

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

Visti

- l'intesa dell'8/8/01 tra Governo Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;
- il D.L. 347 del 18/9/01 art. 6 convertito con modifiche in legge 405 del 16/11/01;
- l'intesa tra Stato-Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 22/11/01 con cui sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza;
- il DCPM 29/11/01 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
- l'intesa, tra lo Stato e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, del 23 marzo 2005
- la DGRC del 15 marzo 2002 n. 1082 avente per oggetto: "DCPM 20.11.01 concernente i Livelli Essenziali di Assistenza: Disposizioni attuative"
- la DGRC n. 6490 del 30.11.2001 "Direttive concernenti le attività di assistenza ospedaliera in regime Day-Surgery".
- la DGRC n. 4847 del 25.10.2002 "Determinazione dei valori soglia e modalità erogative dei D.R.G. di cui all'allegato 2C del D.P.C.M. del 29/11/2001".
- Deliberazione n. 460 del 20 marzo 2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004."

Considerato

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

Constatato

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

Ritenuto

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

Preso atto

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

Rilevato che

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

Considerato che

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

Ritenuto

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

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

Tenuto conto

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

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

DELIBERA

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

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

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

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

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

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

Il Segretario

D'Elia

Il Presidente

Bassolino

Allegato 1

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

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

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

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

Selezione della casistica

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

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

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

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

Calcolo del numero di ricoveri ordinari giudicati inappropriati

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

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

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

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

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

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

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

SOGLIE REGIONALI DI AMMISSIBILITA' DRG SPECIFICHE

DRG	tipo	Descrizione	% ammissibile di ricoveri ordinari > di 1 gg	Note
006	C	Decompressione tunnel carpale	2	
019	M	Malattie dei nervi cranici e periferici no CC	19	
025	M	Convulsioni e cefalea	29	
039	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	20	
040	C	Interventi extraoculari eccetto orbita età >17 anni	17	
041	C	Interventi extraoculari eccetto orbita età 0-17 anni	37	
042	C	Interventi strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino	65	Escluso codici 11.6_(trapianto di cornea)
055	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	64	
057	C	Interventi su tonsille ed adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età < 18	30*	da erogare in one day surgery
058	C	Interventi su tonsille ed adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età >17	30*	da erogare in one day surgery
059	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia età >17	30*	da erogare in one day surgery
060	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia età <18	30*	da erogare in one day surgery
065	M	Turbe dell'equilibrio	29	
119	C	Legatura e stripping di vene	24	
131	M	Malattie vascolari periferiche no CC	34	
133	M	Aterosclerosi no CC	19	
134	M	Ipertensione	14	
142	M	Sincope e collasso	50	
158	C	Interventi su ano e stoma	50	
160	C	Interventi ernia, no inguinale e femorale, età >17 anni senza CC	69	
162	C	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età >17 anni no CC	39	
163	C	Interventi per ernia età 0-17 anni	30	
183	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 anni no CC	20	
184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 anni	42	
187	M	Estrazione e riparazione dentaria	10	
208	M	Malattie delle vie biliari	57	
224	C	Interventi su spalla, gomito o avanbraccio eccetto interventi maggiori su aricolazioni senza CC	70*	
225	C	Interventi sul piede	54	

SOGLIE REGIONALI DI AMMISSIBILITA' DRG SPECIFICHE

DRG	tipo	Descrizione	% ammissibile di ricoveri ordinari > di 1 gg	Note
227	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	25	
229	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza CC	30	
231	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	28	
232	C	Artroscopia	36	
243	M	Affezioni mediche del dorso	29	
261	C	Interventi sulla mammella non per neoplasia eccetto biopsia ed escissione locale	60*	
262	C	Biopsia mammella ed asportazione locale no neoplasie maligne	13	Limitatamente codici 85.20 (asp. Tessuto mammella) e 85.21 (asp.Locale lesione mammella)
267	C	Interventi perianali e pilonidali	22	
270	C	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC	5	
276	M	Patologie non maligne della mammella	6	
281	M	Traumi pelle, sottocute e mammella età >17 anni no CC	27	
282	M	Traumi pelle, sottocute e mammella età 0 -17 anni	18	
283	M	Malattie minori della pelle con CC	51	
284	M	Malattie minori della pelle no CC	12	
294	M	Diabete età >35 anni	27	
301	M	Malattie endocrine no CC	11	
311	C	Interventi per via transuretrale senza CC	60*	
324	M	Calcolosi urinaria no CC	50	
326	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età >17 anni no CC	20	
340	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne età < 18 anni	47*	
360	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	35*	
364	C	Dilatazione o raschiamento, conizzazione no tumore maligno	12	
381	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione ed isterotomia	30*	
395	M	Anomalie dei globuli rossi età >17 anni	28*	
426	M	Nevrosi depressiva	40	
427	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva	33	
429	M	Disturbi organici e ritardo mentale	29	
467	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	21	

SOGLIE REGIONALI DI AMMISSIBILITA' DRG SPECIFICHE

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

* soglia normativa 2001

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

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

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

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

Allegato 2

REGOLAMENTAZIONE DEI RICOVERI IN DAY HOSPITAL DI TIPO MEDICO

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

Richiede l'erogazione di prestazioni che coinvolgono molteplici discipline; si articola in uno o più accessi, ciascuno dei quali è limitato ad una sola parte della giornata; non prevede il pernottamento.

Il paziente va ospitato in una stanza di degenza con l'attribuzione di un posto letto o poltrona attrezzati. Al paziente vanno garantite, altresì, per il periodo di ricovero, tutte le necessarie prestazioni di carattere alberghiero. Il ricovero in day-hospital è programmato e l'accesso al ricovero può avvenire esclusivamente con le modalità del ricovero programmato, regolamentato da lista di attesa.

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

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

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

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

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

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

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

Day hospital medico diagnostico

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

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

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

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

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

I ricoveri per specifiche condizioni del paziente

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

Day hospital medico terapeutico

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

- Effettuazione di chemioterapie ed in particolare quando si utilizzano:
 - antitumorali per via endovenosa;
 - terapia di supporto associata (antiemetica, idratante, ecc) per via endovenosa;
- Terapia per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi:
 - tempo di somministrazione maggiore di 60 minuti;

- necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di 1 ora dopo la somministrazione;
- Necessità di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti diagnostici nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia;
- Procedure terapeutiche invasive che comportano problemi di sicurezza per il paziente.

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

Allegato 3

Qualificazione dell'attività ambulatoriale e istituzione del day service

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

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

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

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

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

Il day service ambulatoriale

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

Definizione del modello assistenziale

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

Ambiti di attivazione

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

Aspetti organizzativi generali

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

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

Criteri per la definizione dei PACC di day service

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

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