, la Cistoscopia, etc.) purchè dalla documentazione clinica si evidenzino situazioni che ne rendano inevitabile l'esecuzione in presenza di più figure professionali e/o la strumentazione non sia disponibile nel comune ambulatorio pediatrico (premeditazione/medicazione/monitoraggio successivo).

D9. Controllo dietetico rigoroso

Criterio soddisfatto quando è documentato per qualsiasi test prolungato della funzionalità metabolica un periodo di stretto controllo dietetico, una raccolta frazionata periodica di sangue, urina o feci. Rientrano nel criterio le diete particolari per preparazione ad interventi chirurgici, la nutrizione entrale nella fasi di aggiustamento dell'apporto calorico, le diete con inclusione/esclusione seriata e progressiva di costituenti allo scopo di saggiare tolleranza/intolleranza anche transitoria o finalizzate a misure di bilancio. E' da ricercare nella documentazione la prescrizione nei giorni antecedenti quello indice. Non sono sufficienti a soddisfare il criterio le diete per diabetici, epatopatici, obesi.

Rientra nel criterio anche la rialimentazione dopo diarrea o vomito se presente:

- monitoraggio del bilancio (peso ripetuto, entrate/uscite)
- sequenza di introduzione/eliminazione di costituenti alimentari

Attiva il criterio anche la rialimentazione dopo intervento chirurgico se le modalità sono documentate in cartella o deducibili da protocolli specificamente predisposti.

D10. Necessità di controllo medico effettuato almeno tre volte al giorno

Criterio soddisfatto quando risultano in cartella visite mediche e/o prese visioni di esami documentate con frequenza di almeno 3 volte nelle 24 ore.

E' da notare che negli Ospedali Universitari le note fatte dagli studenti contano come le note fatte da un medico. Se queste 3 differenti note (ognuna delle quali fatta da uno studente, un interno o un medico del reparto) discutono le stesse osservazioni, il criterio non è attivabile.

La stretta osservazione del decorso di fratture o lussazioni è sufficiente a far ritenere soddisfatto il criterio.

D11. Prima giornata successiva a procedure invasive maggiori

Questo criterio è attivabile se nelle 24 ore precedenti è stata eseguita una procedura in sala operatoria o una delle procedure descritte nei criteri compresi tra D3. e D8.

Se le procedure segnalate ai codici D1, D3, D4, D5, D6, D7 e D8 programmate esplicitamente per il giorno-indice, non vengono effettuate per qualsiasi motivo, la giornata deve essere considerata non appropriata (a meno che non siano attivi altri criteri)

D12. Monitoraggio di terapie che richiedono verifiche almeno ogni 24 ore per valutarne efficacia o effetti collaterali

Criterio soddisfatto quando dalla documentazione risultano, nel giorno-indice, almeno un monitoraggio strumentale e/o clinico e/o laboratoristico nelle 24 ore. Sono sufficienti a soddisfare questo criterio gli aggiustamenti di terapia insulinica, il monitoraggio il monitoraggio durante terapia “coagulante”, etc.

E. PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE O DI SUPPORTO VITALE

Questa sezione contiene una lista di prestazioni infermieristiche e di supporto vitale la cui pratica può giustificare la presenza del paziente in ospedale. E' da sottolineare che, per questa sezione, è particolarmente importante richiedere la documentazione dei parametri necessari all'attivazione del criterio. Se per l'attivazione di un criterio una prestazione deve essere eseguita almeno 3 volte al giorno, nella documentazione clinica deve necessariamente essere riportata la prestazione in esame almeno 3 volte nel giorno-indice.

E1. Assistenza respiratoria (anche solo ossigenoterapia)

Il criterio è soddisfatto in tutti i casi di somministrazione di O₂ terapia anche intermittente tramite sondino nasale o tenda a ossigeno e di ventilazione assistita il giorno-indice, documentata in cartella. Vengono inclusi anche i pazienti sottoposti almeno 3 volte nelle 24 ore a fisioterapia respiratoria o altra assistenza respiratoria ben documentata in cartella (monitoraggio secrezioni, ginnastica respiratoria, monitoraggio di volumi respiratori, ossimetria, etc.).

Il solo cronico utilizzo di ossigeno per via nasale non soddisfa il criterio

E2. Somministrazione di fluidi e/o farmaci e.v.

Criterio soddisfatto quando dalla documentazione risultano somministrazioni e.v. di fluidi e/o farmaci almeno 2 volte nel giorno-indice. Il semplice “mantenimento della vena” non attiva questo criterio. Nel lattante con età < 12 mesi il criterio si attiva anche per una sola somministrazione.

E3. Monitoraggio dei parametri vitali almeno 4 volte nel giorno indice

Criterio soddisfatto quando dalla documentazione risultano accertate, con una frequenza di almeno 4 volte nelle 24 ore, i parametri di pressione arteriosa o frequenza cardiaca o respiratoria, stato della coscienza, diuresi, etc. nel giorno indice.

Questa informazione può essere ricercata nella documentazione infermieristica, nella grafica o nella documentazione medica.

E4. Valutazione del bilancio idrico nel giorno indice

Criterio soddisfatto quando dalla documentazione risultano monitorate le variazioni di peso, feci, urine frazionate e/o loro costituenti, altri liquidi e prodotti organici e secreti. Non sono sufficienti dizioni generiche come “alvo diarroico , diarrea ... scariche ripetute , diuresi/24 ore ...”

E5. Medicazione di ferite chirurgiche, gestione drenaggi

Criterio soddisfatto quando dalla documentazione risultano effettuati nel giorno-indice:

- Medicazione da parte del chirurgo; la semplice “detersione superficiale, spuntatura ...” non attiva il criterio, ma attivano il criterio dizioni del tipo “rimozione di materiale necrotico/purulento, toilette di tunnel o cavità sottocutanee o di parete, tunnellizzazione per drenaggio di raccolte ematiche, detersione con specillo, posizionamento di garze per drenaggio, etc.”.
- Controllo posizionamento dei drenaggi (in sede ..., spostato ..., sfilato etc.) della pervietà, della produzione qualitativa e quantitativa del materiale drenato (sangue, siero, pus, materiale necrotico, misto, etc.)
- Segnalazioni sullo stato della ferita chirurgica che non siano la semplice dizione “Ferita in ordine” o simile ma del tipo “Deiscenza punti ... , presenza di materiale necrotico e purulento... , scollamento dei margini , infiltrazione con tensione dei punti... etc...” che richiedano la rimozione di materiale necrotico o purulento, la toilette della cavità etc.

Il sondino nasogastrico a permanenza o per nutrizione enterale o il catetere urinario a permanenza, non soddisfano questo criterio.

E6. Controllo infermieristico prestato più volte al giorno

Questo criterio deve essere documentato ed include la registrazione del controllo da parte di personale infermieristico e/o di personale non medico quale, ad esempio, terapisti della riabilitazione. Le osservazioni devono essere documentate almeno 4 volte nelle 24 ore del giorno indice. Tali osservazioni devono essere aggiuntive alla semplice rilevazione dei parametri vitali (es. la temperatura). Un esempio può essere l’osservazione dei segni neurologici in pazienti con recente perdita della coscienza.

F. CONDIZIONE DEL PAZIENTE

A volte un paziente che necessita di ospedalizzazione può non ricevere nessuna prestazione compresa tra quelle elencate nei due gruppi di criteri sopra descritti. In questi casi è la condizione del paziente che giustifica la sua presenza in ospedale. Questa sezione include 8 criteri correlati con condizioni comunemente accettate come giustificative della degenza in ospedale.

F1. Sanguinamento clinicamente significativo in atto nel giorno indice o precedente

Criterio soddisfatto se documentato nel giorno-indice o nel giorno precedente.

In casi incerti, il criterio è attivato in presenza della documentazione di:

- Una trasfusione di sangue e/o emoderivati nelle 24 ore

- Un controllo dell'emocromo almeno 2 volte nelle 24 ore successive
- Monitoraggio della pressione arteriosa e/o della frequenza cardiaca più di 2 volte nelle 24 ore successive.

F2. Aritmia clinicamente significativa nelle ultime 48 ore

Criterio soddisfatto quando è documentata nel giorno-indice o nelle 48 ore precedenti. Nei casi di diagnostica elettrocardiografica incerta, contribuisce a soddisfare il criterio: il controllo nelle 24 ore di indagini mirate (enzimi, ECG, ecocardio, etc.) e/o la richiesta di parere cardiologico esplicitato

F3. Temperatura corporea di almeno 38°C nelle ultime 48 ore

F4. Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi nel giorno indice o precedente

Criterio soddisfatto quando esiste, documentata in cartella, una problematica neurologica (centrale o periferica) insorta nel giorno-indice o nel precedente.

Soddisfano questo criterio i disturbi di coscienza e gli stati confusionali anche dipendenti da eziologia metabolica, traumatica, tossica e iatrogena etc. purché documentati in cartella.

F5. Criterio soppresso

F6. Presenza di ileo, mancata canalizzazione o assenza di diuresi nelle precedenti 48 ore

F7. Problemi ematologici acuti

Criterio valido quando è documentata in cartella una patologia ematologia con espressione clinica (sanguinamento, porpora, ecchimosi, trombosi, anemia, etc.) accompagnata da monitoraggio clinico e/o laboratoristico di parametri ematologici e/o da trattamento immediato di possibili complicanze (vedi criterio n° 14 della giornata di ammissione), insorta nelle 48 ore precedenti per i quali vengono attivati provvedimenti diagnostici e/o terapeutici presenti e documentati in cartella.

G. ALTRE POSSIBILITA'/CRITERI STRAORDINARI

Se dopo aver analizzato tutti i criteri relativi alla giornata di degenza il revisore ritiene che esista qualche ragione, non compresa nella lista dei criteri espliciti, che debba far ritenere appropriata l'ammissione, può utilizzare i criteri straordinari G.

G1. Altre situazioni che giustificano la presenza in ospedale del paziente (descrivere)

G2. Criterio giustificativo presente, ma degenza in ospedale comunque inappropriata (descrivere).

MOTIVI DI INAPPROPRIATEZZA DELLE GIORNATE DI DEGENZA

Questa sezione deve essere sempre compilata quando si ritiene che il giorno di degenza non sia appropriato né sulla base dei criteri oggettivi né di quelli straordinari. Dovrà essere segnalato, nella “lista dei motivi” quello rilevato nel giorno indice.

Quando nessuno dei criteri ordinari è stato reperito, si passa alla ricerca dei motivi che comunque hanno portato al ricovero.

In pratica si consulta la “Lista dei motivi della degenza non appropriata”.

Tutti i motivi di non giustificata presenza in ospedale devono essere ricercati.

La ricerca utilizzerà ancora la documentazione scritta medico-infermieristica.

11. Paziente in attesa di intervento chirurgico

Questo primo motivo riguarda la categoria generale delle cause da utilizzare nel caso in cui il paziente si trovi in ospedale in attesa di intervento in sala operatoria.

Va utilizzato quando l'intervento è semplicemente in attesa senza scadenza o quando l'intervento già programmato viene rinviato “all'ultimo minuto”.

12. Paziente in attesa di eseguire esami

Ugualmente in genere questo motivo si riferisce a un paziente in attesa dell'esecuzione di esami complementari di diagnosi o di interventi invasivi non realizzati nel Blocco Operatorio.

- a) Esami di laboratorio
- b) Elettrocardiogramma
- c) Elettroencefalogramma
- d) Anatomia patologica
- e) Ecografia
- f) Rx tradizionale
- g) Tomografia assiale computerizzata
- h) Risonanza magnetica
- i) Rx "invasiva"
- j) Medicina nucleare
- k) Endoscopia
- l) altro (descrivere)

Il giorno di esecuzione è convenzionalmente coperto da questa sezione.

13. Pazienti in attesa di visita specialistica

Il motivo si riferisce, in genere, a un paziente in attesa della risposta di visita specialistica.

14. Pazienti in attesa dell'esito degli esami

Ci si riferisce ad esami eseguiti dal paziente e di cui si attende l'esito.

Anche per questi è prevista una lista aperta per esigenze conoscitive specifiche dell'ospedale

- a) Esami di laboratorio
- b) Elettrocardiogramma
- c) Elettroencefalogramma
- d) Anatomia patologica
- e) Ecografia
- f) Rx tradizionale
- g) Tomografia assiale computerizzata
- h) Risonanza magnetica
- i) Rx "invasiva"
- j) Medicina nucleare
- k) Endoscopia
- l) Altro (descrivere)

15. Altri motivi :

- a) Visita generica di controllo
- b) In attesa di trasferimento
- c) Ultimo giorno di degenza
- d) Permesso (documentato)
- e) Diario clinico illeggibile
- f) Nulla (diario non aggiornato)

16. Altro (descrivere)

INDICE

Criteria della giornata di ammissione	Pag. 2
Criteria legati alle condizioni del paziente.....	Pag. 2
Criteria legati a prestazioni necessarie nelle 24 ore successive	Pag. 6
Criteria straordinari (override)	Pag. 7
Motivi di inappropriatezza dell'ammissione	Pag. 8
Criteria delle giornate di degenza	Pag. 10
Criteria legati alle prestazioni mediche.....	Pag. 10
Prestazioni infermieristiche	Pag. 12
Condizioni del paziente	Pag. 13
Criteria straordinari (override)	Pag. 14
Motivi di inappropriatezza delle giornate di degenza	Pag. 15