

Codice A1414D

D.D. 29 luglio 2022, n. 1428

Attività di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. Piano Annuale dei Controlli 2022.



ATTO DD 1428/A1400A/2022

DEL 29/07/2022

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
A1400A - SANITA' E WELFARE**

OGGETTO: Attività di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. Piano Annuale dei Controlli 2022.

Visto l'articolo 88 comma 2 della legge 23 dicembre 2000 n. 388 (come modificato dal 112 26/06/2008) *“Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata delle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze”*.

Visti gli articoli 2 e 3 del decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2009 in cui sono indicati, rispettivamente, i parametri minimi per l'individuazione dei ricoveri a rischio di inappropriata e il volume minimo di cartelle da controllare (minimo 2,5% a livello complessivo regionale del totale delle cartelle).

Vista la DGR 11 novembre 2013, n. 35-6651 *“Organizzazione delle attività di controllo analitico delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera ai sensi dell'art. 79, comma 1 septies del D.L. 112 del 2008 convertito con modificazioni, dalla legge n 133 del 6.8.2008 e conseguenti modalità di revisione tariffaria. Modificazioni delle DD.G.R. 5.9.2011 n. 19-2561 e 1.2.2010 n. 7-13150”* che declina a livello regionale quanto stabilito dai su menzionati provvedimenti nazionali.

Vista la DGR 14-4699 del 25/02/2022 che rimodula l'organizzazione delle attività di controllo previste dalla DGR 35-6651 dell'11/11/2013 e che demanda l'emanazione del Piano Annuale dei Controlli alla Direzione Sanità e Welfare.

Preso atto dell'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriata individuati dal DPCM 12/01/2017, peraltro già utilizzati nei criteri di appropriatezza individuati dalla DGR n. 4-2495 del

03/08/2011.

Valutati i risultati dei controlli degli anni scorsi effettuati in base al Piano dei Controlli definito con DGR 23-8286 dell'11/1/2019.

Tenuto conto delle segnalazioni pervenute dai Nuclei di Controllo delle Aziende Sanitarie Regionali.

La Commissione Tecnica Regionale (CTR) ha predisposto il Piano Annuale dei Controlli 2022, allegato alla presente determinazione quale parte integrante e sostanziale, che si propone alla approvazione.

Tutto ciò premesso, attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR 1-4046 17/10/2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1 - 3361 del 14.6.2021.

IL VICARIO DELLA DIREZIONE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- Vista la L. 23 dicembre 2000 n. 388
- Visto il DPCM 12 gennaio 2017
- Visto il DM 10 dicembre 2009
- Viste le DGR 11 novembre 2013, n. 35-6651, 11 gennaio 2019 n. 23-8286, 25 febbraio 2022 n. 14-4699

DETERMINA

Per le motivazioni di cui in premessa:

- di approvare il documento tecnico “ Piano Annuale dei Controlli 2022“ allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che il nuovo sistema di controlli di cui al documento allegato sia applicato a partire dai dimessi del 1 settembre 2022;
- di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al T.A.R.

La presente determinazione verrà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

IL VICARIO DELLA DIREZIONE
Firmato digitalmente da Franco Ripa

Allegato



Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità

Piano annuale dei controlli 2022

Ricoveri ospedalieri – Versione 01 – 2022

Sommario

Glossario	5
Responsabilità e compiti	6
ASR.....	6
Nuclei di controllo	6
Strutture di ricovero	7
Modalità operative dei controlli.....	8
Correzioni.....	9
Abbattimenti	9
Controversie.....	9
Controlli esterni	9
Scadenze e rinvii SDO	10
Tipologia dei controlli.....	11
Controlli di appropriatezza	11
Controlli casuali.....	11
Livelli dei controlli.....	11
Abbattimenti tariffari	13
Abbattimenti automatici-differiti.....	13
Esiti dei controlli di terzo Livello	14
Elenco dei controlli	15
Regole generali	17
Schede controlli	18
Nome del controllo.	18
Schede controlli di appropriatezza	19
A1a – Tonsillectomia età <18 anni.....	20
A1d – Meniscectomia età >55 anni.....	21
A2d – DRG con tasso ospedalizzazione elevato	22
A3 – Parti cesarei	23
A4a – RO medici 1 gg e DH diagnostici.....	24
A4b – DH terapeutici senza prestazioni terapeutiche	25
A6 – Ricoveri per malattie cutanee 1-3 gg.....	26
A7a – Day surgery con pernottamento pre intervento	27
A7b – Ricoveri chirurgici programmati brevi	28
A8c – DRG chirurgici a rischio inappropriatezza	29
A8m – DRG medici a rischio inappropriatezza	32
A11 – Ricoveri ordinari successivi 8-30 gg	33
A12 – DRG alto costo	34
A13 – Interventi eseguibili in regime ambulatoriale	35
AP3 – Ricoveri successivi in post acuzie stessa struttura (ex PA3)	36
AP5 – Ricoveri successivi in post acuzie diversa struttura (ex PA5).....	37
AP7– Riabilitazione in disciplina 56 non in connessione	38
Schede controlli casuali.....	39
C2 – ricoveri brevi con DRG complicato	40

C4a – Ricoveri brevi con DRG chirurgico basso peso.....	41
C4b – DRG 234.....	42
C7g – Tumori a comportamento incerto	43
C7h – Tumori di natura non specificata	44
C7i – Postumi in diagnosi principale	45
C7n – DRG 410-412 senza chemioterapia.....	46
C7o – TSO non in disciplina 40	47
C7p – Ricovero urgente con DP V64.....	48
C7r – Neonato patologico con degenza <4 gg	49
C7t – Neonato sano con degenza >4 gg	50
C9 – DRG anomali-incoerenti	51
C10 – DH senza procedure.....	52
C11 – Casuale puro senza stratificazioni.....	53
C13 – Artrodesi vertebrale	54
C14 – Artroprotesi di anca o ginocchio in elezione.....	55
C15 – Artroplastica e durata intervento <15 minuti.....	56
C18 – Codice DP inadatto.....	57
C19 – Ricoveri con Classe Priorità (1, 2, 3) per il recupero delle Liste di Attesa	58
C22 – Ricovero Covid-19 con DP a rischio inappropriata.....	59
PA1 – Ricoveri ordinari brevi in post acuzie	60
PA4 – Ricoveri in post acuzie senza interventi	61
PA6 – Ricoveri in post acuzie oltre soglia.....	62
PA8 – Riabilitazione in disciplina 56 e 60 per post covid-19	63

Glossario

Strutture private accreditate	Si intendono sia le strutture di ricovero equiparate, sia gli IRCCS privati, sia le strutture private accreditate.
ASR	Aziende sanitarie regionali, ossia aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere.
NCI	Nucleo di controllo interno (DGR n. 35-6651 del 11.11.2013) deputato ai controlli delle cartelle cliniche e delle SDO delle strutture di ricovero della propria ASR. Confluiscono nei NCA.
NCRE	Nuclei di controllo ricoveri esterni (DGR n. 35-6651 del 11.11.2013) responsabile dei controlli presso le strutture di ricovero private accreditate. Confluiscono nei NCA.
NCA	Nucleo di controllo aziendale (DGR 14-4699 del 25/02/2022) assume i compiti dei precedenti NCI e NCRE.
NCAO	Nucleo di controllo di area omogenea di programmazione, composto da membri dei NCA.
CTR	La Commissione Tecnica Regionale è nominata dalla direzione sanità e prevista dalla DGR n. 7-13150/2010, come integrata dalla DGR n. 19-2561/2011, e dalla DGR 14-4699 del 25/02/2022.
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, con maggior onere per il SSR, 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 prive di errori formali. 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).
Competenza (anno di)	Con “competenza” o “anno di competenza” si intende l’anno di chiusura della SDO che coincide con l’anno della data di dimissione.

Responsabilità e compiti

ASR

I direttori generali delle ASR hanno la responsabilità di far in modo che l'attività di controllo analitico delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) sia attuata puntualmente e correttamente.

Inoltre, le ASR hanno il dovere di:

- mettere a disposizione dei nuclei di controllo le risorse necessarie allo svolgimento della loro attività;
- di verificare che le modifiche delle SDO stabilite dai nuclei di controllo corrispondano al flusso informativo rinviato al CSI (ricoveri propri e delle strutture private accreditate presenti nel territorio dell'ASL);
- di attuare le conseguenze economiche delle verifiche di terzo livello;
- di estendere i controlli in caso emergano fenomeni di inappropriata od opportunità.

Nuclei di controllo

La DGR 14-4699 del 25 febbraio 2022 rimodula l'organizzazione ed i compiti dei nuclei di controllo come schematizzato di seguito.

Nucleo di controllo	Ambito di attività
NCA di ASL	Controllo cartelle-SDO <ul style="list-style-type: none">• delle proprie strutture di ricovero• delle strutture private accreditate presenti nel territorio dell'ASL
NCA di ASO	Controllo delle cartelle-SDO delle proprie strutture di ricovero
NCAO	Controllo di un campione di cartelle-SDO delle aziende ospedaliere presenti nell'area omogenea.

I nuclei di controllo 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 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 inappropriata o di comportamento opportunistico che possano indicare la necessità di ulteriori controlli su un numero maggiore di ricoveri. Nel caso dei nuclei di controllo di area omogenea di programmazione, la relazione annuale sui controlli esterni presso le aziende ospedaliere deve essere inviata a tutti i direttori generali delle ASR facenti parte dell'area omogenea di programmazione.

Strutture di ricovero

Le Strutture di ricovero, pubbliche e private accreditate, 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 non sarà riconosciuto alcun valore al ricovero se:

- la SDO non viene corretta come richiesto dal nucleo di controllo;
- le SDO campionate non sono rinviate e acquisite dal CSI.

Modalità operative dei controlli

Per le attività di controllo esterne, presso le strutture private accreditate e presso le aziende ospedaliere, i nuclei di controllo devono inviare una comunicazione, contenente l'elenco dei casi da sottoporre a controllo, con un preavviso di almeno 15 giorni, salvo diverso accordo tra le parti.

I controlli esterni dovranno essere effettuati sempre alla presenza di almeno due componenti del nucleo di controllo, con il concorso di uno o più rappresentanti della struttura oggetto della verifica.

Sia per i controlli esterni che per quelli interni, l'attività di verifica deve essere verbalizzata e firmata congiuntamente dai componenti del nucleo di controllo e dai rappresentanti delle strutture di ricovero. A seconda delle necessità e delle modalità organizzative, per ciascun periodo di estrazione, possono essere redatti un unico verbale cumulativo o più verbali settoriali.

Le strutture di ricovero oggetto di verifica dovranno, con le modalità previste dal nucleo di controllo

- predisporre tutta la documentazione necessaria per il buon esito delle attività;
- mettere a disposizione locali idonei (clima, illuminazione, confort);
- fornire un collegamento a internet.

Si ricorda che 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 (es. *123456789_DIPX_20220101-20220131_02.xml* scaricabile dalla piattaforma SDS). Analoga evidenza sarà disponibile nel nuovo applicativo web di prossima implementazione.

Fino alla completa operatività del nuovo applicativo web per i controlli di terzo livello, 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:

<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita>.

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, ed è corredato dalla descrizione dei criteri (declaratorie) adottati per la selezione della casistica. Declaratorie e specifiche dei tracciati di restituzione sono scaricabili dal sito:

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

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 controlli_SDO@regione.piemonte.it dovrà essere inviato solo file di lavoro in formato Excel opportunamente compilato nelle colonne di competenza delle aziende e null'altro (questo invio non sarà più necessario con l'utilizzo del nuovo applicativo web, come descritto più avanti).

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

Con l'entrata in funzione del nuovo applicativo web, tutta l'attività di controllo potrà essere organizzata e registrata mediante l'applicativo web con l'emissione finale del verbale in formato pdf. Anche se obsoleti, i file Excel saranno ancora, comunque, scaricabili da tale piattaforma, per chi ne avesse bisogno.

Con l'utilizzo della nuova piattaforma non sarà più necessario inviare alcun file Excel alla casella di posta regionale perché le registrazioni sono recepite in tempo reale dal CSI e quindi subito a disposizione dell'amministrazione regionale. Resta però l'obbligo del rinvio delle SDO campionate, qualunque sia stato l'esito della verifica.

Accedendo all'applicativo web, le strutture di ricovero potranno reperire in tempo reale le SDO oggetto di verifica, cioè ben prima di ricevere la comunicazione dal nucleo di controllo, e procedere autonomamente ad una analisi preliminare e annotare osservazioni e considerazioni in un apposito campo a scrittura libera.

Sia nell'ambito della revisione autonoma da parte della struttura di ricovero che durante la verifica con il nucleo di controllo, si ricorda che la scelta dei codici di identificazione delle diagnosi e degli interventi deve essere conforme a quanto previsto dalle Linee guida nazionali e 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.

Correzioni

Le Strutture di ricovero, pubbliche e private accreditate, devono modificare le SDO campionate come deciso dal nucleo di controllo durante la verifica, anche se non concordano con le modifiche decise. Il ricovero sarà valorizzato alla luce delle modifiche richieste dal nucleo di controllo.

Abbattimenti

Il nucleo di controllo decide e applica gli abbattimenti ritenuti opportuni.

Controversie

Si rimanda a quanto stabilito dalla DGR 14-4699 del 25 febbraio 2022.

Controlli esterni

Per i controlli esterni, che devono essere effettuati di NCAO, nell'ambito del campione estratto mediante i criteri di appropriatezza, è individuato un gruppo di dieci cartelle-SDO per mese di competenza per ciascun istituto di ricovero facente parte delle aziende ospedaliere.

Scadenze e rinvii SDO

Per tutte le strutture di ricovero, senza alcuna esclusione o eccezione, le scadenze di invio dei risultati dell'attività di controllo interna ed esterna, per ciascun anno, sono stabilite con apposita nota regionale.

Tutte le SDO campionate, dopo aver effettuato le eventuali correzioni stabilite dai nuclei di controllo, devono essere rinviate ed acquisite a sistema entro le date riportate nella specifica nota regionale. L'invio deve essere effettuato da parte delle rispettive strutture di ricovero.

Pertanto, saranno valorizzate a zero tutte le SDO che:

- non sono **rinviate** entro le scadenze previste;
- 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, bensì assicurarsi che siano anche acquisite a sistema, ossia abbiano superato i controlli automatici logico-formali.

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 parametri²:

- 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 inappropriatazza³
- 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

Controlli casuali

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

Livelli dei controlli

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%

I controlli di primo e secondo livello sono attuati 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

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

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

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. Le loro specifiche sono dettagliate nel disciplinare tecnico reperibile al seguente indirizzo web:

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

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.

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:

1. i ricoveri in DH con somministrazione di farmaci chemioterapici ad alto costo segnalati nel file F (DGR n. 97-13750 del 29/03/2010)
2. 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
3. i ricoveri di post acuzie con transito in DEA per i quali è necessario operare il cumulo delle giornate di degenza di ciascun episodio per il corretto calcolo dei giorni oltre soglia (DGR n. 17-4167 del 07/11/2016)
4. i ricoveri in post acuzie con verifica della continuità
5. i ricoveri ripetuti (la tariffa del secondo ricovero è abbattuta del 20%)
6. i ricoveri sovrapposti
7. altri abbattimenti (specifici, definiti da provvedimenti regionali ad hoc)
8. 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 attualmente 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 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 sulla tariffa dell'intero ricovero è previsto in caso di inappropriatezza clinica (acuzie) o per la inadeguatezza 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 mutualmente 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'inappropriatezza riguardasse l'intero ricovero di post acuzie, il nucleo di controllo deve scegliere una delle altre opzioni di abbattimento.

Elenco dei controlli

Sulla scorta dell'analisi dell'esperienza degli anni precedenti, 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 inappropriatezza
	A8m – DRG medici a rischio inappropriatezza
	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 (ex PA3)
	AP5 – Ricoveri successivi in post acuzie diversa struttura (ex PA5)
	AP7 – Riabilitazione in disciplina 56 non in connessione (ex PA7)
Casuali	C2 – ricoveri brevi con DRG complicato
	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
	C7t – Neonato sano 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
	C19 – Ricoveri con Classe Priorità (1, 2, 3) per il recupero delle Liste di Attesa
	C22 – Ricovero Covid-19 con DP a rischio inappropriatezza
	PA1 – Ricoveri ordinari brevi in post acuzie
	PA4 – Ricoveri in post acuzie senza interventi
	PA6 – Ricoveri in post acuzie oltre soglia
	PA8 – Riabilitazione in disciplina 56 per post covid-19

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 ricovero 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.

Regole generali

Per tutte le cartelle individuate, a prescindere dal criterio di campionamento (o controllo) e dalle indicazioni riportate nella scheda:

- 1) verificare che nella SDO i codici diagnosi e intervento siano coerenti con il quadro clinico descritto in cartella;
- 2) verificare che nella SDO la scelta dei codici diagnosi e intervento rispetti le indicazioni
 - i) delle Linee Guida Ministeriali
 - ii) del Manuale ICD-9-CM
 - iii) 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 clinica e organizzativa
- 5) verificare la qualità della documentazione clinica

Schede controlli

Legenda delle schede

Controllo	Nome del controllo.
Codice	Codice identificativo del controllo.
Tipo controllo	Indicazione se si tratta di un controllo di appropriatezza o casuale
Elaborazione	Indicazione della tempistica di campionamento della SDO: durante l'elaborazione del supporto informatico mediante il quale la struttura ha inviato le SDO al CSI (cadenza mensile) oppure campionamento periodico (es. annuale).
Descrizione	Descrizione del controllo.
Razionale	Criterio logico che ha determinato la creazione del controllo.
Quesito	Chiarimenti richiesti all'erogatore.
Criteri di estrazione	Esplicitazione dei criteri di estrazione delle SDO e dei criteri di esclusione.
Dimensione del campione	Indicazione se i casi individuati sono selezionati in tutto o in parte per la verifica puntuale da parte dei nuclei di controllo.
Indicazioni per la valutazione	Indicazioni specifiche per la valutazione (oltre a quelle generali) per i nuclei di controllo.
Documentazione da verificare	Documentazione clinica da verificare per la valutazione.
Suggerimenti per gli abbattimenti	Indicazioni di massima per l'applicazione degli eventuali abbattimenti. Comunque si possono applicare le regole generali a giudizio del nucleo di controllo.

Schede controlli di appropriatezza

Controllo	A1a – Tonsillectomia età <18 anni
Codice	A1a
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri per pazienti di età <18 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 (http://www.snlg-iss.it/PNLG/LG/007tonsille/tonsille.pdf)
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 e successivamente monitorato per 24 ore • specificare eventuali altre indicazioni
Criteri di estrazione	<ul style="list-style-type: none"> • Età al ricovero: <18 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>
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	V. quesito
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	In assenza di criteri di appropriatezza clinica su menzionati, abbattimento 40% per inappropriatezza.

Controllo	A1d – Meniscectomia età >55 anni
Codice	A1d
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Interventi di meniscectomia in soggetti di età superiore a 55 anni per patologia non traumatica.
Razionale	Verifica dell'appropriatezza.
Quesito	Controllare la corretta codificazione della SDO e descrivere brevemente le motivazioni all'intervento in riferimento alle indicazioni di EBM e linee guida. In particolare, appurare: <ul style="list-style-type: none"> • l'origine traumatica o meno • il tipo di lesione meniscale • la sintomatologia • il grado di disabilità • durata della terapia conservativa
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 = <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 (RO) e con degenza inferiore a 4 giorni ○ oppure 2 (DH) o 3 (DS) <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • codici diagnosi (in qualsiasi posizione): 800 – 999 (traumatismi o avvelenamenti)
Dimensione del campione	Massimo di 10 SDO al mese per reparto di dimissione. Se i casi riscontrati clinicamente inappropriati durante la verifica superano il 10% del campione annuale, le Aziende hanno l'obbligo di estendere la verifica all'intera casistica.
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)
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Se la durata dell'intervento è inferiore o uguale a 15 minuti deve essere applicata la corrispondente tariffa ambulatoriale, salvo la presenza di fattori clinici controindicanti il regime ambulatoriale o l'impossibilità alla erogazione in regime ambulatoriale. Abbattimento 40% in caso di inappropriata clinica.

Nota: questo controllo sostituisce il controllo A1e degli anni precedenti.

Controllo	A2d – DRG con tasso ospedalizzazione elevato
Codice	A2d
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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 • DRG individuati dalla Regione in base al tasso di ospedalizzazione per ASL di residenza
Dimensione del campione	Massimo di 10 SDO al mese per reparto di dimissione. Se i casi riscontrati inappropriati durante la verifica superano il 5% del campione annuale, le Aziende hanno l'obbligo di estendere la verifica all'intera casistica.
Indicazioni per la valutazione	Verificare l'appropriatezza clinica e organizzativa.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento 40% in caso di inappropriata clinica od organizzativa.

Nota: questo controllo sostituisce il controllo A2 degli anni precedenti.

Codice	A3 – Parti cesarei
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 una documentazione relativa ai colloqui informativi sulla scelta consapevole della modalità di parto effettuati durante il percorso nascita. • 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. • Se è utilizzata diagnosi 65341 (sproporzione fetopelvica): occorre dettagliare il caso clinico relativamente alla complicanza indicata nella SDO e il peso del neonato. • Se è utilizzata diagnosi 66001 (posizione anomala del feto): occorre dettagliare il caso clinico relativamente alla complicanza indicata nella SDO. • Se sono utilizzati altri codici di gravidanza patologica: dettagliare il caso clinico relativamente alle complicanze indicate nella SDO.
Criteri di estrazione	DRG 370 e 371 (Parto cesareo)
Dimensione del campione	Massimo di 10 SDO al mese per reparto di dimissione. Se i casi riscontrati inappropriati durante la verifica superano il 5% del campione annuale, le Aziende hanno l'obbligo di estendere la verifica all'intera casistica.
Indicazioni per la valutazione	Evidenza documentale <ul style="list-style-type: none"> • delle indicazioni al TC per patologia • della esplicita richiesta della donna
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	In assenza di criteri di appropriatezza su menzionati, abbattimento 40% per inappropriatezza.

Controllo	A4a – RO medici 1 gg e DH diagnostici
Codice	A4a
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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)
Dimensione del campione	Viene sottoposto a verifica un campione delle cartelle così individuate pari al 20% per ciascuna struttura (HSP11). Le Aziende hanno l'obbligo di estendere la verifica all'intera casistica, se i casi riscontrati inappropriati durante la verifica superano il 10% del campione.
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
Suggerimenti per gli abbattimenti	In assenza di validi motivi, abbattimento del 40% per inappropriatezza.

Controllo	A4b – DH terapeutici senza prestazioni terapeutiche
Codice	A4b
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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)
Dimensione del campione	Tutti i casi.
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
Suggerimenti per gli abbattimenti	In assenza di validi motivi, abbattimento del 40% per inappropriatezza.

Controllo	A6 – Ricoveri per malattie cutanee 1-3 gg
Codice	A6
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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
Criteri di estrazione	<ul style="list-style-type: none"> • Disciplina di dimissione: acuzie • Regime: 1 (RO) con degenza 1-3 gg oppure 2 (DH) o 3 (DS) • Almeno uno dei seguenti codici intervento in qualsiasi posizione: 863, 8601, 8609, 8622, 8625, 8626, 8628, 8659 • Eventuali altre procedure dovranno essere NON chirurgiche: 8701-8773, 8776-9219, 9301-9309, 9401-9419, 9451-9459, 9501-9549 Modalità di dimissione: diversa da 01, 05, 06, 07
Dimensione del campione	Tutti i casi
Indicazioni per la valutazione	Il ricovero risulta appropriato se sono presenti condizioni cliniche di entità tale da impedire l'erogazione in regime ambulatoriale.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattere il valore alla corrispondente prestazione ambulatoriale, salvo vi siano validi motivi clinici.

Tabella per la conversione

Codice intervento ICD9CM	Corrispondente codice ambulatoriale
86.3	86.30.3
86.01	86.01
86.09	86.22
86.22	86.22
86.25	86.25
86.26	86.03.3
86.28	86.28
86.59	86.59.1 o 86.59.2 o 86.59.3

Controllo	A7a – Day surgery con pernottamento pre intervento
Codice	A7a
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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
Dimensione del campione	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
Suggerimenti per gli abbattimenti	Prevista correzione nel caso di errore di data. Applicazione della tariffa ambulatoriale in caso di inappropriatezza organizzativa.

Controllo	A7b – Ricoveri chirurgici programmati brevi
Codice	A7b
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri ordinari programmati brevi con DRG chirurgico
Razionale	Valutare l'appropriatezza organizzativa
Quesito	Verificare l'esattezza delle date di ricovero e intervento e le codifiche. 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 <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • modalità di dimissione 01 (deceduto), 05 (volontaria), 06-07-08 (trasferimento)
Dimensione del campione	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
Suggerimenti 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.

Nota: **non** sono stati esclusi i DRG con tariffa in day surgery uguale a zero al fine di includere i casi con possibile errore di codifica o di codifica opportunistica.

Controllo	A8c – DRG chirurgici a rischio inappropriatezza
Codice	A8c
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	DRG chirurgici a rischio di inappropriatezza 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 inappropriatezza (v. elenco nazionale) • Regime = 1 (RO) • Tipo ricovero ordinario = 1 o 4 (ricovero programmato) <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • modalità di dimissione 1 – deceduto
Dimensione del campione	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 è $\geq 10\%$, estrarre tutte le SDO.
Indicazioni per la valutazione	Verificare l'appropriatezza clinica ed organizzativa.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento 40% in caso di inappropriatezza oppure applicazione della tariffa day surgery oppure applicazione della tariffa ambulatoriale (Vedere tabella di conversione più avanti).

Nota: questo controllo sostituisce il controllo A5c degli anni precedenti.

Elenco DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriatazza (allegato 6 DPCM 12/01/2017).

DRG	Descrizione DRG
006	Decompressione del tunnel carpale
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
036	Interventi sulla retina
038	Interventi primari sull'iride
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (<i>eccetto trapianti di cornea</i>)
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
119	Legatura e stripping di vene
158	Interventi su ano e stoma senza CC
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (<i>eccetto ricoveri 0-1 giorno</i>)
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (<i>eccetto ricoveri 0-1 giorno</i>)
163	Interventi per ernia, età < 18 anni (<i>eccetto ricoveri 0-1 giorno</i>)
168	Interventi sulla bocca con CC
169	Interventi sulla bocca senza CC
227	Interventi sui tessuti molli senza CC
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232	Artroscopia
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (<i>codici intervento 85.20 e 85.21</i>)
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
342	Circoncisione, età > 17 anni
343	Circoncisione, età < 18 anni
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
360	Interventi su vagina, cervice e vulva
362	Occlusione endoscopica delle tube
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC

Tabella per l'eventuale applicazione della tariffa ambulatoriale

DRG chirurgici a rischio di inapproprietezza (allegati 6A e 6B DPCM 12/01/2017)	Prestazione ambulatoriale
006 - Decompressione del tunnel carpale	04.43
008 - Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	04.44
039 - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	13.19.1
119 - Legatura e stripping di vene	38.59.A
	38.59.3
160 - Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	53.41
	53.49.1
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	53.00.1
	53.00.2
	53.21.1
	53.29.1
225 - Interventi sul piede	78.50.1
	77.56
227 - Interventi sui tessuti molli senza CC	83.01.1
228 - Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	82.00.1
229 - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	82.00.1
	81.75
232 - Artroscopia	80.20
342 - Circoncisione, età > 17 anni	64.01
343 - Circoncisione, età < 18 anni	64.01
503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	80.00.1
538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	78.60

Controllo	A8m – DRG medici a rischio inappropriatelyzza
Codice	A8m
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	DRG medici a rischio di inappropriatelyzza 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 inappropriatelyzza (v. elenco nazionale) • Regime = 1 (RO) • Tipo ricovero ordinario = 1 o 4 (ricovero programmato) <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • modalità di dimissione 1 – deceduto
Dimensione del campione	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
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento 40% in caso di inappropriatelyzza oppure applicazione della tariffa DH oppure applicazione della tariffa ambulatoriale.

Nota: questo controllo sostituisce il controllo A5m degli anni precedenti.

Controllo	A11 – Ricoveri ordinari successivi 8-30 gg
Codice	A11
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Verificare se si tratta di: <ul style="list-style-type: none"> • una "dimissione precoce" dal primo ricovero; • uno "spezzettamento" legato a fenomeni disorganizzativi-opportunistici
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale ricodifica, motivazione del ricovero, oppure abbattimento del 40% in caso di inappropriata organizzativa.

Controllo	A12 – DRG alto costo
Codice	A12
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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	<p>Verificare la durata della degenza e il numero di giornate-accessi in caso di DH.</p> <p>Se DRG con CC:</p> <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 <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • reparto 97 (detenuti)
Dimensione del campione	<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). Le Aziende hanno l'obbligo di estendere la verifica all'intera casistica, se i casi riscontrati inappropriati durante la verifica superano il 10% del campione.</p>
Indicazioni per la valutazione	Verificare la congruenza tra cartella clinica e informazioni inserite nella SDO.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Seguire le regole generali.

Controllo	A13 – Interventi eseguibili in regime ambulatoriale
Codice	A13
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Verificare la presenza di fattori clinici che giustifichino il regime diurno.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Applicazione della corrispondente tariffa ambulatoriale in caso di inappropriatezza organizzativa (più codici ICD9CM sono riconducibili ad un'unica prestazione ambulatoriale).

Tabella di riferimento

DRG chirurgici a rischio di inappropriatezza (allegati 6A e 6B DPCM 12/01/2017)	Prestazione ambulatoriale
38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore (femorale poplitea, safena, tibiale)	38.59.A 38.59.3
82.91 Lisi di aderenze della mano (liberazione di aderenze di fascia, muscolo, tendine della mano)	82.00.1

Legenda prestazioni ambulatoriali

- **38.59.3** Interventi sui vasi venosi extrasafenici degli arti inferiori (primitivi o recidive) compresi gli esami e le visite preoperatori ed i controlli postoperatori corr.
- **38.59.A** Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore. Stripping della femorale poplitea, safena mediante termoablazione con o senza occlusione sostanze chimiche. Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.
- **82.00.1** Altri interventi su mano polso (su ossa, tendini, tessuti molli, muscoli, ecc) compresi rimozione di dispositivi impiantati. Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.

Controllo	AP3 – Ricoveri successivi in post acuzie stessa struttura (ex PA3)
Codice	AP3
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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)
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Verificare l'appropriatezza clinico-organizzativa della successione dei ricoveri.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento del 40% in caso di inappropriatezza.

Controllo	AP5 – Ricoveri successivi in post acuzie diversa struttura (ex PA5)
Codice	AP5
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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) <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparto 56.4 e 60.4 (riabilitazione psichiatrica)
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Verificare l'appropriatezza clinico-organizzativa della successione dei ricoveri.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento del 40% in caso di inapproprietezza.

Controllo	AP7– Riabilitazione in disciplina 56 non in connessione
Codice	AP7
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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)
Dimensione del campione	Sono sottoposti a verifica il 20% dei casi per struttura. Le Aziende hanno l'obbligo di estendere la verifica all'intera casistica, se i casi riscontrati inappropriati durante la verifica superano il 10% del campione.
Indicazioni per la valutazione	Verificare: <ul style="list-style-type: none"> • la documentazione autorizzativa • le indicazioni al trattamento riabilitativo (il rationale circa la necessità del ricovero riabilitativo) • la non eseguibilità in regime ambulatoriale
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento del 100% in caso di inappropriatezza clinica e del 40% se vi è inappropriatezza organizzativa.

Schede controlli casuali

Controllo	C2 – ricoveri brevi con DRG complicato
Codice	C2
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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 trovino corrispondenza nelle evidenze in cartella clinica e siano codificate secondo le linee guida SDO regionali. In presenza della sola DP verificare che questa sia effettivamente la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche.</p> <p>Occorre ricordare che le diagnosi secondarie devono essere 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>Le diagnosi secondarie 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. Si precisa che le diagnosi anamnestiche non devono essere indicate se non sono causa di trattamenti durante il ricovero. 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) • Programmati <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)
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Verificare la congruenza tra cartella clinica e informazioni inserite nella SDO.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Rivalorizzazione dopo eventuali correzioni di diagnosi e/o interventi.

Controllo	C4a – Ricoveri brevi con DRG chirurgico basso peso
Codice	C4a
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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) • Programmati <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • modalità di dimissione = 01 (deceduti), 06 – 07 – 08 (trasferimenti a struttura per acuti)
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Verificare l'appropriatezza organizzativa: RO anziché DH, DH anziché ambulatoriale.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	In presenza di inappropriata 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.

Controllo	C4b – DRG 234
Codice	C4b
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	DRG 234 (Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC)
Razionale	Verifica appropriatezza codifica.
Quesito	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descrivere brevemente l'intervento effettuato e l'indicazione alla sua effettuazione. 2. Motivare la scelta del regime assistenziale.
Criteri di estrazione	<ul style="list-style-type: none"> • Regime qualsiasi • DRG 234 • Reparti per acuti
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Verificare l'appropriatezza organizzativa: RO anziché DH, DH anziché ambulatoriale.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	<p>In presenza di inapproprietezza organizzativa</p> <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.

Controllo	C7g – Tumori a comportamento incerto
Codice	C7g
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Verificare la coerenza tra codice diagnosi e referto istologico.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale correzione.

Controllo	C7h – Tumori di natura non specificata
Codice	
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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
Dimensione del campione	Tutti i casi.
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
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale correzione.

Controllo	C7i – Postumi in diagnosi principale
Codice	C7i
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Vedere linee guida SDO regionali.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Correzione SDO.

Controllo	C7n – DRG 410-412 senza chemioterapia
Codice	C7n
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	V. quesito
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale correzione della SDO. Se sono state erogate solo prestazioni “ambulatoriali”, abbattimento del 40%.

Controllo	C7o – TSO non in disciplina 40
Codice	
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	TSO non in psichiatria
Razionale	Verifica della qualità della codifica.
Quesito	<p>Verificare l'esattezza</p> <ul style="list-style-type: none"> • del valore "3" presente nel campo "Tipo ricovero ordinario" • del reparto di ricovero. <p>Se non vi sono errori, motivare la situazione che ha determinato il ricovero in reparto diverso da psichiatria.</p>
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)
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	V. quesito
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale correzione della SDO.

Controllo	C7p – Ricovero urgente con DP V64
Codice	C7p
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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_
Dimensione del campione	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
Suggerimenti per gli abbattimenti	Correzione SDO.

Controllo	C7r – Neonato patologico con degenza <4 gg
Codice	C7r
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Dimesso patologico dal Nido con degenza 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 389-390 • Durata ricovero < 4gg <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • modalità dimissione 01 deceduto, 05 volontaria, 06-07-08 trasferimento
Dimensione del campione	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
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale correzione SDO.

Controllo	C7t – Neonato sano con degenza >4 gg
Codice	C7t
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Neonato sano (DRG 391) con degenza >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 o 62 • DRG 391 • Durata ricovero >4gg <p>Esclusioni: nessuna</p>
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	V. quesito
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale correzione SDO.

Controllo	C9 – DRG anomali-incoerenti
Codice	C9
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	DRG cosiddetti "anomali" (469 e 470) o "mal definiti" o "incoerenti" (424, 468, 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
Dimensione del campione	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
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale correzione SDO.

Controllo	C10 – DH senza procedure
Codice	C10
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Se non è stata erogata alcuna prestazione, verosimilmente il DH è inappropriato.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Se non è stata erogata alcuna prestazione, abbattimento 100%; Se sono state erogate solo prestazioni “ambulatoriali”, abbattimento del 40%.

Controllo	C11 – Casuale puro senza stratificazioni
Codice	C11
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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
Dimensione del campione	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% per HSP11 bis e 5% per reparto.
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
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale correzione della SDO e/o abbattimento seguendo le regole generali.

Controllo	C13 – Artrodesi vertebrale
Codice	C13
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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 artroprotesi (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, 546 <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%
Dimensione del campione	Estrarre al massimo 200 SDO per struttura (stesso codice HSP11).
Indicazioni per la valutazione	<p>Verificare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le indicazioni all'intervento chirurgico • la corrispondenza dei codici intervento con il verbale operatorio • la coerenza del codice diagnosi principale con il quadro clinico (es. 737.32 scoliosi idiopatica progressiva vs. altri tipi di scoliosi).
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale correzione della SDO. Abbattimento del 40% per inappropriatezza clinica.

Nota: rispetto alla versione precedente è stato aggiunto il DRG 546 nei criteri di estrazione al fine di controllare casi con possibile sovra codifica legata all'utilizzo improprio del codice diagnosi 737.32.

Controllo	C14 – Artroprotesi di anca o ginocchio in elezione
Codice	C14
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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
Dimensione del campione	Sono sottoposti a verifica il 10% dei casi per struttura (HSP11)
Indicazioni per la valutazione	<p>Verificare la presenza in cartella dell'evidenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sintomatologia (dolore cronico intrattabile, disabilità, ecc.) • radiologica di artrosi medio-grave • fallimento terapia conservativa <p>Per la PTA verificare, inoltre, la presenza nella SDO dei codici relativi al tipo di protesi impiantata (00.74 — 00.77).</p>
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale correzione della SDO. Abbattimento del 40% per inappropriatezza clinica.

Controllo	C15 – Artroplastica e durata intervento <15 minuti
Codice	
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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 e organizzativa
Quesito	Verificare la corrispondenza tra codici intervento e verbale operatorio e l'appropriatezza del regime di erogazione
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
Dimensione del campione	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
Suggerimenti 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)

Controllo	C18 – Codice DP inadatto
Codice	C18
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri con codifica diagnosi principale dubbia
Razionale	Verifica della qualità della codifica.
Quesito	<p>Il codice diagnosi inserito in posizione principale non appare indicato in quanto:</p> <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
Dimensione del campione	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
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale ricodifica e motivazione del ricovero, oppure abbattimento del 40% in caso di inappropriata organizzativa.

Controllo	C19 – Ricoveri con Classe Priorità (1, 2, 3) per il recupero delle Liste di Attesa
Codice	C19
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri con Classe Priorità: '1', '2', '3' per il recupero delle Liste di Attesa
Razionale	Monitorare la casistica a seguito dell'introduzione dei nuovi codici nel corso del 2021
Quesito	Ricoveri con Classe di Priorità particolari (istituiti nel 2021) per la riduzione delle Liste di Attesa. Verificare l'appropriatezza organizzativa nella gestione del ricovero, valutando la coerenza tra bisogno assistenziale e regime di erogazione (day surgery piuttosto che regime ordinario)
Criteri di estrazione	<ul style="list-style-type: none"> • Reparti per acuti • Classe priorità: '1', '2', '3'
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Valutare: <ul style="list-style-type: none"> • la pertinenza con il recupero delle liste di attesa (inclusione nel finanziamento ad hoc); • l'appropriatezza del regime di erogazione
Documentazione da verificare	Cartella clinica e <ul style="list-style-type: none"> • per le ASR coerenza con il programma aziendale per il recupero delle liste di attesa • per le strutture private accreditate gli accordi o le convezioni stipulate
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento della tariffa del 100% se il ricovero non è correlato al finanziamento aggiuntivo per il recupero delle liste di attesa. Applicazione della tariffa del regime inferiore in caso di inappropriatezza erogativa.

Controllo	C22 – Ricovero Covid-19 con DP a rischio inappropriatezza
Codice	C22
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri in acuzie covid-19 con diagnosi principale 043.xx
Razionale	Verificare l'appropriatezza di codifica
Quesito	Esplicitare le indicazioni cliniche e motivare la scelta del regime assistenziale
Criteri di estrazione	<ul style="list-style-type: none"> • DP = 043.xx • Reparti per acuti • Regime = 1 (RO) • Degenza >=7
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	<p>I codici diagnosi 043.xx sono accettabili in diagnosi principale nel caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di infezione da SARS-Cov-2 e complicazione settica (995.91 o 995.92) • covid-19 pauci-asintomatico e ricovero prudenziale per le comorbilità di cui è affetto il paziente <p>Vedere nota regionale 6814 del 23/02/2021.</p>
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale ricodifica e motivazione del ricovero, oppure abbattimento del 40% in caso di inappropriatezza organizzativa.

Controllo	PA1 – Ricoveri ordinari brevi in post acuzie
Codice	PA1
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	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)
Dimensione del campione	Tutti i casi.
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
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento del 40% in caso di inappropriatezza.

Controllo	PA4 – Ricoveri in post acuzie senza interventi
Codice	PA4
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri in reparti di post acuzie (codici disciplina 28, 56, 60 e 75) 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
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	V. quesito
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti 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.

Controllo	PA6 – Ricoveri in post acuzie oltre soglia
Codice	AP6
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	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"> • Disciplina di dimissione: 56 o 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) • con progressivo disciplina dimissione 40, 41, 42, ...
Dimensione del campione	Estrazione di un max. di 50 SDO per struttura
Indicazioni per la valutazione	V. quesito
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento delle giornate per le quali in cartella clinica manchi l'evidenza dell'attività fisioterapica prevista dal PRI, escludendo quelle ove vi siano comprovati fattori controindicanti l'effettuazione della terapia riabilitativa.

Controllo	PA8 – Riabilitazione in disciplina 56 e 60 per post covid-19
Codice	PA8
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri riabilitativi post covid-19 con diagnosi 359.81 Miopatia in malattia critica, 357.82 Polineuropatia in malattia critica, V12.04 Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2, V49.84 Condizione di allettamento
Razionale	Verifica dell'appropriatezza di codifica
Quesito	Esplicitare le indicazioni cliniche e motivare la scelta del regime assistenziale.
Criteri di estrazione	<ul style="list-style-type: none"> • Reparto 56 o 60 • Regime = 1 (RO), 2 (DH) • Provenienza qualsiasi • Diagnosi in qualsiasi posizione: 359.81, 357.82, V12.04, V49.84 <p>Escludere le SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparto 56.4 (riabilitazione psichiatrica)
Dimensione del campione	Sono sottoposti a verifica il 20% dei casi per struttura.
Indicazioni per la valutazione	Verificare: <ul style="list-style-type: none"> • la documentazione autorizzativa • il rationale circa la necessità del ricovero riabilitativo
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento del 100% in caso di inappropriatezza clinica e del 40% se vi è inappropriatezza organizzativa.

Hanno collaborato

- Anna Maria Orlando (Assessorato alla sanità)
- Barbara Mitola (Commissione regionale)
- Ferruccio Fontan (Commissione regionale)
- Orazio Barresi (Commissione regionale)
- Paola Sguazzi (Commissione regionale)
- Virginio Giordanello (Commissione regionale)
- Claudio Plazzotta (Commissione regionale)
- Luigia Salamina (Commissione regionale)
- Carlo Macchiolo (Commissione regionale)
- Gruppo tecnico del CSI

Si ringraziano gli specialisti delle varie discipline che hanno aiutato la Commissione.