

Deliberazione della Giunta Regionale 11 gennaio 2019, n. 23-8286

Nuove linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Piemonte. Modificazioni ed integrazioni DGR 35-6651 del 11.11.2013 e DGR 118-1875 del 20.7.2015. Approvazione Piano Annuale dei controlli 2019.

A relazione dell'Assessore Saitta:

L'attività di controllo in merito alla qualità e appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate dalle strutture pubbliche e private, equiparate e accreditate, è normata dall'art. 79 comma 1 septies DL 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10/12/2009.

Per i dimessi fino all'anno 2012 compreso, tale attività è stata effettuata sulla base delle indicazioni operative contenute nelle DGR n 7-13150 del 1 febbraio 2010 e n. 19 -2561 del 5 settembre 2011, nel rispetto delle procedure previste dalla DGR 13 marzo 2006 n. 41-2372 e secondo il protocollo approvato con la successiva Determinazione 66 del 21.4.2006.

Dall'anno di competenza 2013 sono state utilizzate le modalità operative contenute nella DGR n. 35-6651 dell'11 novembre 2013, dove si prevede, tra l'altro:

- l'istituzione di nuovi organismi di vigilanza delegati allo svolgimento delle verifiche sia per le strutture pubbliche (Nuclei di Controllo Interno denominati NCI) sia per quelle non a diretta gestione delle Aziende Sanitarie Regionali (Nuclei di Controllo Ricoveri Esterni denominati NCRE);
- l'individuazione delle tipologie di SDO da sottoporre al controllo:
- per la verifica casuale di congruità della codificazione delle SDO sulla base di una selezione stratificata secondo criteri che tengano conto della possibilità di codificazione opportunistica, di inosservanza delle regole di corretta codificazione, di incoerenze tra tipologia o durata del ricovero e contenuto della stessa SDO o random rispetto alle produzioni di ogni reparto (per un numero complessivo corrispondente ad almeno il 10% delle SDO di ogni struttura di ricovero);
- per l'analisi dei ricoveri considerati a rischio di inappropriata. In questa categoria rientrano i day hospital medici di tipo diagnostico, i parti cesarei in strutture che ne effettuano percentuali più alte degli standard attesi, ricoveri per i quali si evidenzia la possibilità di una scelta di regime assistenziale più appropriato, ricoveri per patologie che risultino essere molto più frequenti nelle subaree regionali rispetto ai tassi di ospedalizzazione medi regionali (per un numero complessivo corrispondente ad almeno il 2,5% delle SDO a livello regionale);
- le ricadute sul riconoscimento tariffario;
- nei ricoveri per i quali sia rilevabile l'inappropriata di una o più giornate di ricovero il relativo valore potrà essere ricondotto a quello corrispondente con le giornate considerate appropriate; analogamente si dovrà procedere allorché non sia documentata l'attività con il diario giornaliero della cartella clinica;
- nei ricoveri per i quali il regime assistenziale non risulti appropriato e la prestazione avrebbe dovuto essere effettuata in regime ambulatoriale, il valore dello stesso deve essere ricondotto secondo quello delle prestazioni prestate ed identificabili dal nomenclatore tariffario dell'attività specialistica ambulatoriale;
- per i ricoveri di postacuzie in cui si rilevi che il ricovero non abbia rispettato il livello prestazionale previsto dalla normativa regionale per il relativo setting assistenziale l'importo viene abbattuto del 40%.
- per i ricoveri nei quali dall'analisi della documentazione clinica non si evidenzia l'indicazione corretta al ricovero in quanto non coerente con normative vigenti, linee

guida specifiche o altre indicazioni di buona pratica clinica e sussistano elementi che portino a considerare tali ricoveri inappropriati il relativo valore può essere abbattuto del 40%.

La DGR n. 35-6651 dell'11 novembre 2013 è stata modificata e integrata dalla DGR n. 118-1875 del 20/07/2015, nella parte in cui stabilisce che la Direzione Sanità, al fine di garantire la conclusione delle attività di controllo, fornisca alle ASR, dopo una verifica di congruità, una sintesi su supporto informatico degli esiti della attività effettuata dai nuclei di controllo aziendali. Le ASR devono quindi approvare entro i termini previsti dalla richiesta regionale il risultato definitivo dei controlli e applicare l'eventuale abbattimento tariffario.

Rimangono inalterati la composizione dei NCI e dei NCR, le tipologie di SDO da sottoporre a controllo e le ricadute sul riconoscimento tariffario.

Valutato che la procedura prevista dalla DGR n 118 – 1875 del 20.7.2015 comporta tempi di attuazione non più compatibili con l'esigenza di monitoraggio annuale delle performance aziendali e della spesa sanitaria.

Preso atto che in questi ultimi anni si è sviluppato un miglioramento da parte delle ASL delle capacità di verifica e controllo.

Risulta quindi necessario semplificare detta procedura precisando che la Regione ha compiti di indirizzo e verifica di attuazione di tali attività.

Pertanto si propone che a partire dai dimessi nel 2019 le competenze delle varie fasi dei controlli dell'attività di ricovero siano le seguenti:

Attività	Competenza
Predisposizione delle regole	Regione
Individuazione del campione dei ricoveri da sottoporre a controllo	Regione
Attività di controllo	Aziende sanitarie
Conseguenze economiche dell'attività di controllo	Aziende sanitarie
Definizione di eventuali contestazioni irrisolte inerenti i controlli	Regione
Verifiche riguardo particolari settori ritenuti rilevanti o di particolare interesse	Regione

Inoltre, considerato che il sistema sanitario negli ultimi anni ha subito importanti modifiche soprattutto per quanto riguarda le modalità erogative delle prestazioni, è necessaria una revisione delle tipologie di SDO da sottoporre al controllo come definite dalla DGR n. 35-6651 del 11 novembre 2013.

In particolare è necessario adeguare gli indicatori di controllo ad una realtà in evoluzione al fine di fornire la migliore rappresentazione possibile dell'attività svolta nelle strutture sanitarie.

Per quanto sopra premesso, si rende, pertanto, necessario un aggiornamento del sistema dei controlli basato sulla preventiva definizione delle regole e degli obiettivi di controllo attraverso l'adozione a partire dalla produzione erogata dall'anno 2019 del "Piano Annuale dei Controlli".

Il nuovo sistema di controlli, si propone di perseguire i seguenti obiettivi:

- esplicitare il rationale e le modalità mediante le quali sono individuati i ricoveri da controllare;
- fornire indicazioni che possano consentire una uniformità di valutazione e applicazione degli eventuali abbattimenti tariffari;
- Migliorare la trasparenza del sistema;
- modulare le modalità e l'oggetto dei controlli in base alla programmazione regionale annuale.
- Si propone, pertanto, il documento tecnico "Piano Annuale dei controlli" di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto con cui si aggiorna il sistema dei controlli della attività sanitaria.

Vista la normativa di settore e gli atti in premessa citati;
attestata l'assenza degli effetti diretti ed indiretti, del presente provvedimento, sulla situazione economico-finanziaria e sul patrimonio regionale, ai sensi della D.G.R. 1-4046 del 17 ottobre 2016;

attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR 1-4046 del 17 ottobre 2016;

la Giunta regionale condividendo le motivate argomentazioni del relatore, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

- di approvare il documento tecnico "Piano Annuale dei controlli – anno 2019 -" di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto con cui si aggiorna il sistema dei controlli della attività sanitaria modificando e integrando quanto previsto dalla DGR 35-6651 del 11.11.2013 e dalla DGR 118-1875 del 20.7.2015;
- di stabilire che il nuovo sistema dei controlli della attività sanitaria di cui all'Allegato A sia applicato a partire dai dimessi del 2019;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri per il bilancio regionale.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Allegato A

PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI – ANNO 2019

Indice

Gestione e responsabilità dei controlli.....	4
Modalità operative dei controlli.....	6
Attività di controllo esterna.....	6
Attività di controllo interna ed esterna.....	6
Scadenze.....	7
Tipologia dei controlli.....	8
Controlli di appropriatezza.....	8
Controlli casuali.....	9
Livelli.....	9
Abbattimenti tariffari.....	10
Abbattimenti automatici-differiti.....	10
Esiti dei Controlli di Terzo Livello.....	11
Controlli 2019.....	12
Regole generali.....	14
Glossario.....	15
Schede controlli.....	16
A1a – Tonsillectomia età <18 anni.....	17
A1d – Meniscectomia età >55 anni.....	18
A2d – DRG con tasso ospedalizzazione elevato.....	18
A3 – Parti cesarei.....	20
A4a – RO medici 1 gg e DH diagnostici.....	21
A4b – DH terapeutici senza prestazioni terapeutiche.....	22
A6 – Ricoveri per malattie cutanee 1-3 gg.....	23
A7a – Day surgery con pernottamento pre intervento.....	24
A7b – Ricoveri chirurgici programmati brevi.....	25
A8c – DRG chirurgici a rischio inappropriatezza.....	26
A8m – DRG medici a rischio inappropriatezza.....	27
A10 – Ricoveri ordinari successivi entro 0-7 gg.....	28
A11 – Ricoveri ordinari successivi 8-30 gg.....	29
A12 – DRG alto costo.....	30
A13 – Interventi eseguibili in regime ambulatoriale.....	31
AP3 – Ricoveri successivi in post acuzie stessa struttura.....	32
AP5 – Ricoveri successivi in post acuzie diversa struttura.....	33

C2 – ricoveri brevi con DRG complicato.....	34
C4a – Ricoveri brevi con DRG chirurgico basso peso.....	35
C4b – DRG 234.....	36
C7g – Tumori a comportamento incerto.....	37
C7h – Tumori di natura non specificata.....	38
C7i – Postumi in diagnosi principale.....	39
C7n – DRG 410-412 senza chemioterapia.....	40
C7o – TSO non in disciplina 40.....	41
C7p – Ricovero urgente con DP V64.....	42
C7r – Neonato patologico con degenza <4 gg.....	43
C9 – DRG anomali-incoerenti.....	44
C10 – DH senza procedure.....	45
C11 – Casuale puro senza stratificazioni.....	46
C13 – Artrodesi vertebrale.....	47
C14 – Artroprotesi di anca o ginocchio in elezione.....	48
C15 – Artroplastica e durata intervento <15 minuti.....	49
C18 – Codice DP inadatto.....	50
PA1 – Ricoveri ordinari brevi in post acuzie.....	51
PA4 – Ricoveri in post acuzie senza interventi.....	52
PA6 – Ricoveri in post acuzie oltre soglia.....	53
PA7 – Riabilitazione in disciplina 56 non in connessione.....	54

Gestione e responsabilità dei controlli

A partire dai dimessi nel 2019 le **competenze** delle varie fasi dei controlli dell'attività di ricovero sono le seguenti:

Attività	Competenza
Predisposizione delle regole	Regione
Individuazione del campione dei ricoveri da sottoporre a controllo	Regione
Attività di controllo	Aziende sanitarie
Conseguenze economiche dell'attività di controllo	Aziende sanitarie
Definizione di eventuali contestazioni irrisolte inerenti i controlli	Regione
Verifiche riguardo particolari settori ritenuti rilevanti o di particolare interesse	Regione

La responsabilità della effettuazione dell'attività di controllo analitico delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) è in capo ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali (ASR) e degli IRCCS, dei legali rappresentanti delle strutture private accreditate e degli erogatori equiparati.

La scelta dei codici di identificazione delle diagnosi e degli interventi deve essere conforme a quanto previsto dalle Linee guida nazionali, regionali, dal manuale ICD9CM e, per gli altri aspetti della compilazione delle SDO, devono essere seguite le regole previste dal documento "Flusso informativo ricoveri ospedalieri" periodicamente aggiornato dall'Assessorato alla Sanità.

Lo svolgimento delle attività di controllo delle ASR è articolato nel seguente modo:

- **attività di controllo interna:** rispetto alla produzione dei presidi a diretta gestione delle ASR
- **attività di controllo esterna:** rispetto alla produzione degli istituti non a diretta gestione delle ASR e delle strutture private accreditate

La prima viene effettuata dai Nuclei di Controllo Interno (NCI) e la seconda dai Nuclei di Controllo dei Ricoveri Esterni (NCRE) istituiti con la DGR n. 35-6651 del 11.11.2013.

I Nuclei di controllo (sia Interni sia Esterni) devono:

- attuare i controlli analitici su tutte le cartelle cliniche individuate dalla Regione, verificando la congruità del loro contenuto con i dati inseriti nella SDO, la qualità della documentazione clinica, la presenza dei necessari documenti autorizzativi;
- decidere le necessarie correzioni dei dati inseriti nelle SDO e applicare gli eventuali abbattimenti;

- redigere il verbale (file excel), contenente l'esito della verifica per ciascun ricovero, provvedendo alla sua trasmissione all'amministrazione regionale secondo il calendario stabilito nel presente documento;
- inviare alla direzione aziendale una relazione annuale sull'attività di controllo, circostanziando eventuali fenomeni di inappropriatazza o di comportamento opportunistico che possano indicare la necessità di ulteriori controlli su un numero maggiore di ricoveri.

Le ASR hanno il dovere di mettere a disposizione dei nuclei di controllo le risorse umane, tecnologiche ed organizzative necessarie allo svolgimento della loro attività, di verificare che le modifiche delle SDO stabilite dai nuclei di controllo corrispondano al flusso informativo rinviato, di attuare le conseguenze economiche delle verifiche di terzo livello, di estendere i controlli in caso emergano fenomeni di inappropriatazza od opportunismo.

Le Strutture di ricovero devono modificare le SDO campionate come deciso dal Nucleo di Controllo durante la verifica e rinviare le SDO secondo il calendario stabilito nel presente documento.

Le Strutture di ricovero devono tenere presente che, se la SDO non viene corretta come richiesto, il valore verrà abbattuto a zero; se il rinvio del flusso di tutte le SDO campionate al CSI non avviene come stabilito, il loro valore non sarà riconosciuto.

La Struttura di ricovero, se non concorda con le modifiche stabilite dal nucleo di controllo, dovrà comunque apportare le modifiche alla SDO e il ricovero sarà valorizzato alla luce delle modifiche richieste dal nucleo di controllo.

La Struttura di ricovero potrà ricorrere, presentando le proprie controdeduzioni, al Settore competente della Direzione Sanità che, avvalendosi della Commissione Tecnica Regionale prevista dalla DGR n. 7-13150/2010 come integrata dalla DGR n. 19-2561/2011, adotterà l'atto definitivo.

Modalità operative dei controlli

Attività di controllo esterna

Il NCRE deve inviare alle strutture interessate una comunicazione scritta, contenente l'elenco dei casi da sottoporre a controllo, con un preavviso di almeno 15 giorni.

Tuttavia, a prescindere dalla comunicazione del nucleo di controllo, le strutture di ricovero hanno mensilmente evidenza dei ricoveri oggetto di controllo grazie alle "segnalazioni" da parte del CSI in risposta agli invii delle SDO da parte delle strutture stesse.

Le verifiche delle cartelle cliniche e delle relative SDO presso le strutture dovranno essere effettuate sempre alla presenza di almeno due componenti del NCRE, con il concorso di uno o più rappresentanti della struttura oggetto della verifica.

L'attività di verifica deve essere verbalizzata e firmata congiuntamente dai componenti del NCRE e dai rappresentanti degli Istituti o delle Case di Cura. Le strutture di ricovero dovranno predisporre, con le modalità previste dal NCRE, tutta la documentazione necessaria per il buon esito della attività di controllo.

Attività di controllo interna ed esterna

I Nuclei di Controllo avranno a disposizione i file di lavoro in formato excel contenenti gli elenchi delle SDO campionate di tutte le strutture di competenza, sia pubbliche che private, mediante un report pubblicato in PADDI all'indirizzo:

Il file di lavoro in formato excel (verbale) è confezionato in modo da poter essere compilato solo nelle colonne di competenza delle aziende, identificate da intestazioni colorate.

I file di lavoro in formato excel sono corredati dalla descrizione dei criteri (declaratorie) adottati per la selezione della casistica. Declaratorie e specifiche dei tracciati di restituzione sono scaricabili dal sito:

Successivamente all'acquisizione informatica dei file di lavoro in formato excel, il CSI provvederà ad effettuare il ricalcolo del valore post verifica.

Si sottolinea che

- a) i verbali cartacei non dovranno essere inviati alla Direzione Sanità, bensì rimanere agli atti presso le Aziende Sanitarie competenti per l'attività di controllo;
- b) alla **casella** dovrà essere inviato solo file di lavoro in formato excel opportunamente compilato nelle colonne di competenza delle aziende e null'altro;

Scadenze

Per tutte le strutture, senza alcuna esclusione o eccezione, le scadenze di invio dei risultati dell'attività di controllo interna ed esterna, per ciascun anno, sono le seguenti:

SDO acquisite a sistema e segnalate come sottoposte ai controlli di III livello	Disponibilità del file sul portale (§)	Scadenza invio file con risposte	Scadenza rinvio SDO (*)
Dall'apertura dell'acquisizione al 30 aprile (NB: si tratta delle SDO dei dimessi da gennaio a marzo.)	Entro 5 giorni dalla data che chiude il periodo di rilevazione	31 luglio	31 luglio
Dal 01 maggio al 31 luglio (NB: si tratta principalmente delle SDO dei dimessi da aprile a giugno a cui aggiungere eventuali invii oltre scadenza mensile del periodo precedente.)	Idem	31 ottobre	31 ottobre
Dal 01 agosto al 30 novembre (NB: si tratta principalmente delle SDO dei dimessi da luglio ad ottobre a cui aggiungere eventuali invii oltre scadenza mensile dei periodi precedenti.)	Idem	27 gennaio (**)	27 gennaio (**)
Dal 01 dicembre al 27 gennaio (**) (NB: si tratta principalmente delle SDO dei dimessi da novembre a dicembre a cui aggiungere eventuali invii oltre scadenza mensile dei periodi precedenti.)	Idem	28 febbraio (***)	28 febbraio (***)

(§) File dinamico (scarico personalizzabile) e solito periodico.

(*) Le SDO rinviate oltre tale data non saranno acquisite dal sistema regionale e valorizzate a zero.

(**) Si fa riferimento alla data di chiusura definitiva competenza nell'anno successivo così come definita nella DGR n.13-6981 del 30 dicembre 2013.

(***) Si fa riferimento all'anno successivo alla competenza in esame

Tutte le SDO campionate, che devono riportare le eventuali correzioni stabilite dai nuclei di controllo, devono essere **rinviate** ed **acquisite a sistema entro le date riportate sopra**. L'invio deve essere effettuato da parte delle rispettive strutture di ricovero.

Pertanto, saranno valorizzate a zero tutte le SDO che:

- a) non sono **rinviate** entro le scadenze previste;

- b) non sono **acquisite a sistema** regionale entro le scadenze previste (il CSI per ogni invio restituisce alla struttura le segnalazioni del caso).

Quindi, le strutture non devono solo rinviare le SDO entro le scadenze previste, ma assicurarsi che siano anche acquisite a sistema.

Tipologia dei controlli

Il controllo analitico annuale delle cartelle cliniche e delle relative SDO riguarda un campione annuale pari ad almeno il 2,5% della produzione regionale, per quanto riguarda la congruità e l'appropriatezza, e almeno il 10% per ogni struttura mediante un criterio casuale. ¹

Controlli di appropriatezza

Per allestire il campione di cartelle-SDO contenenti prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza devono essere presi in considerazione almeno i seguenti parametri: ²

- elevato scostamento del numero di ricoveri in determinate aree rispetto alla media regionale;
- singoli ricoveri con tariffa elevata
- gruppi di ricoveri con tariffa elevata
- [elevata] produzione sbilanciata rispetto ad altre strutture o aree territoriali
- DRG ad alto rischio di inappropriatazza ³
- elevati volumi di DH diagnostici
- elevata percentuale di tagli cesarei
- congruità tra cartella clinica e SDO

I criteri di appropriatezza devono assicurare il controllo di almeno il 2,5% ⁴ della produzione di ricoveri regionale (quindi per alcune strutture è individuata una quota superiore al 2,5% e per altre una inferiore) e il controllo analitico deve riguardare tutte le cartelle-SDO così individuate. ⁵

Nei controlli di qualità e appropriatezza rientrano anche i controlli di congruità tra cartella clinica e relativa SDO. ⁶

1 DL 112 26/06/2008 e DM 10/12/2009

2 Art. 2 DM 10/12/2009

3 L'ultimo elenco aggiornato è contenuto nel DPCM 12/01/2017

4 Art. 3 DM 10/12/2009

5 Comma 2 art. 88 L. 23/12/2000 n. 388 come modificato dal D.L. 112 25/06/2008

Controlli casuali

Il campionamento casuale deve riguardare almeno il 10% delle dimissioni da ogni struttura (individuata dal codice HSP11).⁷

Livelli

I controlli sono articolati in tre livelli e imperniati su tre dimensioni, come illustrato nel prospetto seguente.

Dimensione	Primo livello	Secondo livello	Terzo livello
Qualità dei dati	100% delle SDO	100% delle SDO	
Appropriatezza			Minimo 2,5%
Selezione casuale			Minimo 10%

Per quanto riguarda il Primo ed il Secondo Livello il controllo è realizzato informaticamente da parte del CSI mediante algoritmi che valutano la correttezza dei dati.

I controlli di **primo livello** sono incentrati sulla correttezza logico-formale dei dati inseriti nella SDO (il loro codice identificativo inizia con la lettera "F" o "N"), mentre quelli di **secondo livello** vertono su aspetti di appropriatezza e congruenza dei dati (il loro codice identificativo inizia con la lettera "L").

Tutti i controlli di primo e secondo livello sono **bloccanti**, ossia la SDO non viene valorizzata se gli errori non sono corretti dalla struttura erogatrice.

I controlli di **terzo livello** riguardano, pertanto, solo le SDO che hanno superato i controlli di primo e secondo livello e che, perciò, risultano acquisite sul sistema regionale.

I controlli di terzo livello sono suddivisi in due gruppi:

- appropriatezza, identificati da un codice alfanumerico che inizia con "A"
- casuali.

I criteri di appropriatezza e casuali, a seconda delle necessità, prevedono una elaborazione-estrazione mensile o annuale.

Il campione delle cartelle-SDO individuato complessivamente dai controlli di appropriatezza è pari ad almeno il 2,5% del totale dei dimessi regionali, mentre quello estratto dai controlli casuali ammonta ad almeno il 10% per struttura.

6

Art. 1 DM 10/12/2009

7

Comma 2 art. 88 L. 23/12/2000 n. 388 come modificato dal D.L. 112

25/06/2008

Abbattimenti tariffari

Gli abbattimenti tariffari sono una rimodulazione del valore economico della SDO e sono di due tipi

- a) automatici-differiti
- b) in seguito ai controlli di terzo livello

Abbattimenti automatici-differiti

In sintesi, gli abbattimenti automatici-differiti sono applicati al termine dell'anno di competenza nella fase definita "Chiusura contabile" e riguardano

- i ricoveri ripetuti (la tariffa del secondo ricovero è abbattuta del 20%)
- i ricoveri a rischio di inappropriatazza, con abbattimento totale della tariffa per i ricoveri che superano la soglia di accettabilità prevista dalle DGR n. 4-2495 del 03/08/2011 (gli stessi DRG previsti dal DPCM 12/01/2017), DGR n. 33-5087 del 18.12.2012, DGR n. 19-5465 del 04/03/2013, DGR n. 14-7092 del 10/02/2014
- farmaci chemioterapici ad alto costo in DH segnalati nel file F (DGR n. 97-13750 del 29/03/2010)
- continuità in post acuzie
- ricoveri sovrapposti
- altri abbattimenti (specifici, definiti da provvedimenti regionali ad hoc)
- regressione economica derivante dalla DGR n. 73-5504 del 03/08/2017 e s.m.i.

Il disciplinare tecnico di riferimento (cosiddetto "verdone") e relativi allegati sono pubblicati nella sezione di Sistema Piemonte dedicata alle SDO al seguente indirizzo:

<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo>

Esiti dei Controlli di Terzo Livello

Gli esiti dei controlli previsti, in base alla DGR n. 35-6651 dell'11/11/2013, sono:

Esito	Descrizione
Nessuno	Non è necessaria alcuna correzione della SDO e non vi sono elementi per adottare un a abbattimento.
Rivalorizzazione	In caso di correzione dei dati clinici nella SDO.
Applicazione della tariffa del day surgery	Al ricovero ordinario viene applicata la tariffa del day surgery se la tipologia dell'intervento e il quadro clinico erano compatibili con tale regime.
Applicazione della tariffa ambulatoriale	Viene applicata la tariffa delle prestazioni ambulatoriali corrispondenti se il regime di ricovero (ordinario, diurno, ODS) risulta inappropriato, sia in rapporto alla tipologia delle prestazioni erogate, sia al quadro clinico.
Abbattimento giornate di degenza	Riguarda solo le singole giornate di post acuzie che risultano inappropriate (ricoveri con remunerazione a diaria).
Abbattimento del 40%	Tale abbattimento è previsto in caso di inappropriata clinica (acuzie) o per la inappropriata dei livelli di assistenza (post acuzie).
Abbattimento del 100%	La tariffa è abbattuta totalmente in caso di: <ul style="list-style-type: none">• carenza della documentazione clinica (es. cartella irreperibile, mancanza di intere parti, verbale operatorio non firmato e/o lacunoso)• mancata esecuzione dell'intervento programmato (lacuna gestionale nella fase pre ricovero)• mancato adempimento del debito informativo (rinvio della SDO)

Gli esiti sono esclusivi, ossia si può applicare un solo tipo di abbattimento per SDO, ma possono coesistere correzione e abbattimento.

L'abbattimento delle singole giornate di degenza si applica solo ai ricoveri di post acuzie quando una o più giornate risultano inappropriate. Se l'inappropriata riguardasse l'intero ricovero di post acuzie, si deve scegliere una delle altre opzioni di abbattimento.

Controlli 2019

Sulla scorta delle considerazioni precedenti, per il 2019 sono adottati i seguenti controlli, tutti elaborabili mensilmente:

Gruppo	Controllo
Appropriatezza	A1a – Tonsillectomia età <18 anni
	A1d – Meniscectomia età >55 anni
	A2d – DRG con tasso ospedalizzazione elevato
	A3 – Parti cesarei
	A4a – RO medici 1 gg e DH diagnostici
	A4b – DH terapeutici senza prestazioni terapeutiche
	A6 – Ricoveri per malattie cutanee 1-3 gg
	A7a – Day surgery con pernottamento pre intervento
	A7b – Ricoveri chirurgici programmati brevi
	A8c – DRG chirurgici a rischio inappropriata
	A8m – DRG medici a rischio inappropriata
	A10 – Ricoveri ordinari successivi entro 0-7 gg
	A11 – Ricoveri ordinari successivi 8-30 gg
	A12 – DRG alto costo
	A13 – Interventi eseguibili in regime ambulatoriale
	AP3 – Ricoveri successivi in post acuzie stessa struttura
	AP5 – Ricoveri successivi in post acuzie diversa struttura
	Casuali
C4a – Ricoveri brevi con DRG chirurgico basso peso	
C4b – DRG 234	
C7g – Tumori a comportamento incerto	
C7h – Tumori di natura non specificata	
C7i – Postumi in diagnosi principale	
C7n – DRG 410-412 senza chemioterapia	
C7o – TSO non in disciplina 40	
C7p – Ricovero urgente con DP V64	
C7r – Neonato patologico con degenza <4 gg	
C9 – DRG anomali-incoerenti	
C10 – DH senza procedure	
C11 – Casuale puro senza stratificazioni	
C13 – Artrodesi vertebrale	
C14 – Artroprotesi di anca o ginocchio in elezione	
C15 – Artroplastica e durata intervento <15 minuti	
C18 – Codice DP inadatto	
PA1 – Ricoveri ordinari brevi in post acuzie	
PA4 – Ricoveri in post acuzie senza interventi	
PA6 – Ricoveri in post acuzie oltre soglia	
PA7 – Riabilitazione in disciplina 56 non in connessione	

I **controlli di appropriatezza** sono configurati in modo da individuare situazioni a rischio di inappropriata organizzativa o clinica e l'estrazione riguarda almeno il 2,5% del totale delle SDO regionali.

Per i **controlli casuali** l'individuazione del campione avviene in modo tale da coinvolgere tutti i reparti di ciascuna struttura raggiungendo un totale di almeno il 10% per struttura. Prima di attuare l'estrazione casuale, le SDO sono stratificate in base situazioni di particolare interesse regionale.

I controlli sono descritti in dettaglio nelle schede nelle pagine seguenti.

Controlli di carattere generale

Per tutte le cartelle individuate, a prescindere dal criterio (controllo) di campionamento:

- 1) verificare che nella SDO i codici diagnosi e intervento siano coerenti con il quadro clinico descritto in cartella clinica;
- 2) verificare che nella SDO la scelta dei codici diagnosi e intervento rispetti le indicazioni
 - a) delle Linee Guida Ministeriali
 - b) del Manuale ICD-9-CM
 - c) delle Linee Guida SDO regionali
- 3) verificare che gli altri dati nella SDO siano corretti (es. data e ora di ricovero, dimissione, intervento)
- 4) verificare l'appropriatezza
- 5) verificare la qualità della documentazione clinica

Glossario

DP	Diagnosi principale
DS	Diagnosi secondaria
SDO	Scheda di dimissione ospedaliera
Cartella clinica	Insieme di tutta la documentazione clinica relativa al singolo ricovero, compresa la “cartella infermieristica” e le eventuali schede accessorie.
Inappropriatezza organizzativa	Erogazione di una prestazione nel livello assistenziale superiore senza valide motivazioni cliniche.
Inappropriatezza clinica	Erogazione di una prestazione non supportata da EBM, linee guida, buona prassi, ecc.
CT	Chemioterapia
Età al ricovero	È la differenza in anni tra data di ricovero e data di nascita.
RO-DH-DS	Ricoveri in regime 1 – ordinario, 2 – day hospital, 3 – day surgery con pernottamento
Acquisite a sistema	SDO inviate al CSI che hanno superato i controlli e risultano corrette, giuste. Le SDO errate non sono acquisite a sistema (per ogni invio o supporto il CSI segnala immediatamente alla struttura inviante quali sono le SDO errate ed il tipo di errore).

Schede controlli

Per i controlli A1d, A2d, A3, A4a, A12, se il numero di casi abbattuti per inapproprietezza (opzioni di abbattimento diverse da “0 – nessuno”) è maggiore di 5 e supera il 20% del campione, nel periodo successivo il campionamento di SDO da controllare interesserà tutti i casi individuati dal singolo controllo.

A1a – Tonsillectomia età <18 anni		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A1a	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri per pazienti da 0 a 17 anni con intervento 28.2 o 28.3 (tonsillectomia con/senza adenoidectomia)		
Razionale		
Monitorare la casistica e l'aderenza alle indicazioni previste dalle linee guida nazionali		
Quesito		
<p>Descrivere brevemente l'indicazione all'intervento presente in cartella in riferimento alle raccomandazioni in materia o da indicazioni EBM secondo il seguente schema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • specificare se l'indicazione riguarda paziente affetto da tonsillite ricorrente con almeno 5 episodi/anno, presenti da almeno un anno, invalidanti, tali da impedire le normali attività; • indicare se paziente con diagnosi di OSAS grave • indicare se paziente con OSAS sottoposti a adenotonsillectomia • specificare eventuali altre indicazioni 		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Età al ricovero: da 0 a 17 anni • Residenza: qualsiasi • Regime: qualsiasi • Provenienza: qualsiasi (non sono più esclusi i trasferiti da altra struttura) • MDC: qualsiasi (non sono più escluse 14 e 15) • Codice Intervento: 28.2 oppure 28.3 (in qualsiasi posizione) • Escludere SDO con i seguenti codici diagnosi in qualsiasi posizione: 140 –149,160, 161,170.0, 170.1, 171.0, 172.0, 172.1, 172.2, 172.3, 172.4, 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.4, 190, 191, 192.0, 192.1, 193, 194.1, 194.3, 194.4, 195.0, 196.0, 200.01, 200.11, 200.21, 200.81, 201.01, 201.11, 201.21, 201.41, 201.51, 201.61, 201.91, 202.01, 202.11, 202.21, 202.31, 202.41, 202.51, 202.61, 202.81, 202.91, 210, 212.1, 215.0, 216.0, 216.1, 216.2, 216.3, 216.4, 224, 226, 227.1, 227.3, 227.4, 230.0, 231.0, 232.0, 232.1, 232.2, 232.3, 232.4, 235.0, 235.1 (tumori del capo e del collo) <p>Non sono più escluse le diagnosi 800 – 999 (traumatismi o avvelenamenti).</p> <p>Sono sottoposti a verifica tutti i casi.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
V. quesito		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica		
Indicazioni per gli abbattimenti		
In assenza di criteri di appropriatezza clinica su menzionati, abbattimento 40% per inappropriatezza.		

A1d – Meniscectomia età >55 anni		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A1d	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza.		
Descrizione		
Interventi di meniscectomia in soggetti di età superiore a 55 anni per patologia non traumatica.		
Quesito		
Controllare la corretta codificazione della SDO e descrivere brevemente le motivazioni all'intervento in riferimento alle indicazioni di EBM e linee guida. Ricordarsi di specificare se sono presenti i seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> • anamnesi di trauma recente (possibile indicatore di errore di codifica della diagnosi principale) • il tipo di lesione meniscale • la sintomatologia • limitazione funzionale medio-grave • durata della terapia conservativa (specificare) 		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Età al ricovero superiore a 55 anni • Codice intervento 80.6 in qualsiasi posizione • Regime = 1 (RO) con degenza inferiore a 4 giorni Oppure • Regime = 2 (DH), 3 (DS) <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • codici diagnosi (in qualsiasi posizione): 800 – 999 (traumatismi o avvelenamenti) <p>Con i criteri indicati sopra estrarre un massimo di 10 SDO al mese per reparto di dimissione. Campione espandibile in base alle regole a pagina 16.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare l'evidenza di: <ul style="list-style-type: none"> • lesione meniscale (RMN e verbale operatorio, tenendo presente che talora la RMN risulta falsamente negativa/positiva) • la sintomatologia (evidenza documentale) • il grado di disabilità (evidenza documentale) • durata della terapia conservativa >= sei mesi (evidenza documentale) 		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Abbattimento 40% in caso di inappropriata.		

A2d – DRG con tasso ospedalizzazione elevato		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A2d	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
DRG (chirurgici e non chirurgici) appartenenti a MDC i cui tassi di ospedalizzazione nell'anno precedente, relativamente all'ASL di residenza, siano superiori del 50% al valore medio regionale.		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza.		
Quesito		
Verificare la correttezza della codificazione e descrivere brevemente le motivazioni al ricovero.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Residenti in Piemonte • DRG individuati dalla Regione in base al tasso di ospedalizzazione per ASL di residenza 		
DRG individuati dalla Regione in base al tasso di ospedalizzazione per ASL di residenza Con i criteri indicati sopra estrarre un massimo di 10 SDO al mese per reparto di dimissione. Campione espandibile in base alle regole a pagina 16.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare l'appropriatezza clinica e organizzativa.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Abbattimento 40% in caso di inappropriata.		

A3 – Parti cesarei		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A3	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri per parto mediante taglio cesareo		
Razionale		
Verificare la correttezza della codifica e l'appropriatezza all'indicazione al taglio cesareo. Il campionamento è svincolato dal calcolo degli indicatori regionali e PNE.		
Quesito		
<p>Se è utilizzato come diagnosi principale il codice 66971 (TC senza menzione dell'indicazione), che secondo le linee guida SDO esprime convenzionalmente la scelta del TC per volontà della donna, senza diagnosi secondarie di gravidanza patologica, dichiarare se è presente in cartella l'evidenza della volontà della paziente.</p> <p>Se sono utilizzate diagnosi 65631 (sofferenza fetale) e/o 65971 (anomalie del battito o della frequenza cardiaca), verificare se esiste documentazione in cartella di un tracciato cardiocografico e rispondere affermativamente o negativamente; se la risposta è affermativa descrivere sinteticamente il referto indicando, ove esista, lo score.</p> <p>Se è utilizzata diagnosi 65341 (sproporzione fetopelvica): occorre dettagliare il caso clinico relativamente alla complicanza indicata nella SDO e il peso del neonato</p> <p>Se è utilizzata diagnosi 66001 (posizione anomala del feto): occorre dettagliare il caso clinico relativamente alla complicanza indicata nella SDO</p> <p>Se sono utilizzati altri codici di gravidanza patologica: dettagliare il caso clinico relativamente alle complicanze indicate nella SDO.</p>		
Criteri di estrazione		
DRG 370 e 371 (Parto cesareo) per un massimo del 10% per reparto Campione espandibile in base alle regole a pagina 16.		
Indicazioni per la valutazione		
Evidenza documentale delle indicazioni al TC per patologia della esplicita richiesta della donna		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
In assenza di criteri di appropriatezza su menzionati, abbattimento 40% per inappropriatezza.		

A4a – RO medici 1 gg e DH diagnostici		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A4a	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
DH diagnostici o RO brevi con DRG medico		
Razionale		
Verificare l'appropriatezza organizzativa del regime di erogazione.		
Quesito		
Motivare brevemente la scelta del regime di ricovero anziché ambulatoriale.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • DRG M • Regime = 1 (RO) e degenza <2 gg oppure • Regime = 2 (DH) e Motivo ricovero diurno 1, ricovero diagnostico • Età maggiore di 14 anni <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • codici V64_ in diagnosi principale (per le SDO con codice V64_ vi sono controlli specifici) • codice coronarografia (88.55, 88.56, 88.57) • modalità di dimissione 01 (deceduto), 05 (volontaria), 06-07-08 (trasferimento) <p>Viene sottoposto a verifica un campione delle cartelle così individuate pari al 20% per ciascuna struttura (HSP11). Campione espandibile in base alle regole a pagina 16.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare la presenza o meno di condizioni cliniche di entità tale da impedire l'erogazione in regime ambulatoriale.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
In assenza di validi motivi, abbattimento del 40% per inappropriatezza.		

A4b – DH terapeutici senza prestazioni terapeutiche		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A4b	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
D.H. terapeutici (motivo DH=3) senza procedure o con sole procedure diagnostiche		
Razionale		
Verificare la qualità della codifica.		
Quesito		
Verificare se il motivo del ricovero è a scopo terapeutico e, in caso di conferma, inserire le procedure terapeutiche non codificate; diversamente modificare il motivo del ricovero diurno in 1-diagnostico.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = 2 (DH) • Motivo DH = 3 • Tutti i campi intervento vuoti o contenuti solo codici intervento diagnostici (da 87.01 a 87.73, da 87.76 a 92.19, da 93.01 a 93.09, da 94.01 a 94.19, da 94.51 a 94.59, da 95.01 a 95.49). <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • modalità di dimissione = 01 (deceduti), 05 (dimissioni volontarie), 06 – 07 – 08 (trasferimenti) <p>Sono sottoposti a verifica tutti i casi.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
<p>Escludere l'erronea omissione di codici intervento relativi a procedure terapeutiche.</p> <p>Se non sono state eseguite procedure terapeutiche, modificare il motivo DH in 1-diagnostico.</p> <p>Verificare la presenza o meno di condizioni cliniche di entità tale da impedire l'erogazione in regime ambulatoriale.</p>		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
In assenza di validi motivi, abbattimento del 40% per inappropriatezza.		

A6 – Ricoveri per malattie cutanee 1-3 gg		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A6	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri per malattie della cute e del tessuto sottocutaneo 1-3 gg.		
Razionale		
Verificare appropriatezza organizzativa.		
Quesito		
Verificare l'appropriatezza del regime assistenziale adottato in relazione alla DGR n. 4-2495 del 3 agosto 2011 e s.m.i.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = 1 (RO) con degenza 1-3 gg oppure • Regime =2 (DH), 3 (DS) • procedure chirurgiche: 863, 8601, 8609, 8622, 8625, 8626, 8628, 8659 in qualsiasi posizione; • eventuali altre procedure dovranno essere NON chirurgiche: 8701-8773, 8776-9219, 9301-9309, 9401-9419, 9451-9459, 9501-9549 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare la presenza o meno di condizioni cliniche di entità tale da impedire l'erogazione in regime ambulatoriale.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Abbattere il valore alla corrispondente prestazione ambulatoriale, salvo vi siano validi motivi clinici.		

A7a – Day surgery con pernottamento pre intervento		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A7a	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri con DRG chirurgico in One Day Surgery con pernottamento pre intervento		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza organizzativa.		
Quesito		
Verificare l'esattezza delle date di ricovero e intervento. Se confermate, motivare la giornata pre intervento.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = 3 (DS) • Motivo DH = 6 • DRG tutti • Differenza tra la data di ricovero e la più recente tra le date di procedura ≥ 1 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Se le date sono confermate, verificare l'appropriatezza della giornata pre operatoria e l'eseguibilità in regime ambulatoriale.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Prevista correzione nel caso di errore di data.		
Applicazione della tariffa ambulatoriale in caso di inappropriatezza organizzativa.		

A7b – Ricoveri chirurgici programmati brevi		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A7b	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri ordinari brevi programmati con DRG chirurgico		
Razionale		
Valutare l'appropriatezza organizzativa.		
Quesito		
Verificare l'esattezza delle date di ricovero e intervento. Giustificare la necessità di pernottamento pre intervento oppure la degenza postintervento se superiore alla prima giornata.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = 1 (RO) • Tipo ricovero ordinario 1 o 4 • Durata <=3 gg • Tipo DRG = 'C' • Differenza tra la data di ricovero e la più recente tra le date di procedura > =1 		
Escludere le SDO con		
<ul style="list-style-type: none"> • modalità di dimissione 01 (deceduto), 05 (volontaria), 06-07-08 (trasferimento) 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare l'appropriatezza clinica della giornata pre operatoria e/o delle giornate post operatorie.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
In assenza di validi motivi che rendano appropriate le giornate pre operatorie e/o post operatorie, applicare la tariffa del day surgery.		

A8c – DRG chirurgici a rischio inapproprietezza		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A8c	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
DRG chirurgici a rischio di inapproprietezza in ricovero ordinario programmato		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza.		
Quesito		
Giustificare la scelta del regime con elementi di cui vi sia evidenza in cartella clinica.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • DRG chirurgici ad alto rischio di inapproprietezza (v. elenco nazionale) • Regime = 1 (RO) • Tipo ricovero ordinario = 1 o 4 (ricovero programmato) 		
Escludere le SDO con		
<ul style="list-style-type: none"> • modalit� di dimissione 01 – deceduto 		
Estrarre un campione pari al 20 % per ogni reparto di dimissione.		
Se nella struttura (HSP11) la percentuale di questi casi calcolata su tutti i ricoveri ordinari con DRG chirurgico � >=10%, estrarre tutte le SDO.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare l'appropriatezza clinica ed organizzativa.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Abbattimento 40% in caso di inapproprietezza.		

A8m – DRG medici a rischio inapproprietezza		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A8m	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
DRG medici a rischio di inapproprietezza in ricovero ordinario programmato		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza.		
Quesito		
Giustificare la scelta del regime con elementi di cui vi sia evidenza in cartella clinica.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • DRG medici ad alto rischio di inapproprietezza (v. elenco nazionale) • Regime = 1 (RO) • Tipo ricovero ordinario = 1 o 4 (ricovero programmato) 		
Escludere le SDO con		
<ul style="list-style-type: none"> • modalità di dimissione 01 – deceduto 		
Estrarre un campione pari al 20 % per ogni reparto di dimissione.		
Se nella struttura (HSP11) la percentuale di questi casi calcolata su tutti i ricoveri ordinari con DRG medico è $\geq 10\%$, estrarre tutte le SDO.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare l'appropriatezza clinica ed organizzativa.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Abbattimento 40% in caso di inapproprietezza.		

A10 – Ricoveri ordinari successivi entro 0-7 gg		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A10	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri RO successivi in acuzie dopo 0-7 gg nella stessa struttura (HSP11)		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa ospedaliera o territoriale		
Quesito		
Verificare i motivi che hanno procurato la necessità di ricovero successivo nel breve termine per lo stesso paziente e illustrare brevemente le motivazioni.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = 1 (RO) • Ricoveri con stesso codice fiscale e stesso HSP11 con intervallo 0-7 giorni tra data ricovero successivo e data ricovero precedente 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare: <ul style="list-style-type: none"> • se si tratta di una “dimissione precoce” dal primo ricovero; • se si tratta di uno “spezzettamento” legato a fenomeni disorganizzativi-opportunistici 		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale ricodifica, motivazione del ricovero, oppure abbattimento del 40% in caso di inappropriatezza.		

Nota: l'abbattimento del 20% dei ricoveri ripetuti, stabilito dall'attuale normativa regionale, segue principi di individuazione della casistica differenti da quelli usati per questo controllo.

A11 – Ricoveri ordinari successivi 8-30 gg		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A11	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri RO successivi in acuzie dopo 8-30 gg nella stessa struttura (HSP11)		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa ospedaliera o territoriale		
Quesito		
Verificare i motivi che hanno procurato la necessità di ricovero successivo nel breve termine per lo stesso paziente e descrivere brevemente le motivazioni.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = 1 (RO) • Ricoveri con stesso codice fiscale e stesso HSP 11 con intervallo 8-30 giorni tra data ricovero successivo e data ricovero precedente 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare: <ul style="list-style-type: none"> • se si tratta di una “dimissione precoce” dal primo ricovero; • se si tratta di uno “spezzettamento” legato a fenomeni disorganizzativi-opportunistici 		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale ricodifica, motivazione del ricovero, oppure abbattimento del 40% in caso di inappropriatezza.		

A12 – DRG alto costo		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A12	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri con DRG ad alto costo		
Razionale		
Verifica della corretta codifica in relazione alla tariffa elevata.		
Quesito		
Verificare la durata della degenza e il numero di giornate-accessi in caso di DH. Se DRG con CC:		
<ul style="list-style-type: none"> • indicare sommariamente le condizioni che hanno determinato la scelta dei codici diagnosi • verificare che la DP sia effettivamente la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche • verificare che le diagnosi secondarie corrispondano ai criteri di individuazione stabiliti dalle linee guida SDO regionali. 		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = qualsiasi • DRG ad alto costo: 001, 104, 105, 106, 108, 110, 302, 386, 387, 473, 484, 485, 486, 488, 496, 497, 504, 506, 515, 528, 531, 535, 536, 541, 542, 543, 546, 547, 548, 549, 550, 565, 573, 575, 578 		
Escludere le SDO con		
<ul style="list-style-type: none"> • reparto 97 (detenuti) 		
Con i criteri indicati sopra estrarre le SDO relative a:		
<ul style="list-style-type: none"> • se totale SDO per DRG <10 allora tutte • se totale SDO per DRG >=10 e < 20 allora il 20% • se totale SDO per DRG >20 allora il 10% 		
Estrarre al massimo 200 SDO per struttura (stesso codice HSP11) Campione espandibile in base alle regole a pagina 16.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare la congruenza tra cartella clinica e informazioni inserite nella SDO.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Nessuno. Cambia eventualmente il DRG a seguito delle correzioni.		

A13 – Interventi eseguibili in regime ambulatoriale		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
A13	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Interventi praticati in day surgery con/senza pernottamento eseguibili in regime ambulatoriale		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa		
Quesito		
Giustificare la scelta del regime con elementi di cui vi sia evidenza in cartella clinica.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = 2 (DH), 3 (DS) • Motivo ricovero diurno = 5, 6 • Tipo DRG C • Solo interventi eseguibili ambulatorialmente (v. tabella di riferimento) • Durata intervento =<30 minuti 		
Escludere le SDO con reparto 97 (detenuti)		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare la presenza di fattori clinici che giustificano il regime ambulatoriale.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Applicazione della corrispondente tariffa ambulatoriale in caso di inappropriata organizzativa (più codici ICD9CM sono riconducibili ad un'unica prestazione ambulatoriale).		

AP3 – Ricoveri successivi in post acuzie stessa struttura		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
AP3	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri successivi in reparti di post acuzie (discipline 56, 60) dello stesso paziente nella stessa struttura (HSP11)		
Razionale		
Verificare l'appropriatezza della successione dei ricoveri.		
Quesito		
Motivare la successione di ricoveri in post acuzie, precisando le indicazioni alla prosecuzione dei trattamenti. Le strutture private accreditate devono anche indicare gli estremi dell'autorizzazione al trasferimento-prosecuzione.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Regime = 1 (RO) • Reparto = 56 e 60 • differenza data ricovero episodio successivo – data dimissione episodio precedente =<1 da reparti 56-60 <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparto 56.4 e 60.4 (riabilitazione psichiatrica) <p>Sono sottoposti a verifica tutti i casi.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare l'appropriatezza clinico-organizzativa della successione dei ricoveri.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Abbattimento del 40% in caso di inappropriatezza.		

AP5 – Ricoveri successivi in post acuzie diversa struttura		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
AP5	Appropriatezza	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri successivi in reparti di post acuzie in strutture diverse		
Razionale		
Verificare l'appropriatezza della successione dei ricoveri.		
Quesito		
Verificare l'appropriatezza clinica e/o organizzativa della successione dei ricoveri in post acuzie. Le strutture private accreditate devono anche indicare gli estremi dell'autorizzazione al trasferimento-prosecuzione.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Regime = 1 (RO) • Reparto = 56 e 60 • differenza data ricovero episodio successivo – data dimissione episodio precedente =<2 da reparti 56-60 • Le due SDO sono in strutture diverse (diverso HSP11) 		
Escludere le SDO con		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparto 56.4 e 60.4 (riabilitazione psichiatrica) 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare l'appropriatezza clinico-organizzativa della successione dei ricoveri.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Abbattimento del 40% in caso di inappropriatezza.		

C2 – ricoveri brevi con DRG complicato		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C2	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
DRG con complicanze, RO di durata 1-3 gg, o DH, in reparto per acuti		
Razionale		
Verifica appropriatezza di codifica.		
Quesito		
<p>Verificare che le diagnosi principale e secondarie trovino corrispondenza nelle prestazioni diagnostico-terapeutiche descritte in cartella clinica secondo le linee guida SDO regionali.</p> <p>In presenza della sola DP verificare che questa sia effettivamente la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche.</p> <p>In particolare per le diagnosi secondarie occorre ricordare che le stesse vanno indicate solo per descrivere</p> <ul style="list-style-type: none"> • le condizioni documentate che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito [prima condizione] • e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza [seconda condizione] <p>e quindi sono condizioni che influenzano l'assistenza erogata al paziente in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica e monitoraggio clinico diversa da quelle determinate per la DP.</p> <p>Si precisa che le diagnosi anamnestiche non devono essere indicate se non sono causa di trattamenti durante il ricovero.</p> <p>Nel caso di DRG con CC indicare sommariamente le condizioni che hanno determinato la scelta della codificazione delle diagnosi secondarie.</p>		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • DRG complicati • Regime = 1 (RO) con degenza <= 3 oppure • Regime = 2 (DH), 3 (DS) <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • DRG 323 (litotripsia), Reparto 97 (detenuti), Modalità di dimissione = 01 (deceduti), 05 (dimissioni volontarie), 06 – 07 – 08 (trasferimenti) <p>Sono sottoposti a verifica tutti i casi.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare la congruenza tra cartella clinica e informazioni inserite nella SDO.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Rivalorizzazione dopo eventuali correzioni di diagnosi e/o interventi.		

C4a – Ricoveri brevi con DRG chirurgico basso peso		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C4a	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
DRG chirurgici a basso peso – casi DH RO 1 giorno, RO 2 giorni, RO => 2 giorni		
Razionale		
Verifica appropriatezza organizzativa.		
Quesito		
Motivare brevemente la durata del ricovero e, per i ricoveri inferiori a 3 giorni, la scelta del regime assistenziale.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • DRG chirurgici • Regime = 2 (DH) e 1 (RO) della durata 0-1 giorno con DRG ('261'; '262'; '537'; '538') oppure • Regime = 1 (RO) di 2 giorni con DRG ('053'; '054'; '056'; '224'; '225'; '228'; '232'; '503') oppure • Regime = 1 (RO) di 2 o più giorni DRG (260; 261; 262; 266; 268; 270; 537; 538) 		
Escludere le SDO con		
<ul style="list-style-type: none"> • modalità di dimissione = 01 (deceduti), 06 – 07 – 08 (trasferimenti a struttura per acuti) 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare l'appropriatezza organizzativa: RO anziché DH, DH anziché ambulatoriale.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
In presenza di inappropriatezza organizzativa		
<ul style="list-style-type: none"> • per i ricoveri ordinari applicazione della tariffa prevista per il day surgery • per i DH attribuzione della tariffa della prestazione ambulatoriale corrispondente. 		

C4b – DRG 234		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C4b	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
DRG 234 (Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC)		
Quesito		
Descrivere brevemente l'intervento effettuato e l'indicazione alla sua effettuazione; Motivare la scelta del regime assistenziale.		
Razionale		
Verifica appropriatezza codifica.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Regime qualsiasi • DRG 234 • Reparti per acuti 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare l'appropriatezza organizzativa: RO anziché DH, DH anziché ambulatoriale.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
In presenza di inappropriately organizzativa <ul style="list-style-type: none"> • per i ricoveri ordinari applicazione della tariffa prevista per il day surgery • per i DH attribuzione della tariffa della prestazione ambulatoriale corrispondente. 		

C7g – Tumori a comportamento incerto		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C7g	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Tumori di comportamento incerto (Diagnosi Principale 235.nn - 238.nn).		
Razionale		
Verifica qualità della codifica.		
Quesito		
Verificare la corrispondenza della diagnosi principale sulla base della documentazione clinica (es.: esame istologico) controllando la specifica attribuzione del codice di diagnosi. I codici 235.nn - 238.nn non servono per indicare l'assenza del referto istologico al momento della dimissione e compilazione della SDO.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Diagnosi principale 235nn - 238nn <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • codici di diagnosi principale: 23770, 23771, 23772, 2384, 2385, 2386, 23871, 23872, 23873, 23874, 23875, 23876, 23879 • modalità dimissione 01 - deceduto <p>Sono sottoposti a verifica tutti i casi.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare la coerenza tra codice diagnosi e referto istologico.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica con referto istologico.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale correzione.		

C7h – Tumori di natura non specificata		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C7h	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Tumori di natura non specificata (Diagnosi Principale 239.nn)		
Razionale		
Verifica della qualità della codifica.		
Quesito		
Verificare e, se necessario, correggere il codice diagnosi principale sulla base della documentazione clinica (es.: esame istologico). I codici 239.nn non servono per indicare l'assenza del referto istologico al momento della dimissione e compilazione della SDO.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Diagnosi principale 239.nn <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • modalità dimissione: 01 deceduto, 05 volontaria, 06-07-08 trasferimento <p>Sono sottoposti a verifica tutti i casi.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
I codici 239.nn possono essere utilizzati solo se, in mancanza di un referto istologico, gli esami diagnostici depongono per la presenza di una neoplasia.		
Verificare la coerenza tra codice diagnosi e referto istologico (se presente).		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale correzione.		

C7i – Postumi in diagnosi principale		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C7i	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Postumi in Diagnosi Principale (DP)		
Razionale		
Verifica della qualità della codifica.		
Quesito		
Verificare se è stata selezionata correttamente la diagnosi principale secondo le linee guida.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • DP 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 138, 1390, 1391, 1398, 2681, 326, 36650, 36651, 36652, 36653, 4297, 4380, 43810, 43811, 43812, 43819, 43820, 43821, 43822, 43830, 43831, 43832, 43840, 43841, 43842, 5728, 9050, 9051, 9052, 9053, 9054, 9055, 9056, 9057, 9058, 9059, 9060, 9061, 9062, 9063, 9064, 9065, 9066, 9067, 9068, 9069, 9070, 9071, 9072, 9073, 9074, 9075, 9079, 9080, 9081, 9082, 9083, 9084, 9085, 9086, 9089, 9090, 9091, 9092, 9093, 9094, 9095, 9099 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Vedere linee guida SDO regionali.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Correzione SDO.		

C7n – DRG 410-412 senza chemioterapia		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C7n	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
DRG Chemioterapia senza procedure		
Razionale		
Verifica della qualità della codifica.		
Quesito		
Pur in presenza di una DP attinente alla chemioterapia (codici V5811, V5812 e V672), non sono presenti codici intervento relativi alla chemioterapia. Verificare se sono stati omessi tali codici intervento. Se non fosse stata praticata la CT, occorre rivedere la DP.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • DRG 410, 492 • Senza procedure 9925, 9928 in alcuna posizione 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
V. quesito.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale correzione della SDO. Se sono state erogate solo prestazioni “ambulatoriali”, abbattimento del 40%.		

C7o – TSO non in disciplina 40		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C7o	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
TSO non in psichiatria		
Razionale		
Verifica della qualità della codifica.		
Quesito		
Verificare l'esattezza <ul style="list-style-type: none"> • del valore "3" presente nel campo "Tipo ricovero ordinario" • del reparto di ricovero. Se non vi sono errori, motivare la situazione che ha determinato il ricovero in reparto diverso da psichiatria.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Tutte le discipline meno 40 • Tipo ricovero ordinario = 3 - TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
V. quesito.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale correzione della SDO.		

C7p – Ricovero urgente con DP V64		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C7p	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricovero urgente con V64_ in DP		
Razionale		
Verifica della qualità della codifica.		
Quesito		
Verificare la presenza di errori di compilazione e specificare perché non è stato eseguito l'intervento.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Tipo ricovero ordinario 2 • Diagnosi principale = V64_ 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Per i ricoveri urgenti da PS, il codice diagnosi V64._, indicante la mancata esecuzione del necessario intervento chirurgico, deve essere messo in DS, mentre la patologia per la quale era necessario l'intervento chirurgico deve essere messa in DP (v. linee guida SDO regionali).		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale correzione SDO.		

C7r – Neonato patologico con degenza <4 gg		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C7r	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Dimesso patologico dal Nido inferiore 4 gg		
Razionale		
Verifica della qualità della codifica.		
Quesito		
Verificare la corretta codificazione della SDO ed esplicitare le motivazioni della durata del ricovero.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Disciplina di dimissione = 31 • DRG 389 • Durata ricovero < 4gg 		
Escludere le SDO con		
<ul style="list-style-type: none"> • modalità dimissione 01 deceduto, 05 volontaria, 06-07-08 trasferimento 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare la coerenza della codifica delle diagnosi e degli interventi con il quadro clinico e le linee guida SDO regionali.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale correzione SDO.		

C9 – DRG anomali-incoerenti		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C9	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
DRG cosiddetti "anomali": 424 468 469 470 476 477		
Razionale		
Verifica della qualità della codifica.		
Quesito		
Verificare la corretta codificazione della SDO in relazione alle indicazioni delle linee Guida per la corretta codificazione		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime qualsiasi • DRG 424, 468, 469, 470, 476, 477 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare la coerenza della codifica delle diagnosi e degli interventi con il quadro clinico e le linee guida SDO regionali		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale correzione SDO.		

C10 – DH senza procedure		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C10	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
DH non terapeutico senza procedure		
Razionale		
Verifica della qualità della codifica.		
Quesito		
Verificare se sono stati omessi codici intervento e correggere di conseguenza la SDO, variando, se necessario, il “Motivo ricovero DH”.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = 2 (DH) • Motivo ricovero diurno diverso da 3 (terapeutico) • Nessuna procedura né principale né secondaria 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
Se non è stata erogata alcuna prestazione, verosimilmente il DH è inappropriato.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Se non è stata erogata alcuna prestazione, abbattimento 100%;		
Se sono state erogate solo prestazioni “ambulatoriali”, abbattimento del 40%.		

C11 – Casuale puro senza stratificazioni		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C11	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri scelti casualmente non compresi nelle altre selezioni per reparto.		
Razionale		
Campionamento casuale volto a garantire una verifica di un campione di tutti i reparti		
Quesito		
<p>Verificare la corrispondenza fra SDO e cartella clinica in relazione alle Linee guida.</p> <p>In particolare, in presenza di DRG "con cc" verificare se le diagnosi secondarie indicate corrispondono ai criteri di individuazione delle Linee Guida Regionali.</p> <p>In presenza della sola DP verificare che questa sia effettivamente la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche.</p> <p>In particolare per le diagnosi secondarie occorre ricordare che le stesse vanno indicate solo per descrivere le condizioni documentate che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito [prima condizione] e che influenzano il trattamento ricevuto e/ la durata della degenza [seconda condizione] e quindi sono condizioni che influenzano l'assistenza erogata al pz in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica e monitoraggio clinico diversa da quelle determinate per la D.P.</p> <p>Per i ricoveri in post acuzie verificare inoltre, nei casi previsti dalla regolamentazione regionale, la presenza della documentazione autorizzativa al ricovero.</p>		
Criteri di estrazione		
<p>Campionamento casuale (esclusi i casi già trovati con altri criteri di selezione)</p> <ul style="list-style-type: none"> • per tutti i ricoveri • in ogni reparto <p>Il campione è dimensionato in modo tale da far sì che le SDO estratte con tutti i controlli casuali sia pari ad almeno il 10% delle SDO emesse dalla struttura.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
<p>Verificare la coerenza della codifica delle diagnosi e degli interventi con il quadro clinico e le linee guida SDO regionali.</p> <p>Valutare l'appropriatezza del ricovero.</p>		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale correzione della SDO e/o abbattimento per inappropriatezza		

C13 – Artrodesi vertebrale		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C13	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Interventi programmati per artrodesi vertebrale		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa		
Quesito		
Esplicitare le indicazioni all'intervento chirurgico di artrodesi (di cui deve esservi evidenza in cartella clinica)		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = 1 (RO) • Tipo ricovero ordinario = 1 o 4 (ricovero programmato) • DRG 498, 519, 520 <p>Con i criteri indicati sopra estrarre le SDO relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se totale SDO per DRG <10 allora tutte • se totale SDO per DRG >=10 e < 20 allora il 20% • se totale SDO per DRG >20 allora il 10% <p>Estrarre al massimo 200 SDO per struttura (stesso codice HSP11).</p>		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare: <ul style="list-style-type: none"> • le indicazioni all'intervento chirurgico • la corrispondenza dei codici intervento con il verbale operatorio 		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale correzione della SDO. Abbattimento del 40% per inappropriatezza.		

C14 – Artroprotesi di anca o ginocchio in elezione		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C14	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Interventi chirurgici programmati di artroprotesi di anca o ginocchio		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa e della qualità della codifica		
Quesito		
Esplicitare le indicazioni all'intervento chirurgico di artroprotesi (di cui deve esservi evidenza in cartella clinica) e correggere eventuali errori o lacune di codifica della SDO.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = 1 (RO) • Tipo ricovero ordinario = 1 o 4 (ricovero programmato) • DRG 544 		
Sono sottoposti a verifica il 10% dei casi per struttura (HSP11)		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare la presenza in cartella dell'evidenza di: <ul style="list-style-type: none"> • sintomatologia (dolore cronico intrattabile, disabilità, ecc.) • radiologica di artrosi medio-grave • fallimento terapia conservativa Per la PTA verificare, inoltre, la presenza nella SDO dei codici relativi al tipo di protesi impiantata (00.74 – 00.77).		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale correzione della SDO. Abbattimento del 40% per inappropriatezza.		

C15 – Artroplastica e durata intervento <15 minuti		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C15	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
DH-DS con codice di intervento di artroplastica e durata intervento <15 minuti		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza di codifica		
Quesito		
Verificare la corrispondenza tra codici intervento e verbale operatorio		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Regime = 2 (DH), 3 (DS) • Codice intervento 81.71 – 81.79 (artroplastica articolazioni mano) in qualsiasi posizione • Durata intervento <15 minuti 		
Sono sottoposti a verifica il 20% dei casi per struttura.		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare l'evidenza nel verbale operatorio di un rimaneggiamento della parte articolare. La riparazione-rimodellamento della componente osteo-tendinea deve essere indicata con codici diversi da 81.71 – 81.79.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuali: <ul style="list-style-type: none"> • correzione SDO • applicazione della tariffa ambulatoriale (più codici ICD9CM sono riconducibili ad un'unica prestazione ambulatoriale) 		

C18 – Codice DP inadatto		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
C18	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri con codifica diagnosi principale dubbia		
Razionale		
Verifica della qualità della codifica.		
Quesito		
Il codice diagnosi inserito in posizione principale non appare indicato in quanto: <ul style="list-style-type: none"> • il codice inserito deve essere usato solo come diagnosi secondaria (v. manuale ICD-9CM) • il codice inserito corrisponde ad una manifestazione-sintomo, per cui deve essere rimpiazzato dal codice della patologia • il codice inserito si riferisce ad un quadro clinico che potrebbe non giustificare il ricovero. 		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Ricoveri con diagnosi principale presente in elenco fornito 		
Estrarre al massimo 150 SDO per struttura (HSP11)		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare che il codice inserito in DP sia conforme alle indicazioni del manuale ICD9CM e delle linee guida SDO regionali. Valutare l'appropriatezza del ricovero.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Eventuale ricodifica, motivazione del ricovero, oppure abbattimento del 40% in caso di inapproprietezza.		

PA1 – Ricoveri ordinari brevi in post acuzie		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
PA1	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri brevi in regime ordinario in reparti di riabilitazione (56) o lungodegenza (60)		
Razionale		
Verifica della qualità di codifica e dell'appropriatezza.		
Quesito		
Verificare le date di ricovero e dimissione e modalità di dimissione. Descrivere il trattamento effettuato in relazione alla breve durata della degenza e al percorso terapeutico previsto		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Regime RO • Reparto = 56 e 60 • Giornate <= 3 <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparto 56.4 e 60.4 (riabilitazione psichiatrica) • Modalità di dimissione = 01 (deceduto), 05 (volontaria), 06-07-08 (trasferimento) <p>Sono sottoposti a verifica tutti i casi.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
Verificare l'esattezza dei dati nella SDO e, se confermata la brevità, verificare l'appropriatezza del ricovero.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Abbattimento del 40% in caso di inappropriatezza.		

PA4 – Ricoveri in post acuzie senza interventi		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
PA4	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri in reparti di RRF (codici 56, 28 e 75) e Lungodegenza (codici 60) senza alcun intervento/procedura		
Razionale		
Verifica appropriatezza della codifica e delle prestazioni riabilitative erogate.		
Quesito		
Verificare la corretta codificazione e inserire i codici di prestazioni/interventi.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparto 28-56-75-60 • SDO senza interventi/procedure 		
Sono sottoposti a verifica tutti i casi.		
Indicazioni per la valutazione		
V. quesito		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Correzione della SDO. Abbattimento delle giornate in cui manchi l'evidenza dell'attività fisioterapica prevista dal PRI o di fattori controindicanti la fisioterapia.		

PA6 – Ricoveri in post acuzie oltre soglia		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
PA6	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri post acuzie (discipline 56 e 60) con superamento dei giorni soglia		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza.		
Quesito		
Verificare l'appropriatezza clinica e/o organizzativa delle giornate oltre soglia.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparti = 56 e 60 • Regime = 1 (RO) • Degenza con superamento dei giorni soglia <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricoveri con diagnosi secondaria V62.5 (Disposti da Autorità Giudiziaria) <p>Estrazione di un max. di 200 SDO per struttura.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
V. quesito.		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Abbattimento delle giornate in cui manchi l'evidenza dell'attività fisioterapica prevista dal PRI, escludendo quelle ove vi siano comprovati fattori controindicanti l'effettuazione della terapia riabilitativa.		

PA7 – Riabilitazione in disciplina 56 non in connessione		
Codice	Tipo controllo	Elaborazione
PA7	Casuale	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione		
Ricoveri riabilitativi non in connessione diretta con un precedente ricovero in acuzie		
Razionale		
Verifica dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa		
Quesito		
Esplicitare le indicazioni cliniche e motivare la scelta del regime assistenziale.		
Criteri di estrazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Reparto 56 • Regime = 1 (RO), 2 (DH) • Provenienza da territorio 03, 04, 06, 07, 10, 20 <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparto 56.4 (riabilitazione psichiatrica) <p>Sono sottoposti a verifica il 10% dei casi per struttura.</p>		
Indicazioni per la valutazione		
<p>Verificare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la documentazione autorizzativa • le indicazioni al trattamento riabilitativo • la non eseguibilità in regime ambulatoriale 		
Documentazione da verificare		
Cartella clinica.		
Indicazioni per gli abbattimenti		
Abbattimento del 40% se vi è inappropriatezza.		