

RS-PVA Protocollo Valutazione Appropriatezza DAY HOSPITAL

MANUALE DI ISTRUZIONI E RACCOLTA DATI

Modalità di compilazione del RS-PVA Day Hospital

Informazioni di carattere amministrativo

Esse sono essenziali per la identificazione del paziente e quindi per eventuali verifiche, recuperi, linkages, ecc. oppure riguardano variabili basilari per la descrizione (comparative e no) e/o per gli incroci preliminari (es. età, sesso).

Includono un pacchetto standard di informazioni ricavabili dalla scheda nosologica come: reparto, numero scheda nosologica, cognome, nome, data di nascita, sesso, data di ammissione intesa come data di apertura del DH, numero degli accessi e data di dimissione intesa come data di chiusura del DH.

Criteri per la classificazione della appropriatezza dell'accesso in day hospital

Convenzionalmente vengono identificati come criteri quelli atti a valutare la appropriatezza e motivi quelli atti a valutare la inappropriatezza.

Il rilevatore deve cercare nella documentazione la presenza del/dei criteri elencati in una delle due sezioni del manuale RS-PVA dedicate alla valutazione dell'appropriatezza dell'accesso. Devono essere barrati/registrati tutti i criteri incontrati, non ci si deve **mai fermare al primo criterio** che soddisfa l'appropriatezza dell'accesso in ospedale anche se è sufficiente un solo criterio per classificare come appropriato l'accesso.

La mancanza di informazioni nella documentazione clinica, come richiesta e definita nella lista dei criteri, implica la ricerca e quindi la assegnazione di uno o più motivi nella lista dei motivi di inappropriatezza.

Le sezioni sono così suddivise:

A) CONDIZIONE DEL PAZIENTE

B) PRESTAZIONI ESEGUITE NEL SINGOLO ACCESSO

C) OVERRIDE

Esiste la possibilità che il rilevatore discordi con quanto definito dal protocollo sia nel valutare come inappropriato un accesso motivato da uno o più criteri ed al contrario di valutare per appropriato un accesso, pur in mancanza di un criterio. In entrambi i casi il rilevatore deve esplicitare la propria opinione discordante dal questionario ed utilizzare uno dei due criteri override (C1 - C2)

D) MOTIVI DI INAPPROPRIATEZZA

Quando nessuno dei criteri ordinari è stato reperito nella lista dei criteri si passa alla ricerca dei motivi che comunque hanno portato al ricovero in DH. Tutti i motivi di non giustificata presenza in ospedale devono essere ricercati. La ricerca utilizzerà ancora la documentazione scritta medico-infermieristica.

Questa lista di motivi può essere modificata e calibrata di modo che sia maggiormente rispondente alle necessità di ogni singola struttura nel voler conoscere i motivi di inappropriatezza.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA

A) CRITERI LEGATI ALLE CONDIZIONI DEL PAZIENTE

Per la definizione del grado di compromissione dello stato generale del paziente (performance status) si è assunto come riferimento la scala di gravità WHO (grado 2) opportunamente modificata e allegata. Le condizioni descritte sono quelle minime richieste per soddisfare la condizione di appropriatezza di ammissione al Day Hospital (condizioni cliniche più severe sono implicitamente ammesse e riconosciute valide).

Patologie d'organo

Criterio valido quando i valori indicati risultano documentati in cartella e sono relativi al giorno dell'accesso.

A.1 Sistema cardio-circolatorio:

- Ipertensione diastolica > 110 mmHg oppure sistolica > 180 mmHg che richiede trattamento e/o controllo continuativo
- Ipotensione sistolica < 90 mmHg e/o che richiede infusione di liquidi o altre terapie
- Pericardio: segni suggestivi di pericardite (dolore toracico, rumori da sfregamento, alterazioni ECG).
- Anomalie del ritmo: Fc < 50 batt/min o > 140 (a riposo)

Soddisfano questo criterio le aritmie atriali, extrasistole ventricolari isolate se documentate esplicitamente nella documentazione clinica (annotazione del medico, ECG.) e oggetto di accertamenti nell'accesso.

A.2 Apparato respiratorio

Criterio valido se i valori indicati risultano documentati in cartella e sono relativi al giorno dell'accesso.

- dispnea con frequenza respiratoria > 30 atti/min - dispnea da sforzo moderato
- diffusione alveolo-capillare con riduzione del 50-75% rispetto ai valori normali
- versamento pleurico
- emoftoe

A.3 Squilibrio idroelettrolitico e acido-base metabolico e funzionalità renale

Criterio valido se vengono registrati valori esterni ai range indicati e risultano documentati in cartella e sono relativi al giorno dell'accesso

Valori soglia	Na	< 123	>156 mEq/l
	K	< 2.5	> 6 mEq/l
	pH	< 7.30	> 7.45
	HCO ₃	< 18	> 36 mmol/l
	Ca	< 6	> 13 mg/dl
	Urea	> 2 volte il v.n.	
	Creatinina	> 2 volte il v.n.	

Se gli HCO₃ sono l'unica alterazione rilevata, verificare che non si tratti di patologia cronica respiratoria: In tal caso il criterio non è applicabile.

A.4 Febbre

Criterio valido se i valori indicati risultano documentati in cartella e sono relativi al giorno dell'accesso.

- Temperatura ascellare > 38° C persistente da almeno 48 ore precedenti l'ammissione.
- Febbricola persistente (oltre due mesi)

A.5 Sistema nervoso

Criterio valido quando risulta documentata in cartella una problematica neurologica, anche se cronica ma con segnalata riacutizzazione, e che necessita un monitoraggio strumentale e/o un aggiustamento terapeutico da eseguirsi contemporaneamente alla valutazione neurologica nel singolo accesso.

A.6 Sangue e coagulazione

Criterio valido se i valori indicati risultano documentati in cartella e sono relativi al giorno dell'accesso

- Anemia Hb < 8 mg/dl
- G B Neutrofili < 100/mm³
- piastrine < 50.000/mm³
- Test di coagulazione: valore > 2 volte del valore normale (in assenza di terapia anticoagulante)
- Emorragia: perdita ematica (documentata o sospetta o riferita) ma che richiede interventi terapeutici (emotrasfusione, infusione di emoderivati o succedanei) o diagnostici ad hoc (controllo HT, etc.) documentati in cartella.

A.7 Fegato e vie biliari

Criterio valido se i valori indicati risultano documentati in cartella e sono relativi al giorno dell'accesso

- Enzimi epatici: valore > 3 volte v.n.
- Bilirubina: valori > 3 volte v.n.

A.8 Impegno multiorgano

Criterio valido se risulta documentato in cartella e sono relativi al giorno dell'accesso il riferimento a patologie sistemiche o in cui esista danno di più organi ed apparati che vanno contestualmente valutati ed eventualmente trattati.

- Patologie reumatologiche (degenerative croniche, collagenosi ecc.) caratterizzate da: febbricola persistente da' oltre due mesi, astenia persistente da oltre due mesi, un calo ponderale ≥ al 10% del peso corporeo negli ultimi due mesi, indici di flogosi persistentemente elevati:
 - VES > 50 mm/h
 - PCR tre volte > il valore normale ed anemia dei disordini cronici.

Almeno due elementi clinici più uno di laboratorio devono essere presenti per soddisfare il criterio.

- Tesaurismi (Emocromatosi, amiloidosi)
- Anamnesi recente (entro 6 mesi) di Trapianto di organo

B) CRITERI LEGATI A PRESTAZIONI ESEGUITE NEL SINGOLO ACCESSO

B.1 Procedure chirurgiche

Criterio valido solo se documentata in cartella l'esecuzione di uno degli interventi elencati nel giorno dell'accesso:

- *Interventi minori su: cute, sottocute, mucose.*
- *Interventi minori su: tendini, legamenti, muscoli, sinovie*
- *Sindromi canalicolari, interventi su n. periferici, ganglioneuromi*
- *Asportazione linfonodi*
- *Asportazione piccole lesioni neoplastiche - Interventi sull'occhio vie lacrimali*
- *Endoscopie chirurgiche e/o diagnostiche (broncoscopie, toracoscopie, mediastinoscopie ecc.)*
- *Interventi su vasi venosi o arteriosi*
- *Interventi per rimozione mezzi di sintesi*
- *Piccoli interventi sull'osso*
- *Chirurgia protesica minore*
- *Biopsia organi e tessuti*
- *Drenaggi endocavitari*
- *IVG, raschiamento*
- *Interventi chirurgici con metodica Laser*

Questo criterio è soddisfatto per ogni singolo accesso che preveda accertamenti preoperatori e controlli successivi (pacchetto Day Surgery)

I controlli post-intervento sono appropriati se documentata in cartella la gestione della ferita e/o complicazioni inerenti l'intervento chirurgico.

Sono esclusi tutti gli interventi compresi nel nomenclatore ambulatoriale meno che non siano rilevabili altri criteri di appropriatezza: ad es. condizioni cliniche del paziente

B.2 Procedure invasive

Criterio valido se è documentata in cartella l'esecuzione di una delle seguenti procedure nel singolo accesso:

- *Toracentesi o paracentesi o altre-centesi,*
- *alcolizzazione*
- *infusione endocavitaria o arteriosa profonda (es. arteria epatica)*
- *instillazione di farmaci endovescicali (escluso mezzi di contrasto)*
- *catetere venoso centrale tunnellizzato (Port-a-Cath)*
- *agoaspirati/agobiopsie che richiedono osservazione clinica di almeno 2 ore, documentata in cartella (es.: agobiopsia epatica, renale)*

B.3 Controllo effetti collaterali/tossici di terapie e/o procedure

Criterio valido quando dalla documentazione risulta almeno un monitoraggio

strumentale e/o clinico e/o laboratoristico esplicitamente finalizzato al problema. Sono inclusi gli accertamenti laboratoristici anche semplici (es. esami ematochimici) eseguiti nell'intervallo tra le sequenze di chemioterapia, esplicitamente finalizzati a misurare la tossicità anche tardiva dei farmaci. Validano il criterio per quanto concerne la osservazione medica la presenza nella documentazione di almeno tre valutazioni cliniche per accesso o una osservazione per almeno tre ore documentata in cartella.

Alcuni esempi: farmaci noti per essere a rischio di reazioni anafilattiche/di intolleranza (ferro e.v., mezzo di contrasto etc.), farmaci cardioattivi, infusione di insulina, di antifungini o della tossina botulinica, prove allergologiche (test di scatenamento/tolleranza), radiofarmaci, plasmaferesi, salasso, chemioterapici (p. es. Vincristina, Bleomicina ecc.)

Valida il criterio l'aggiustamento terapeutico di pazienti in terapia insulinica in compenso non stabile, documentata in cartella, e pazienti con inizio di terapia insulinica per un periodo di tempo compreso entro un mese dall'inizio della terapia, purchè documentata in cartella sia il monitoraggio che l'aggiustamento terapeutico.

Valida il criterio il monitoraggio del diabete gravidico in insulina documentata in cartella.

Valida il criterio anche la somministrazione di farmaci ad uso solo ospedaliero.

B.4 Terapie infusionali

Criterio valido quando dalla documentazione risulta una o più somministrazioni endovenose di fluidi e/o farmaci la cui somministrazione richiede più di 30 minuti.

Alcuni esempi: emotrasfusione, emoderivati (plasma, albumina, immunoglobulina), preparati nutrizionali (anche tramite sondino nasogastrico) e infusione tramite pompa.

B.5 Terapie: almeno due

Criterio valido quando dalla documentazione risultano eseguite almeno due delle terapie sottoelencate per accesso.

Terapie: fisiche, *radioterapia, fisioterapia, riabilitazione, curieterapie*

B.6 Procedure diagnostiche e/o terapeutiche nelle giornate: almeno tre

Criterio valido quando dalla documentazione risultano eseguiti almeno **tre** accertamenti per ogni accesso:

Criterio valido purchè si evinca dalla documentazione clinica la pluridisciplinarietà degli interventi

Es. visita ortopedica , Rx ossa ,es ematochimici.

N.B. le prestazioni radiologiche vanno considerate come singole se viene utilizzato lo stesso tipo di strumentazione per esami multipli (ES.: Rx cranio, coste, bacino.) Vanno invece considerate prestazioni multiple se eseguite con strumentazione differente (Es .: TAC torace, Rx cranio, Eco addome)

Se le prestazioni sono monodisciplinari, deve risultare dalla documentazione clinica che:

1. sono state ripetute nell'arco della giornata più volte
2. che il paziente necessita di osservazione - controllo tra una procedura e la successiva.(Es. curve ormonali/metaboliche; Test dinamici/funzionali)

alcuni esempi: esami ematochimici o materiale biologici; curve ormonali/metaboliche, test da stress, esami radiologici-ecografici, agoaspirati, test dinamici/funzionali, prove urodinamiche, monitoraggio continenza vescicale/anorettale, EEG, ECG, potenziali evocati, biofeedback pavimento pelvico, monitoraggio con apparecchiature portatili: addestramento all'uso di pompe di infusione; visite/consulti, rilievo parametri vitali, medicazioni, agoaspirati (esclusi quelli già specificati in B₂).

B.7 Interventi terapeutici/educazionali individuali o di gruppo

Criterio valido quando dalla documentazione risultano eseguite una delle terapie sottoelencate per accesso.

Trattamenti psichiatrici individuali/familiari, terapia di gruppo per alcolisti, training ergoterapico se non compresi nel nomenclatore ambulatoriale.

B.8 Prestazioni infermieristiche multiple

Criterio valido quando dalla documentazione risultano eseguite almeno tre prestazioni infermieristiche: controllo dei parametri vitali, gestioni di cateteri etc

C) CRITERI STRAORDINARI (OVERRIDE)

Alla fine della lista dei criteri espliciti il rilevatore può non concordare con il PRUO DH e si presentano due opzioni:

C.1 Altre possibilità che giustificano l'accesso

Qualora nella documentazione clinica non si sia reperito alcuno dei criteri ordinari e tuttavia l'esame complessivo della documentazione supporti la convinzione di un accesso appropriato, il rilevatore utilizza questo criterio e riporta la regione della sua scelta.

Ad es Limitata autonomia psicofisica del paziente e/o condizioni generali compromesse. Criterio valido quando esplicitamente riportato nella documentazione clinica.

C.2 Accesso comunque non appropriato

Qualora nella documentazione si sia reperito almeno uno dei criteri ordinari e tuttavia l'esame complessivo della documentazione supporti la convinzione di una giornata di DH non appropriata, il rilevatore utilizza questo criterio e riporta per esteso la ragione della sua scelta. Criterio giustificativo presente ma accesso comunque inappropriato.

MOTIVI DI INAPPROPRIATEZZA

Quando nessuno dei criteri ordinari è stato reperito si passa alla ricerca dei motivi che comunque hanno portato all'accesso. E' disponibile una lista aperta. Il grado di dettaglio è lasciato all'ospedale.

Tutti i motivi di non giustificata presenza di DH devono essere ricercati.

La ricerca utilizzerà ancora la documentazione scritta medico-infermieristica

1. Esecuzione di un prelievo venoso
2. Esecuzione di una singola visita del medico curante
3. Unica misurazione di parametri vitali
4. Esecuzione di esami radiologici
5. Necessità di assistenza infermieristica
6. Altri motivi socio assistenziali:
 - 6.1 distanza logistica: > 50 km dalla struttura che eroga la prestazione
 - 6.2 soggetti non assistiti dal SSN
 - 6.3 soggetti per i quali esiste ragionevole dubbio sulla possibilità di sostenere gli oneri economici di accertamenti diagnostici plurimi
7. Altro

RS-PVA DAY HOSPITAL

Data |__|__|__|__|__|__| Rilevatore _____

Cognome _____ Nome _____ Sex F |__| M |__|

Età |__|__| N.SDO |__|__|__|__|__|__| Reparto _____

DAY HOSPITAL: TERAPEUTICO: MEDICO |__| CHIRURGICO |__|

DIAGNOSTICO |__| RIABILITATIVO |__|

Apertura |__|__|__|__|__|__| Chiusura |__|__|__|__|__|__| N. accessi |__|__|

CRITERI DI APPROPRIATEZZA

A Criteri legati alla condizione del paziente

Patologie d'organo:

- A.1) Sistema cardio circolatorio
- A.2) Apparato respiratorio
- A.3) Rene-idroelettrico-acido-base
- A.4) Febbre
- A.5) Sistema nervoso
- A.6) Sangue-coagulazione
- A.7) Fegato
- A.8) Impegno multiorgano

B. Criteri legati a prestazioni eseguite nel singolo accesso

- B.1 Procedure chirurgiche
- B.2 Procedure invasive
- B.3 Controllo effetti collaterali/tossici di terapie e/o procedure
- B.4 Terapie infusionali
- B.5 Terapie: almeno due
- B.6 Accertamenti diagnostici multipli: almeno tre
- B.7 Interventi terapeutici/educazionali individuali o di gruppo
- B.8 Prestazioni infermieristiche multiple

C. Criteri straordinari (override)

- C.1 Altre possibilità che giustificano l'accesso
- C.2 Accesso comunque non appropriato

MOTIVI DI INAPPROPRIATEZZA

- 1. Esecuzione di prelievo venoso
- 2. Unica osservazione del medico curante
- 3. Unica misurazione di parametri vitali
- 4. Esecuzione esami radiologici
- 5. Necessità assistenza

6. Altri motivi socioassistenziali:

- 1- distanza logistica
- 2 - soggetti non assistiti dal SSN
- 3 - soggetti per i quali esiste ragionevole dubbio sulla possibilità di sostenere gli oneri economici di accertamenti diagnostici plurimi

7. Altro _____

RS-PVA DAY HOSPITAL

Criteria A: 1-2-3-4-5-6-7-8
 B: 1-2-3-4-5-6-7-8
 C: 1 - 2

Motivi D: 1-2-3-4-5-6- 7

Accessi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteria															
Motivi															
Accessi	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	25	27	28	29	30
data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteria															
Motivi															

Performance status

Il Performance status (o stato di validità) viene espresso secondo la scala dell'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG-PS) o quella classica di Karnofsky (Tabella 4). L'ECOG-PS è quello adottato dall'organizzazione mondiale della sanità (WHO) e, almeno in un largo studio comparativo, si è dimostrato più aderente alla prognosi. Quanto migliore è il performance status tanto migliore è la prognosi.

Stato di validità secondo WHO (o ECOG) e secondo Karnofsky (KPS)		
KPS	ECOG-PS	Descrizione
100	0	Capace di condurre una normale attività e una normale vita di relazione, senza alcuna restrizione
90		
80	1	Capace di condurre una attività lavorativa leggera, in grado di affrontare cure ambulatoriali
70		
60	2	Incapace di compiere una attività lavorativa, capace di accudire a se stesso e di affrontare cure ambulatoriali, in riposo assoluto per meno del 50% delle ore diurne
50		
40	3	Limitato nell'accudire alla propria persona, costretto al letto per più del 50% delle ore diurne
30		
20	4	Totalmente costretto al letto, incapace di accudire a se stesso, necessita di continua assistenza
10		