



Prot. 17 /2011

Ai Direttori dei Dipartimenti e delle U.O.

Codifica dei RAD, raccomandazioni ed aggiornamenti.

A) SCADENZE PER LA CODIFICA DEI RAD.

1) TRASMISSIONE ALL’A.S.P. : giorno 10 del mese **l’A.S.P. accetta:**

- i dimessi del precedente mese;
- i dimessi di due mesi prima che abbiano come modalità di dimissione “dimissione protetta”, cod. 5, oppure “dimissione a domicilio in attesa di completamento dell’iter diagnostico”, cod. 8, oppure “decesso”, cod. 4.;
- una quota % dei dimessi di due mesi prima codificati in ritardo o scartati e corretti. Attualmente la quota è del 30% ed è calcolata sul numero dei RAD accettati del mese di competenza; essa diminuirà progressivamente fino al 10% nel mese di giugno 2011.

2) CODIFICA (U.O.)

- **tipo di dimissione 1 o 2 o 3 o 6 o 7 → alla dimissione**
(eccezionalmente entro i successivi 2 giorni);
- **tipo di dimissione 4 o 5 o 8 → 30 giorni** dalla dimissione.

3) ESTRAZIONE DATI (S.I.A.) → giorno 8 del mese

- saranno estratti e trasmessi solo i RAD codificati entro il giorno 7, per consentire controlli sicuri e correzioni degli errori;
- all’inizio del mese il SIA trasmetterà la lista dei RAD ancora non codificati;
- le U.O. possono controllare direttamente, in ogni momento, i RAD ancora non codificati consultando sul sito del SIA la “**Lista dei dimessi con RAD non codificati**”.

B) CODIFICA DEI RICOVERI IN DAY HOSPITAL

Allego una sintesi delle raccomandazioni già trasmesse con lettera N° 215 del 16 dicembre 2010. Prego i Direttori delle U.O. di fornire copia della presente ai Coordinatori infermieristici.

- 1) **DAL 1° GENNAIO 2011 viene utilizzato obbligatoriamente** il nuovo programma HIS per la registrazione degli accessi in tempo reale e la codifica delle diagnosi e delle procedure erogate (i Coordinatori non devono inviare il movimento mensile degli accessi).
- 2) Il programma HIS prevede:
 - la registrazione in tempo reale degli accessi da parte degli infermieri; (la registrazione può essere effettuata anche a posteriori);
 - la registrazione da parte dei medici delle procedure erogate (tale registrazione può essere effettuata anche dagli infermieri se disponibili e previo accordo con i medici);
 - la valutazione e la contabilità automatica degli accessi validi da inviare all'ASP e di quelli totali, che comprendono accessi validi e non validi (la **conditio sine qua non per la validità** dell'accesso è la **durata non inferiore a 3 ore**; pertanto, non è utile registrare i contatti di breve durata motivati da semplici prelievi o controlli o esami programmati presso altri servizi in orari di chiusura del D.H..
- 3) **Per il 2011 vi consiglio di attenervi alla seguente proposta organizzativa:**
 - **durata ricoveri oncologici** →=**120 giorni** (vi saranno più ricoveri nell'anno).
 - **durata dei ricoveri chirurgici** →=**30 giorni**
 - **durata dei ricoveri medici** →=**60 giorni**

C) AGGIORNAMENTI.

1) Dal 1° gennaio 2011 è diventata obbligatoria la data dell'inserimento in lista di attesa e la classe di priorità per i ricoveri programmati, che sono acquisite automaticamente dal programma.

2) Nel corso dell'anno 2011 diventerà obbligatoria la **CLASSIFICAZIONE "E"** delle cause di traumi, intossicazioni ed eventi avversi, che pubblicherò nei prossimi giorni sul sito del SIA.

Ho fatto inserire la classificazione nel programma HIS senza renderla obbligatoria; chi vuole può utilizzarla per abituarsi ad essa.

Nel contempo ho proposto all'ASP di rendere obbligatoria la classificazione al momento del Pronto Soccorso; in tal caso solo i medici di Pronto Soccorso codificherebbero ed il programma HIS importerebbe automaticamente i codici al momento della registrazione del RAD.

Se sarà necessaria, la formazione sarà effettuata dopo il mese di maggio.

3) Entro la fine del primo quadrimestre, compatibilmente con la sistemazione delle password e l'installazione del programma, spero di formare almeno 3 medici/U.O. alla codifica sul programma HIS (nel frattempo manterrò attivo il vecchio programma di codifica AeD per i ricoveri ordinari, mentre per i ricoveri in D.H. è obbligatorio l'uso del nuovo programma HIS).

4) Nel mese di aprile sarà disponibile un **programma**, che permetterà di registrare in tempo reale le **prestazioni erogate a favore delle persone ricoverate**; anche questo programma comporterà la formazione dei colleghi

D) RACCOMANDAZIONI E CONSIGLI PER MIGLIORARE LA CODIFICA DEI RAD

Sapete di certo che si stanno diffondendo anche in Italia e nel Lazio iniziative di autovalutazione e valutazione della qualità degli esiti delle cure e dell'appropriatezza dei percorsi clinici.

In pochi, però, sembrare consapevoli del fatto che la valutazione si effettua su dati codificati e, conseguentemente, avvantaggia le U.O. che meglio rappresentano la casistica trattata.

Per spiegarmi meglio di seguito tratto separatamente esiti ed appropriatezza clinica.

1 (AUTO)VALUTAZIONE DEGLI ESITI SULLA BASE DEI RAD.

Condizioni anagrafiche e socio-economiche, condizioni cliniche al momento del ricovero, altre patologie ed altri interventi e/o procedure invasivi costituiscono i determinanti epidemiologici del grado di severità o gravità, che sono utilizzati nei confronti tra erogatori per patologie o procedure specifiche.

La valutazione avvantaggia, pertanto, le U.O. che meglio rappresentano la severità della casistica, riportando nel modo più completo le diagnosi e le procedure nella codifica dei RAD.

I clinici ed i chirurghi più consapevoli della metodologia della valutazione possono essere tentati di utilizzare comportamenti opportunistici nella codifica delle diagnosi per aumentare la severità della casistica trattata; per tale motivo gli epidemiologi adottano procedure preliminari per controllare gli eventuali "eccessi".

Se questo è lo stato delle cose, vi posso assicurare che molti di voi, continuando a considerare con fastidio, come se si trattasse di una semplice esigenza burocratica, la codifica accurata e tempestiva dei RAD, creano le condizioni per la sottovalutazione delle attività proprie ed aziendali.

LA RACCOMANDAZIONE E': riportate completamente e correttamente tutte le diagnosi delle malattie presenti al momento del ricovero e tutte le procedure invasive effettuate con relativa data.

2 APPROPRIATEZZA CLINICA.

La valutazione dell'appropriatezza clinica è sostanzialmente legata alle scelte operate in merito al percorso diagnostico e terapeutico-assistenziale specifico per patologia.

Il flusso informativo RAD non è adeguato per valutare l'appropriatezza clinica sia perché rileva attualmente solo sei procedure sia perché sarà sempre difficile rilevare tutti gli esami ed i farmaci utilizzati.

Tuttavia, anche e soprattutto per vostre esigenze (queste mi vengono rappresentate sempre più frequentemente attraverso la richiesta di approfondimenti analitici), sarebbe opportuno riportare almeno procedure ed esami invasivi con relative date, anche se non modificano il DRG.

LA RACCOMANDAZIONE E': riportare tra le procedure almeno quelle endoscopiche e di radiologia invasiva ed anche esami non invasivi quando l'evidenziarli possa essere utile a fini di valutazione del percorso realizzato.

Per facilitare nel prossimo futuro tali esigenze, mi preoccuperò di realizzare tre obiettivi:

- la possibilità di acquisire in tempo reale le prestazioni erogate a favore dei ricoverati utilizzando un programma simile a quello del registro operatorio informatizzato;
- la possibilità di riportare automaticamente nei campi delle procedure quelle erogate lasciando al medico dimettente la scelta del loro ordine secondo l'importanza;
- la possibilità di codificare le diagnosi e procedure anche in caso di trasferimento interno per consentire all'U.O. di dimissione finale di codificare in modo più accurato e completo (tale ultimo obiettivo, ovviamente, deve essere da voi condiviso per essere raggiunto).

Roma, 7 febbraio 2011

Bruno Notargiacomo