Codice A1414E
D.D. 30 agosto 2024, n. 582
Attività di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. Piano Annuale dei Controlli 2024.

ATTO DD 582/A1414E/2024 DEL 30/08/2024

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
A1400B - SANITA'
A1414E - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari

OGGETTO: Attività di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. Piano Annuale dei Controlli 2024.

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 inappropriatezza individuate 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 inappropriatezza 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 inappropriatezza 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 dell’anno precedente effettuati in base al Piano dei Controlli definito con D.D. 1456 del 10.7.2023.

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

La Commissione Tecnica Regionale (CTR) prevista dalla DGR 14-4699 del 25/02/2022, la cui composizione è stata da ultimo aggiornata con la D.D. 233 del 2.4.2024, ha predisposto il Piano Annuale dei Controlli 2024, allegato alla presente determinazione quale parte integrante e sostanziale, che si propone alla approvazione.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento, ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024;

LA DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- L. 23 dicembre 2000 n. 388;
- DPCM 12 gennaio 2017;
- DM 10 dicembre 2009;
- L. R. 1 agosto 2024, n. 20;
- DGR 11 novembre 2013, n. 35-6651;
- DGR 11 gennaio 2019, n. 23-8286;
- DGR 25 febbraio 2022, n. 14-4699;
- D.G.R. 2 agosto 2024, n. 46-117;
- D.D. n. 1428 del 29.7.2022;

DETERMINA

1. di approvare il documento tecnico “Piano Annuale dei Controlli 2024“ allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

2. di stabilire che il nuovo sistema di controlli di cui al documento allegato sia applicato a partire dai dimessi dal 30 settembre 2024;

3. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

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.

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

LA DIRIGENTE (A1414E - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari)
Firmato digitalmente da Isabella Silvia Martinetto

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire [1], archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. PAC_2024-agosto2024_V01.pdf Allegato

1 L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità
Piano annuale dei controlli 2024

Sommario

Glossario 4
Responsabilità e compiti 5
ASR....5
Nuclei di controllo....5
Strutture di ricovero....6
Modalità operative dei controlli 7
Correzioni....8
Abbattimenti....8
Controversie....8
Controlli esterni....8
Scadenze e rinvii SDO 9
Tipologia dei controlli 10
Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche – SDO relativi a prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza....10
Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche – SDO con criterio di casualità....10
Livelli dei controlli....10
Abbattimenti tariffari 12
Abbattimenti automatici-differiti....12
Esiti dei controlli di terzo Livello 13
Elenco dei controlli 14
Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche -SDO relativi a prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza....15
Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche -SDO con criterio di casualità....16
Regole generali 18
Risultati attività di controllo anno 2023 19
Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche -SDO relativi a prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza....20
Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche -SDO con criterio di casualità....22
Schede controlli 26
Schede controlli di appropriatezza 27
A1d – Meniscectomia età >55 anni....28
A2d – DRG con tasso ospedalizzazione elevato....29
A3 – Parti cesarei....30
A4a – RO medici 1 gg e DH diagnostici....31
A6 – Ricoveri per malattie cutanee 1-3 gg....32
A7b – Ricoveri chirurgici programmati brevi....33
A8c – DRG chirurgici a rischio inappropriatezza....34
A8m – DRG medici a rischio inappropriatezza....37
A9 – Uso codici diagnosi tumore in acuzie....38
A11 – Ricoveri ordinari successivi 8-30 gg....39
A12 – DRG alto costo....40
A13 – Interventi eseguibili in regime ambulatoriale....41
A14 – DRG alta complessità in mobilità interregionale....43
A15 – Laser terapia per varici arti inferiori....46
A16 – Intervento per varici arti inferiori asintomatiche....47
A17 – Ablazione transcatetere cardiaca....48
A18 – Ricoveri con allettamento in DP....49
A19 – Ricoveri con DRG 567 o DRG 569....50
AP2 – Ricoveri RRF in reparti 02....51
AP3 – Ricoveri successivi in post acuzie stessa struttura....52
AP5 – Ricoveri successivi in post acuzie diversa struttura....53
AP7 – Verifica provenienza ricoveri in disciplina 56 o 60....54
AP8 – Diagnosi principale di tumore in disciplina 56 o 60....55
AP9 – Ricoveri consecutivi con reparto scambiatore....56

Schede controlli casuali 57
C2 – Ricoveri brevi con DRG complicato....58
C4a – Ricoveri brevi con DRG chirurgico basso peso....59
C4b – DRG 234....60
C4c – Ricoveri chirurgici programmati in RO di 2 gg....61
C7g – Tumori a comportamento incerto....63
C7h – Tumori di natura non specificata....64
C7i – Postumi in diagnosi principale....65
C7n – DRG 410-412 senza chemioterapia....66
C7o – TSO non in disciplina 40....67
C7p – Ricovero con DP V64....68
C7r – Neonato patologico con degenza <4 gg....69
C7t – Neonato sano con degenza >4 gg....70
C9 – DRG anomali-incoerenti....71
C10 – DH senza procedure....72
C11 – Casuale puro senza stratificazioni....73
C13 – Artrodesi vertebrale....74
C14 – Artroprotesi di anca o ginocchio in elezione....75
C15 – Artroplastica e durata intervento ≤30 minuti....76
C18 – Codice DP inadatto....77
C19 – Ricoveri con Classe Priorità (1, 2, 3) per il recupero delle Liste di Attesa....78
C22 – Ricovero Covid-19 con DP a rischio inappropriatezza....79
C23 – Ricoveri ordinari consecutivi in acuzie....80
PA1 – Ricoveri ordinari brevi in post acuzie....81
PA4 – Ricoveri in post acuzie senza interventi....82
PA6 – Ricoveri in post acuzie oltre soglia....83
PA8 – Riabilitazione in disciplina 56 e 60 con diagnosi di malattia critica....84
PA9 – Ricovero in disciplina 56 dimessi lunedì....85
Schede controlli NCAO 86
Attività Ambulatoriale 87
Tipologia dei Controlli....87
Controlli su specifiche prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Complessa....87
In particolare i NCA procederanno a verificare un campione di cartelle di Chirurgia Ambulatoriale Complessa per valutare l'appropriatezza prescrittiva, di codifica e di regime assistenziale....87
Criteri di appropriatezza....87
Analisi e controllo Mobilità Passiva Aziendale 88
Azioni di analisi/verifica /monitoraggio sul fronte della domanda (appropriatezza prescrittiva, percorsi, accessibilità) e sul fronte dell'offerta (capacità produttiva)....89

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.
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 Sanitari 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 inappropriatezza od opportunismo.

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 • 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, da tenere agli atti presso l'ASR;
- inviare alla direzione aziendale una relazione annuale sull'attività di controllo, circostanziando eventuali fenomeni di inappropriatezza 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.

Gli esiti dei controlli devono essere registrati mediante l'applicativo SDO3liv, reperibile presso il seguente indirizzo web:

> **https://servizi.regione.piemonte.it/catalogo/sdo3liv-controlli-monitoraggi-sdo-iii-livello.**

Nella stessa pagina web sono scaricabili il manuale d'uso ed il modulo per la richiesta delle credenziali.

Successivamente alla chiusura definitiva dei verbali (click sul tasto virtuale "salva seduta"), il CSI provvederà ad effettuare il ricalcolo del valore post verifica.

Con l'avvio della nuova piattaforma non sarà più necessario inviare alcun file Excel alla casella di posta regionale perché le registrazioni sono acquisite a sistema 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 20 cartelle-SDO per periodo 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 DGR regionale. Tali scadenze possono essere prorogate in caso di eventi eccezionali e imprevisti 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 scadenze previste.

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.

Le **scadenze per la competenza 2024** sono sempre disponibili in consultazione sull'applicativo:

Campionamento SDO	Acquisizione SDO nel database CSI	Scadenza
Primo periodo	01.02.2024 – 30.04.2024	31/07/2024
Secondo periodo	01.05.2024 – 31.07.2024	31/10/2024
Terzo periodo	01.08.2024 – 30.11.2024	27/01/2025
Quarto periodo	01.12.2024 – 27.01.2025	28/02/2025

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 qualità e appropriatezza su cartelle cliniche – SDO relativi a prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza

Per allestire il campione di cartelle-SDO contenenti prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, 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 inappropriatezza[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]

Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche – SDO con criterio di casualità

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.

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

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.

Le loro specifiche sono dettagliate nel Disciplinare Tecnico (cosiddetto “Verdone”) reperibile al seguente indirizzo web:

https://www.servizi.piemonte.it/srv/flussi-informativi-regionali/sdo.shtml

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 inappropriatezza, 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. 17-4167del 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 della Valorizzazione") e relativi allegati sono pubblicati nella sezione di Sistema Piemonte dedicata alle SDO al seguente indirizzo:

https://www.servizi.piemonte.it/srv/flussi-informativi-regionali/sdo.shtml

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: • 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 riguarda l'intero ricovero di post acuzie, il nucleo di controllo deve scegliere una delle altre opzioni di abbattimento.

Elenco dei controlli

I **controlli di qualità e appropriatezza** su cartelle cliniche -SDO relativi a prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza sono configurati in modo da individuare situazioni a rischio di inappropriatezza organizzativa o clinica e l'estrazione riguarda almeno il 2,5% del totale delle SDO regionali.

Per i **controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche SDO con criteri di casualità** 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.

Sulla scorta dell'analisi dell'esperienza degli anni precedenti, sono adottati i seguenti controlli, tutti elaborabili mensilmente.

Sono evidenziati i controlli che hanno subito modifiche e quelli introdotti ex novo.

Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche -SDO relativi a prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza

Controllo	Variazioni
A1d – Meniscectomia età >55 anni	modificato
A2d – DRG con tasso ospedalizzazione elevato	
A3 – Parti cesarei	
A4a – RO medici 1 gg e DH diagnostici	
A6 – Ricoveri per malattie cutanee 1-3 gg	modificato
A7b – Ricoveri chirurgici programmati brevi	
A8c – DRG chirurgici a rischio inappropriatezza	
A8m – DRG medici a rischio inappropriatezza	
A9 – Uso codici diagnosi tumore in acuzie	
A11 – Ricoveri ordinari successivi 8-30 gg	
A12 – DRG alto costo	
A13 – Interventi eseguibili in regime ambulatoriale	
A14 – DRG alta complessità in mobilità interregionale	modificato
A15 – Laser terapia per varici arti inferiori	
A16 – Intervento per varici arti inferiori asintomatiche	
A17 – Ablazione transcatetere cardiaca	nuovo
A18 – Ricoveri con allettamento in DP	nuovo
A19 - Ricoveri con DRG 567 o DRG 569	nuovo
AP2 – Ricoveri RRF in reparti 02	nuovo
AP3 – Ricoveri successivi in post acuzie stessa struttura	
AP5 – Ricoveri successivi in post acuzie diversa struttura	
AP7 – Verifica provenienza ricoveri in disciplina 56 o 60	
AP8 – Diagnosi principale di tumore in disciplina 56 o 60	
AP9 – Ricoveri consecutivi con reparto scambiatore	

Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche -SDO con criterio di casualità

Controllo	Variazioni
C2 – Ricoveri brevi con DRG complicato	modificato
C4a – Ricoveri brevi con DRG chirurgico basso peso	
C4b – DRG 234	
C4c – Ricoveri chirurgici programmati in RO di 2 gg	nuovo
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 con DP V64	modificato
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 ≤30 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	
C23 – Ricoveri ordinari consecutivi in acuzie	
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 e 60 con diagnosi di malattia critica	modificato
PA9 – Ricovero in disciplina 56 dimessi lunedì	nuovo

Le segnalazioni pervenute circa l'inappropriatezza di codifica e l'osservazione di alcuni comportamenti possibilmente anomali hanno indotto a modificare alcuni controlli esistenti e a crearne di nuovi:

- **A1d – Meniscectomia età >55 anni**
  Modificato -> la durata dell'intervento viene estesa a 30 minuti
- **A6 – Ricoveri per malattie cutanee 1-3 gg:**
  Modificato -> inserite procedure 86.4
- **A14 – DRG alta complessità in mobilità interregionale:**
  Modificato -> inserite precisazioni per abbattimenti
- **A17 – Ablazione transcatetere cardiaca:**
  Nuovo - > introdotto per verificare le ablazioni cardiache
- **A18 – Ricoveri con allettamento in DP:**
  Nuovo -> introdotto per verificare la corretta codifica in presenza di DP di allettamento (V49.84)
- **A19 - Ricoveri con DRG 567 o DRG 569:**
  Nuovo -> introdotto per la verifica di codifica
- **AP2 - Ricoveri RRF in reparti 02:**
  Nuovo -> introdotto per la corretta valutazione dei ricoveri RRF in DH in reparti di day hospital anche alla luce della gestione di tali ricoveri introdotta dal DM del 2023

- **C2 - ricoveri brevi con DRG complicato**:
  Modificato -> eliminato il controllo per il regime 3 - ODS
- **C4c – Ricoveri chirurgici programmati in RO di 2 gg:**
  Nuovo -> limitato ai DRG a rischio di inappropriatezza
- **C7p – Ricovero con DP V64:**
  Modificato - > esteso il controllo anche ai ricoveri urgenti
- **PA8 – Riabilitazione in disciplina 56 e 60 con diagnosi di malattia critica:**
  Modificato -> eliminata diagnosi di allettamento V49.84
- **PA9 – Ricovero in disciplina 56 dimessi lunedì:**
  Nuovo -> inserito per monitorare la correttezza organizzativa nelle dimissioni del lunedì dai reparti RRF di I e II livello

Regole generali

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

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

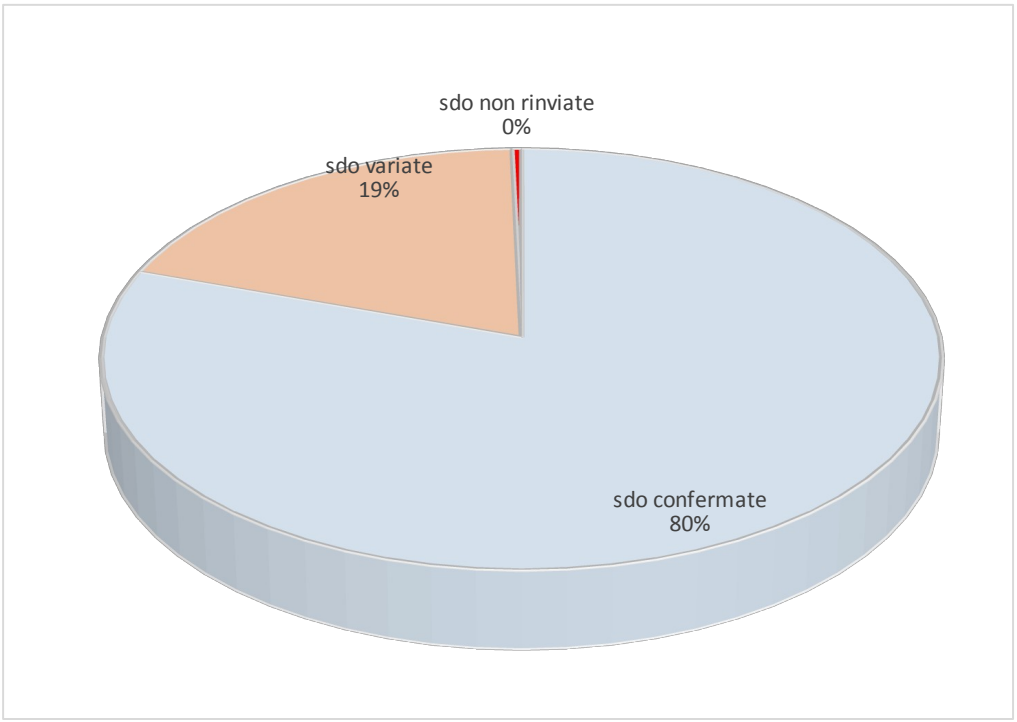
Risultati attività di controllo anno 2023

Si rappresentano i risultati dell'attività di controllo per l'anno 2023 per le due categorie:

- Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche - SDO relativi a prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza
- Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche - SDO con criterio di casualità

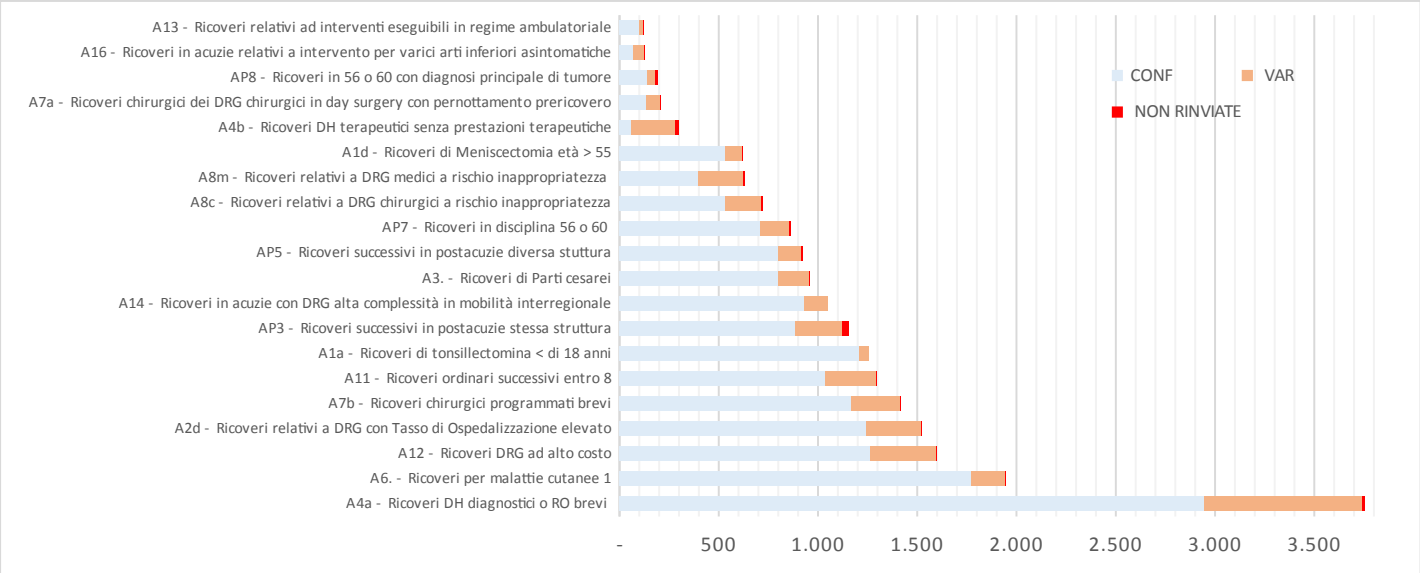
In tabella si riportano i volumi di SDO interessate suddivise per esito del controllo e nel grafico la suddivisione %
si precisa che per l'analisi dei dati sono stati utilizzati i numeri dei controlli eseguiti che pertanto risultano leggermente superiori al numero delle cartelle cliniche controllate.

Controllo	Confermate	Variate	Non reinviate	TOT
Alto rischio di inappropriatezza	16.723	3.811	119	20.653
Criterio di casualità	49.670	12.177	214	62.061
TOTALE	66.393	15.988	333	82.714

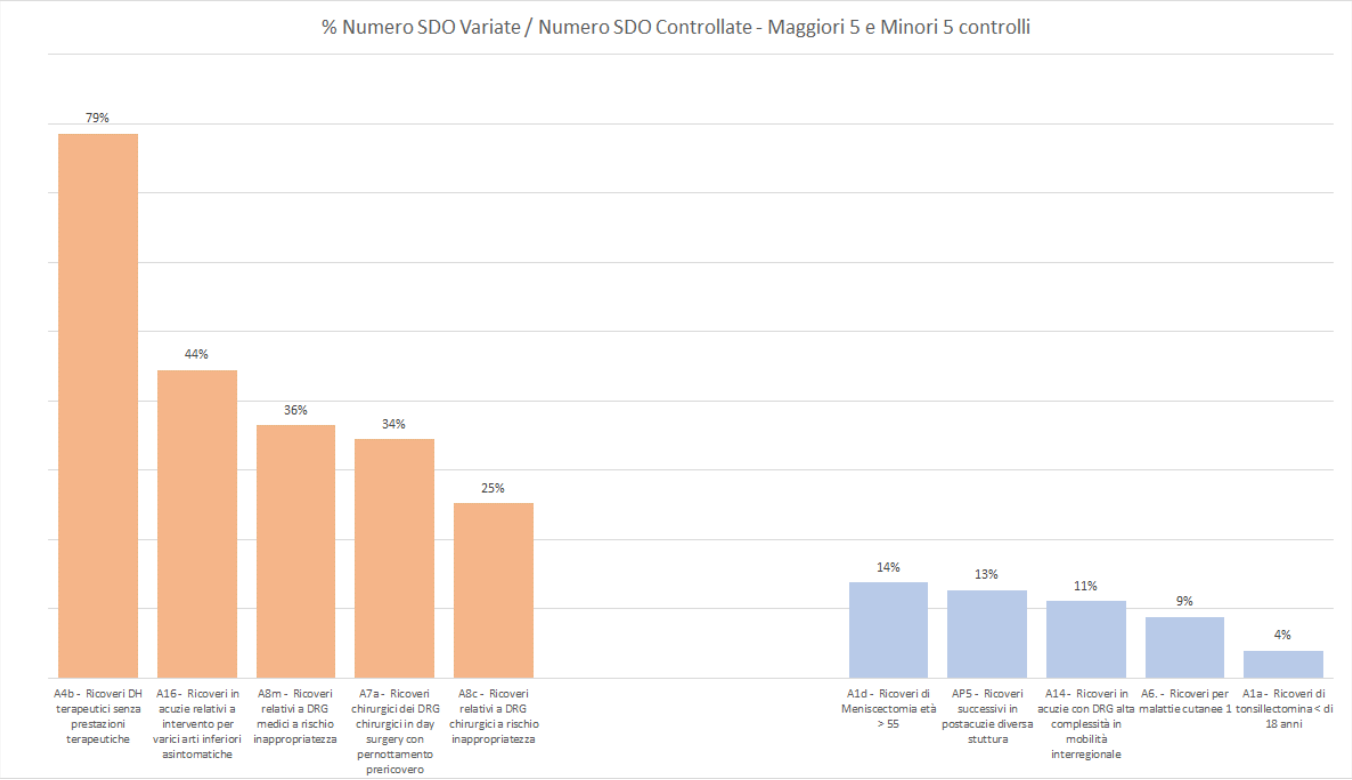


Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche -SDO relativi a prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza

Il controllo con il maggior numero di SDO verificate è stato A4a – Ricoveri DH diagnostici o RO brevi mentre quello con il minor numero A13 – Ricoveri relativi ad interventi eseguibili in regime ambulatoriale

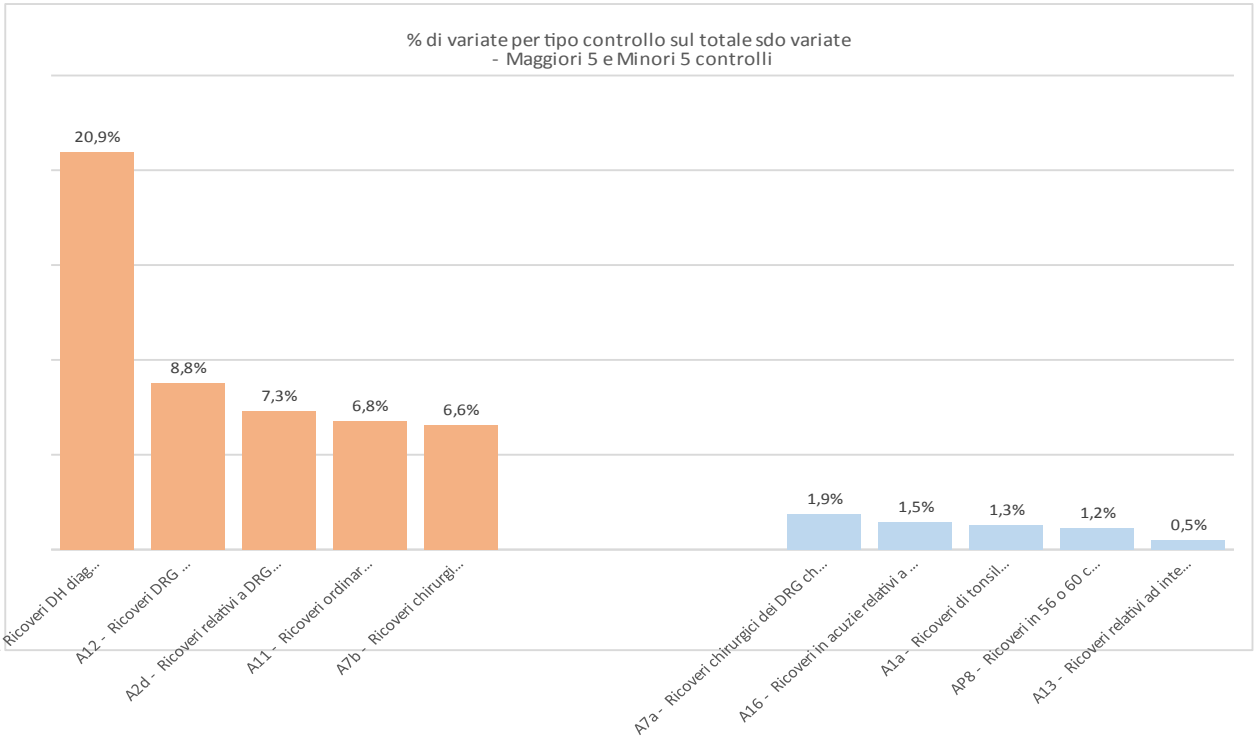


Nel grafico e nelle tabelle sono riportati i primi 5 controlli con la percentuale maggiore in arancio e minore in azzurro di SDO variate a seguito delle verifiche effettuate.



Primi 5 controlli maggiori % di SDO Variate rispetto al numero di SDO controllate		sdo controllate		sdo variate		% sdo variate	
		num	valore	num	valore	num	valore
A4b	A4b - Ricoveri DH terapeutici senza prestazioni terapeutiche	280	110.503	220	94.548	**78,6%**	85,6%
A16	A16 - Ricoveri in acuzie relativi a intervento per varici arti inferiori asintomatiche	126	195.529	56	82.574	**44,4%**	42,2%
A8m	A8m - Ricoveri relativi a DRG medici a rischio inappropriatezza	623	490.649	227	305.317	**36,4%**	62,2%
A7a	A7a - Ricoveri chirurgici dei DRG chirurgici in day surgery con pernottamento pre ricovero	206	197.448	71	74.704	**34,5%**	37,8%
A8c	A8c - Ricoveri relativi a DRG chirurgici a rischio inappropriatezza	714	1.002.662	180	391.678	**25,2%**	39,1%
Primi 5 controlli minori % di SDO Variate rispetto al numero di SDO controllate		sdo controllate		sdo variate		% sdo variate	
		num	valore	num	valore	num	valore
A1d	Ricoveri di Meniscectomia età > 55	617	1.115.623	85	163.175	**13,8%**	14,6%
AP5	Ricoveri successivi in postacuzie diversa struttura	916	4.831.060	116	615.955	**12,7%**	12,7%
A14	Ricoveri in acuzie con DRG alta complessità in mobilità interregionale	1.050	9.656.376	116	1.187.946	**11,0%**	12,3%
A6.	Ricoveri per malattie cutanee 1	1.942	3.393.056	171	376.480	**8,8%**	11,1%
A1a	Ricoveri di tonsillectomina < di 18 anni	1.255	856.128	49	64.801	**3,9%**	7,6%

Analizzando i volumi di SDO variate si riporta nel grafico i primi 5 controlli con la % maggiore e i primi 5 con la % minore rispetto al totale di cartelle variate a seguito di segnalazione.

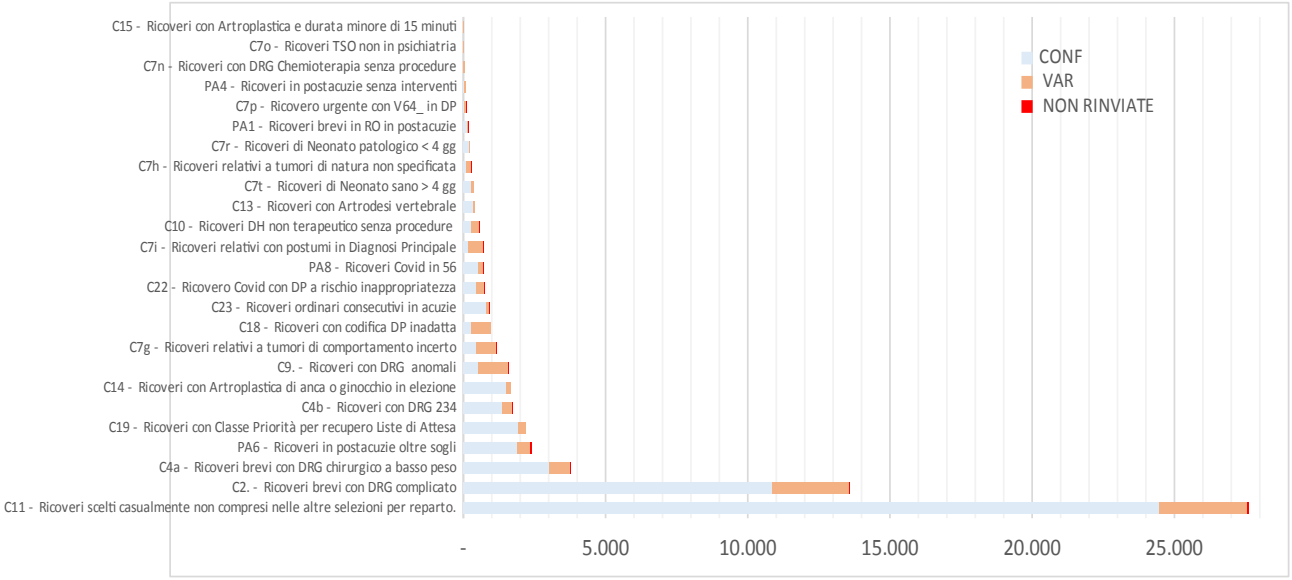


Primi 5 controlli % maggiori di variate sul totale di variate	sdo controllate		sdo variate		
	num	valore	num	valore	% var su tot
A4a - Ricoveri DH diagnostici o RO brevi	3.743	881.755	798	245.531	20,9%
A12 - Ricoveri DRG ad alto costo	1.597	31.343.087	335	5.570.942	8,8%
A2d - Ricoveri relativi a DRG con Tasso di Ospedalizzazione elevato	1.520	6.567.471	278	1.109.698	7,3%
A11 - Ricoveri ordinari successivi entro 8	1.293	6.726.217	258	1.406.960	6,8%
A7b - Ricoveri chirurgici programmati brevi	1.417	8.507.495	250	1.380.637	6,6%

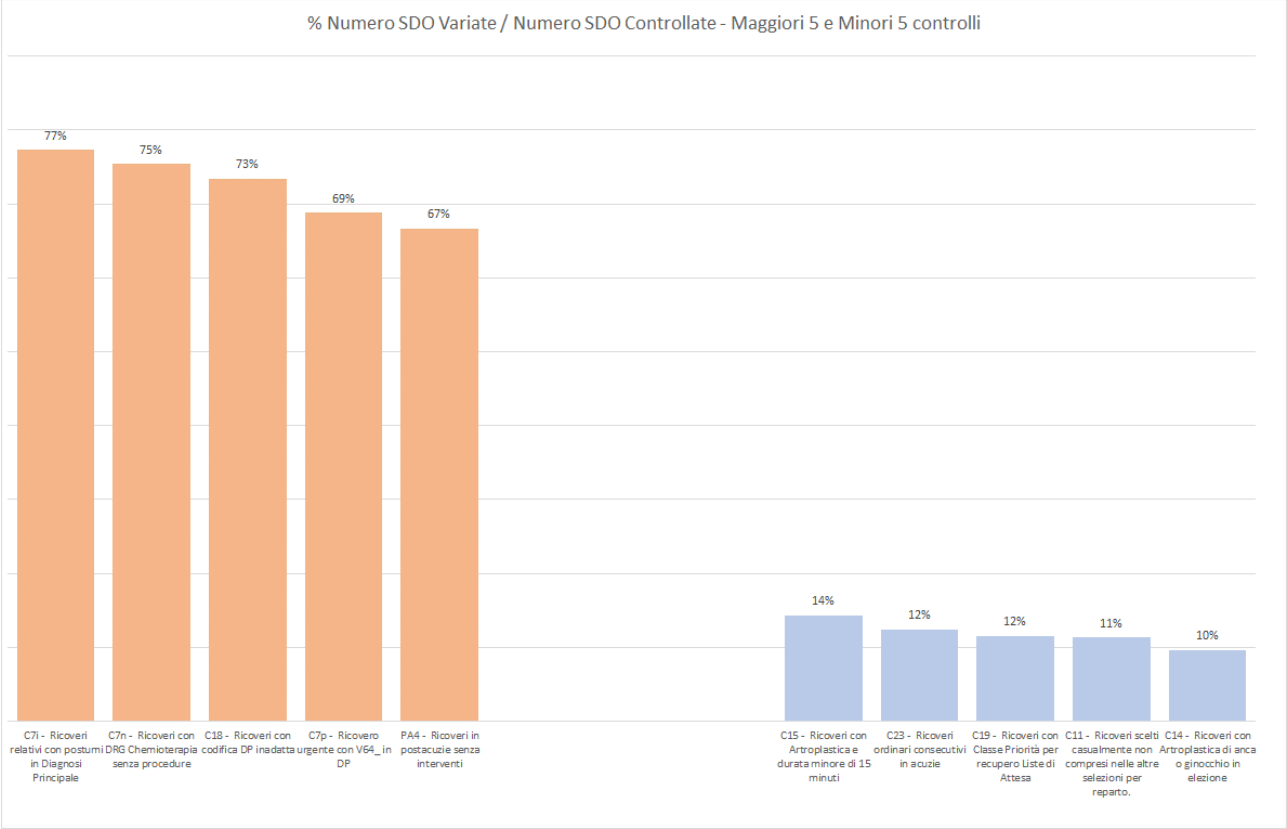
Primi 5 controlli % minori di Variate sul totale di variate	sdo controllate		sdo variate		
	num	valore	num	valore	num
A7a - Ricoveri chirurgici dei DRG chirurgici in day surgery con pernottamento prericovero	206	197.448	71	74.704	1,9%
A16 - Ricoveri in acuzie relativi a intervento per varici arti inferiori asintomatiche	126	195.529	56	82.574	1,5%
A1a - Ricoveri di tonsillectomina < di 18 anni	1.255	856.128	49	64.801	1,3%
AP8 - Ricoveri in 56 o 60 con diagnosi principale di tumore	181	878.360	44	144.959	1,2%
A13 - Ricoveri relativi ad interventi eseguibili in regime ambulatoriale	119	164.781	19	24.829	0,5%

Controlli di qualità e appropriatezza su cartelle cliniche -SDO con criterio di casualità

Il controllo con il maggior numero di SDO verificate (escluso il campione casuale C11) C2. – Ricoveri brevi con DRG complicato quello con il minor numero C15 – Ricoveri con Artroplastica e durata minore di 15 minuti

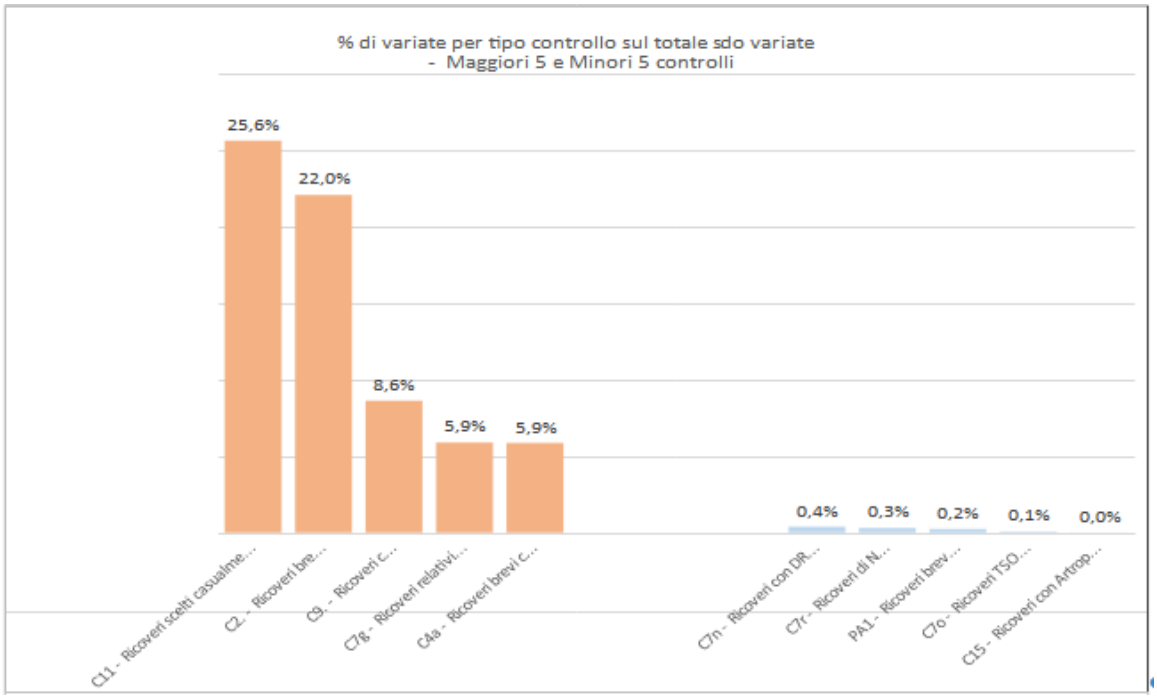


Nel grafico sono riportati i primi 5 controlli con la percentuale maggiore in arancio e minore in azzurro di SDO variate a seguito delle verifiche effettuate.



Primi 5 controlli maggiori % di SDO Variate rispetto al numero di SDO controllate	sdo controllate		sdo variate		% sdo variate	
	num	valore	num	valore	num	valore
C7i - Ricoveri relativi con postumi in Diagnosi Principale	719	1.840.696	556	1.474.992	**77,3%**	80,1%
C7n - Ricoveri con DRG Chemioterapia senza procedure	61	84.375	46	50.310	**75,4%**	59,6%
C18 - Ricoveri con codifica DP inadatta	954	3.376.831	700	2.513.743	**73,4%**	74,4%
C7p - Ricovero urgente con V64_ in DP	93	60.233	64	116.071	**68,8%**	192,7%
PA4 - Ricoveri in postacuzie senza interventi	90	199.687	60	170.694	**66,7%**	85,5%
Primi 5 controlli minori % di SDO Variate rispetto al numero di SDO controllate	sdo controllate		sdo variate		% sdo variate	
	num	valore	num	valore	num	valore
C15 - Ricoveri con Artroplastica e durata minore di 15 minuti	7	10.116	1	1.590	**14,3%**	15,7%
C23 - Ricoveri ordinari consecutivi in acuzie	925	2.962.041	115	386.128	**12,4%**	13,0%
C19 - Ricoveri con Classe Priorità per recupero Liste di Attesa	2.176	6.632.268	251	1.041.961	**11,5%**	15,7%
C11 - Ricoveri scelti casualmente non compresi nelle altre selezioni per reparto.	27.581	101.810.214	3.118	13.480.565	**11,3%**	13,2%
C14 - Ricoveri con Artroplastica di anca o ginocchio in elezione	1.680	14.301.679	162	1.408.028	**9,6%**	9,8%

Analizzando i volumi di SDO variate si riporta nel grafico i primi 5 controlli con la % maggiore e i primi 5 con la % minore rispetto al totale di cartelle variate a seguito di segnalazione.



Primi 5 controlli % maggiori di variate sul totale di variate	sdo controllate		sdo variate		
	num	valore	num	valore	% var su tot
C11 - Ricoveri scelti casualmente non compresi nelle altre selezioni per reparto.	27.581	101.810.214	3118	13.480.565	**25,6%**
C2. - Ricoveri brevi con DRG complicato	13.562	36.046.362	2685	5.859.070	**22,0%**
C9. - Ricoveri con DRG anomali	1.582	9.954.014	1051	5.479.255	**8,6%**
C7g - Ricoveri relativi a tumori di comportamento incerto	1.160	3.817.973	715	2.143.032	**5,9%**
C4a - Ricoveri brevi con DRG chirurgico a basso peso	3.754	8.471.683	713	1.969.827	**5,9%**

Primi 5 controlli % minori di Variate sul totale di variate	sdo controllate		sdo variate		
	num	valore	num	valore	% var su tot
C7n - Ricoveri con DRG Chemioterapia senza procedure	61	84.375	46	50.310	0,4%
C7r - Ricoveri di Neonato patologico < 4 gg	237	928.803	35	109.864	0,3%
PA1 - Ricoveri brevi in RO in postacuzie	163	58.536	28	14.688	0,2%
C7o - Ricoveri TSO non in psichiatria	11	41.380	7	21.911	0,1%
C15 - Ricoveri con Artroplastica e durata minore di 15 minuti	7	10.116	1	1.590	0,0%

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	Suggerimenti per l'applicazione degli eventuali abbattimenti. Comunque si devono applicare le regole generali a giudizio del nucleo di controllo, nel rispetto della normativa vigente.

Schede controlli di appropriatezza

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: • l'origine traumatica o meno • il tipo di lesione meniscale • la sintomatologia • il grado di disabilità • durata della terapia conservativa

Criteri di estrazione	• Reparti per acuti
	• Età al ricovero superiore a 55 anni
	• Codice intervento 80.6 in qualsiasi posizione
	• Regime =
	  ○ 1 (RO) e con degenza inferiore a 4 giorni
	  ○ oppure 2 (DH) o 3 (DS)
	
	Escludere le SDO con 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: • 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 30 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 inappropriatezza clinica.

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	• 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 inappropriatezza clinica od organizzativa.

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	• Se è utilizzato come diagnosi principale il codice 66971 (TC senza menzione dell'indicazione), che secondo le linee guida SDO regionali 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 cardiotocografico 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 • 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	• 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 Escludere le SDO con • 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	**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	• 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: 86.3, 86.01, 86.09, 86.22, 86.25, 86.26, 86.28, 86.59 86.4 • Eventuali altre procedure dovranno essere NON chirurgiche: 8701-8773, 8776-9219, 9301-9309, 9401-9419, 9451-9459, 9501-9549 Escludere le SDO con • modalità di dimissione = 01 (deceduto), 05 (volontaria), 06 – 07 – 08 (trasferimenti)
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
86.4	83.01.1

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	• 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 • modalità di dimissione = 01 (deceduto), 05 (volontaria), 06 – 07 – 08 (trasferimenti))
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	• Reparti per acuti • DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza (v. elenco nazionale) • Regime = 1 (RO) • Tipo ricovero ordinario = 1 o 4 (ricovero programmato) Escludere le SDO con • modalità di dimissione 01 – 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 >=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).

Elenco DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza (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 (eccetto trapianti di cornea)
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 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
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 (codici intervento 85.20 e 85.21)
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 inappropriatezza (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 inappropriatezza**
Codice	A8m
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	DRG medici 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	• Reparti per acuti • DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza (v. elenco nazionale) • Regime = 1 (RO) • Tipo ricovero ordinario = 1 o 4 (ricovero programmato) Escludere le SDO con • modalità di dimissione = 01 – 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 >=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 DH oppure applicazione della tariffa ambulatoriale.

Controllo	**A9 – Uso codici diagnosi tumore in acuzie**
Codice	A9
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri sia ordinari sia diurni in cui la codifica di tumore compare per la terza volta nella storia del medesimo paziente.
Razionale	Verifica dell'appropriatezza di codifica. In genere i tumori in diagnosi principale determinano, a parità di procedure, DRG meglio remunerati. La codifica di tumore in posizione principale è prevista per i ricoveri in cui venga fatta diagnosi (presenza istologico) oppure in cui l'intervento è volto ad asportare la massa (nuovamente istologico). Senza istologico la codifica di tumore è eccezionale. È previsto, per esempio, il ricorso ai codici V di "anamnesi di ..." nel caso in cui un portatore di tumore venga ricoverato per altri trattamenti (es. resezione intestinale palliativa per occlusione da massa tumorale in cui il trattamento chirurgico non è finalizzato all'asportazione del tumore ma alla sola ricanalizzazione del paziente).
Quesito	Nei ricoveri segnalati (sia il ricovero oggetto della segnalazione sia i due precedenti intestati al medesimo paziente) verificare se si sia sempre effettivamente fatto diagnosi o trattamento di tumore (presenza istologico).
Criteri di estrazione	SDO di ricoveri ordinari e diurni, intestate ad un paziente, a cui in precedenza, per almeno due volte (in due SDO), sono state codificate diagnosi di tumore (codici categoria 140 – 208) Oltre alla SDO dell'anno in corso appena estratta, si deve indicare i numeri SDO dei precedenti ricoveri per tumore che devono sottostare al medesimo controllo. • Stesso paziente • Stessa categoria di codice diagnosi di tumore presente in posizione principale in tre o più ricoveri consecutivi
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 >=10%, estrarre tutte le SDO.
Indicazioni per la valutazione	Esulano dal controllo codifiche di diagnosi e trattamenti di tumori di natura diversa e delle MTS nel medesimo paziente.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	La correzione con ricodifica appropriata determina una rivalorizzazione automatica del ricovero perché cambia il DRG (no abbattimento). Nel caso la codifica inappropriata sia relativa alle SDO di uno dei ricoveri precedenti (non più abbattibili) l'abbattimento potrà essere ribaltato sulla SDO dell'anno in corso senza peraltro effettuare alcuna correzione di codifica.

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	• 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: • 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 inappropriatezza 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	Verificare la durata della degenza e il numero di giornate-accessi in caso di DH. Se DRG con CC: • 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	• 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 • reparto 97 (detenuti)
Dimensione del campione	Con i criteri indicati sopra estrarre le SDO relative a: • 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). 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 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	• 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 • Inizio intervento antecedente le ore 15
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
0831 Correzione di blefaroptosi con intervento sui muscoli frontali, con sutura	08.30.1
0833 Correzione di blefaroptosi con resezione o avanzamento del muscolo elevatore o sua aponeurosi	08.30.1
0838 Correzione di retrazione della palpebra	08.38.A
0844 Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra	08.44
7756 Riparazione di dito a martello	7756
7860 Rimozione di dispositivo impiantato, sede non specificata	78.60
7861 Rimozione di dispositivo impiantato da scapola, clavicola e torace (coste e sterno)	78.60
7862 Rimozione di dispositivo impiantato dall'omero	78.60
7863 Rimozione di dispositivo impiantato da radio e ulna	78.60
7864 Rimozione di dispositivo impiantato da carpo e metacarpo	78.60
7865 Rimozione di dispositivo impiantato dal femore	78.60
7866 Rimozione di dispositivo impiantato dalla rotula	78.60
7867 Rimozione di dispositivo impiantato da tibia e fibula	78.60
7868 Rimozione di dispositivo impiantato da tarso e metatarso	78.60
7869 Rimozione di dispositivo impiantato da altre ossa	78.60

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 anestesiologica 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 anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.
- **08.30.1 Correzione di blefaroptosi**. Incluso: visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo
- **08.38.A Correzione di retrazione della palpebra.** Incluso: visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo
- **08.44 Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra** - Riparazione di ectropion con innesto o lembo
- **77.56 Riparazione di dito a martello/artiglio** (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
- **78.60 Rimozione di dispositivo ortopedico impiantato, con sede non specificata.** Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo

Controllo	**A14 – DRG alta complessità in mobilità interregionale**
Codice	A14
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri afferenti a DRG ad alta complessità con degenza inferiore a 4 giorni per residenti in altre regioni italiane.
Razionale	Verifica dell'appropriatezza (Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria).
Quesito	Valutare la coerenza dei codici diagnosi e intervento con il quadro clinico e se vi siano fenomeni di sovra codifica.
Criteri di estrazione	• Reparti per acuti • DRG alta complessità (vedi tabella) • Giornate di degenza <4 • Regione di residenza 020–200 Escludere modalità di dimissione 01 (deceduto) e 06 (trasferimento ad altra struttura di acuzie).
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Verificare la coerenza tra: 1 codici diagnosi e quadro clinico descritto in cartella; 2 codice intervento e verbale operatorio ed evidenza di eventuali dispositivi impiantati; 3 organo-apparato (MDC) oggetto dell'intervento e reparto di dimissione.
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), oppure applicazione della tariffa DH, oppure applicazione l'abbattimento del 40%.

Elenco DRG alta complessità

MDC	DRG	Tipo	Descrizione
1	001	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC
1	002	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC
1	003	C	Craniotomia, età < 18 anni
1	007	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
1	528	C	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia
1	529	C	Interventi di anastomosi ventricolare con CC
1	530	C	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC
1	531	C	Interventi sul midollo spinale con CC
1	532	C	Interventi sul midollo spinale senza CC
1	543	C	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale
3	049	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo
4	075	C	Interventi maggiori sul torace
4	076	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC
4	565	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore
5	104	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
5	105	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza

MDC	DRG	Tipo	Descrizione
			cateterismo cardiaco
5	106	C	Bypass coronarico con PTCA
5	108	C	Altri interventi cardiotoracici
5	110	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC
5	111	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
5	515	C	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco
5	525	C	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca
5	535	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
5	536	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
5	547	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
5	548	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
5	549	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
5	550	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
5	551	C	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
6	146	C	Resezione rettale con CC
6	147	C	Resezione rettale senza CC
6	149	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
6	156	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni
6	569	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
6	570	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
7	191	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
7	192	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC
7	193	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
8	471	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori
8	491	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
8	496	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
8	497	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
8	498	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
8	519	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC
8	520	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
8	544	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
8	545	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
8	546	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
10	286	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi
11	302	C	Trapianto renale
11	303	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia
11	304	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
11	573	C	Interventi maggiori sulla vescica
13	353	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale
13	357	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi
15	386	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio
15	387	M	Prematurità con affezioni maggiori
17	401	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC
17	403	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC
17	405	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni
17	406	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori

MDC	DRG	Tipo	Descrizione
			con CC
17	473	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni
17	539	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC
18	575	M	Setticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni
18	578	C	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico
21	442	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC
22	504	C	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore con innesto di cute
22	505	M	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore senza innesto di cute
22	506	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
22	507	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
22	508	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
22	509	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
24	484	C	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti
24	485	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti
24	486	C	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti
25	488	C	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso
PRE	103	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca
PRE	480	C	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino
PRE	481	C	Trapianto di midollo osseo
PRE	495	C	Trapianto di polmone
PRE	512	C	Trapianto simultaneo di pancreas/rene
PRE	513	C	Trapianto di pancreas
PRE	541	C	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore
PRE	542	C	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore

Controllo	**A15 – Laser terapia per varici arti inferiori**
Codice	A15
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Rispetto delle linee guida SDO regionali circa la codifica della laser terapia per le varici dell'arto inferiore.
Razionale	Verifica del rispetto delle linee guida SDO regionali
Quesito	Valutare la correttezza di codifica rispetto a quanto stabilito dalle linee guida SDO regionali
Criteri di estrazione	• Reparti per acuti • Diagnosi principale: 454x • Intervento: 3999 in qualsiasi posizione • DRG: 479 • Degenza: <3 giorni Escludere onere degenza 4 (solventi).
Dimensione del campione	Max 5 casi al mese 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	Per l'occlusione laser percutanea delle vene varicose le linee guida regionali di codifica stabiliscono che deve essere usato il codice intervento 38.89.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Seguire le regole generali.

Controllo	**A16 – Intervento per varici arti inferiori asintomatiche**
Codice	A16
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Rispetto delle linee guida SDO regionali circa la codifica.
Razionale	Verificare l'appropriatezza di codifica e del regime di trattamento.
Quesito	Il codice diagnosi 4549 (varici arti inferiori asintomatiche) di per sé non sembra giustificare 'intervento. Valutare se il quadro clinico sia in realtà patologico oppure se l'intervento sia stato eseguito prevalentemente per motivi estetici.
Criteri di estrazione	• Reparti per acuti • Diagnosi principale: 4549 • DRG: 119 • Regime: 1, 2, 3 • Degenza: <3 giorni Escludere onere degenza 4 (solventi).
Dimensione del campione	Max 5 casi al mese 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	Valutare la coerenza tra quadro clinico e diagnosi principale e, se il caso, correggere con un codice diagnosi più specifico. Verificare se l'intervento è stato eseguito per motivi estetici.
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Correzione in caso di errore di codifica. Abbattimento del 100% se l'intervento è stati eseguito per motivi estetici, poiché non rientra nei LEA.

Controllo	**A17 – Ablazione transcatetere cardiaca**
Codice	A17
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri per ablazioni con diagnosi: '4273n' Fibrillazione e flutter atriali
Razionale	Verificare l'appropriatezza della codifica in merito all'utilizzo di codici non specifici da riservare a procedure a cielo aperto
Quesito	Descrivere la modalità della procedura descritta in cartella clinica se endovascolare/percutanea o se eseguita con tecnica chirurgica (in sala operatoria) approccio a cielo aperto
Criteri di estrazione	• Reparti per acuti • Qualsiasi regime di ricovero • Diagnosi Principale: '4273n' e Intervento: 37.26, 37.33, 37.34, 35.41, 38.65, 35.98, 37.99
Dimensione del campione	Tutti i casi
Indicazioni per la valutazione	Vedi quesito.
Documentazione da verificare	Verificare cartella clinica: • Referto di sala operatoria/atto operatorio • Referto della procedura • Lettera di dimissione
Suggerimenti per gli abbattimenti	Correzione della codifica della SDO nel caso di procedura endovascolare/percutanea in presenza di codici di procedura a cielo aperto: rivalorizzazione dopo correzione della codifica

Controllo	**A18 – Ricoveri con allettamento in DP**
Codice	A18
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri con DP V49.84
Razionale	Verifica dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa
Quesito	Verificare l'appropriatezza clinico-organizzativa dei ricoveri
Criteri di estrazione	• DP = V49.84
Dimensione del campione	Tutti i casi
Indicazioni per la valutazione	Vedi quesito.
Documentazione da verificare	Verificare: • la documentazione autorizzativa • le indicazioni al trattamento in regime di ricovero
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento del 40% in caso di inappropriatezza clinica e/o organizzativa

Controllo	**A19 – Ricoveri con DRG 567 o DRG 569**
Codice	A19
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri acuzie con DRG 567 o DRG 569
Razionale	Verificare l'appropriatezza di codifica e del regime di trattamento.
Quesito	Verificare l'appropriatezza clinico-organizzativa dei ricoveri
Criteri di estrazione	• Reparti per acuti • DRG 567, 569
Dimensione del campione	Max 5 casi al mese 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	Vedi quesito.
Documentazione da verificare	Verificare: • la documentazione della cartella clinica • la correttezza di codifica relativa alle diagnosi gastrointestinali maggiori
Suggerimenti per gli abbattimenti	Seguire le regole generali

Controllo	**AP2 – Ricoveri RRF in reparti 02**
Codice	AP2
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri RRF in DH effettuati in reparti '02' Day Hospital Multispecialistico
Razionale	Verifica dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa
Quesito	Verificare l'appropriatezza clinico-organizzativa dei ricoveri RRF
Criteri di estrazione	• Reparto 02 con disciplina effettiva 56
Dimensione del campione	Tutti i casi
Indicazioni per la valutazione	Vedi quesito.
Documentazione da verificare	Verificare: • la documentazione autorizzativa • le indicazioni al trattamento in regime di ricovero • l'impossibilità di un trattamento in regime ambulatoriale
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento del 40% in caso di inappropriatezza clinica. Applicazione della corrispondente tariffa ambulatoriale in caso di inappropriatezza organizzativa

Controllo	**AP3 – Ricoveri successivi in post acuzie stessa struttura**
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	• Regime = 1 (RO) • Reparto = 56 e 60 • differenza data ricovero episodio successivo – data dimissione episodio precedente =<1 da reparti 56-60 Escludere le SDO con • 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 e qualora fosse necessario è possibile procedere con l'abbattimento del precedente

Controllo	**AP5 – Ricoveri successivi in post acuzie diversa struttura**
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	• Regime = 1 (RO) • Reparto = 56 o 60 • Differenza data ricovero episodio successivo – data dimissione episodio precedente =<16 gg da reparti 56-60 • Le due SDO sono in strutture diverse (diverso HSP11) Escludere le SDO con • 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	**AP7 – Verifica provenienza ricoveri in disciplina 56 o 60**
Codice	AP7
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri in post acuzie 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	• Reparto 56 o 60 • Regime = 1 (RO), 2 (DH) • Provenienza – 03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico – 04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura – 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato – 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato – 08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (…) o da altro regime di ricovero (…) nello stesso istituto di cura – 10 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (…) – 20 = provenienza CAVS Escludere le SDO con reparto di dimissione di riabilitazione psichiatrica o di lungodegenza 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: • la documentazione autorizzativa • le indicazioni al trattamento in regime di ricovero • l'impossibilità di un trattamento in altro regime (residenziale, semiresidenziale, 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.

Controllo	**AP8 – Diagnosi principale di tumore in disciplina 56 o 60**
Codice	AP8
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri riabilitativi (disciplina 56) e ricoveri in lungodegenza (disciplina 60) con diagnosi principale di tumore.
Razionale	Verifica dell'appropriatezza di codifica
Quesito	Esplicitare le indicazioni cliniche e motivare la scelta del regime assistenziale.
Criteri di estrazione	• Reparto 56 o 60 • Regime = 1 (RO), 2 (DH) • Diagnosi principale di tumore maligno (dalla categoria 140 alla 208) Escludere le SDO con • 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: • la documentazione autorizzativa • le indicazioni al trattamento riabilitativo (il razionale circa la necessità del ricovero riabilitativo) • la non eseguibilità in regime ambulatoriale • la congruenza e appropriatezza del codice diagnosi inserito in posizione principale, poiché i codici di neoplasia sono tipicamente codici di acuzie
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Seguire le regole generali.

Controllo	**AP9 – Ricoveri consecutivi con reparto scambiatore**
Codice	AP9
Tipo controllo	Appropriatezza
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Pacchetti di tre o più ricoveri consecutivi con l'utilizzo di un reparto scambiatore avente disciplina 56 o 60.
Razionale	Individuare comportamenti opportunistici (Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria).
Quesito	Verificare l'appropriatezza clinico-organizzativa dei ricoveri consecutivi.
Criteri di estrazione	Criteri di inclusione • Stesso paziente • Stessa struttura (stesso HSP11) • Primo ricovero in acuzie • Secondo ricovero entro 0-1 giorno in disciplina 56 o 60 • Terzo ricovero entro 0-1 giorno in acuzie Criteri di esclusione • Età <40 anni al momento del ricovero • Regime diurno • Disciplina di dimissione da acuzie 40 • DRG chirurgici e DRG medici 505, 565, 566, 575, 576 (respirazione assistita/ventilazione meccanica) • Diagnosi principale di tumore maligno (dalla categoria 140 alla 208)
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	Vedi quesito.
Documentazione da verificare	Cartella clinica.
Suggerimenti per gli abbattimenti	Seguire le regole generali.

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	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. Occorre ricordare che le diagnosi secondarie devono essere 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/o la durata della degenza [seconda condizione] 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.
Criteri di estrazione	• Reparti per acuti • DRG complicati • Regime = 1 (RO) con degenza <= 3 oppure Regime = 2 (DH) • Programmati Escludere le SDO con • DRG 323 (litotripsia), Reparto 97 (detenuti), • modalità di dimissione = 01 (deceduti), 05 (volontaria), 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	• 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 Escludere le SDO con • modalità di dimissione = 01 (deceduti), 06 – 07 – 08 (trasferimenti)
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 inappropriatezza organizzativa • 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	1 Descrivere brevemente l'intervento effettuato e l'indicazione alla sua effettuazione. 2 Motivare la scelta del regime assistenziale.
Criteri di estrazione	• 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	In presenza di inappropriatezza organizzativa • per i ricoveri ordinari applicazione della tariffa prevista per il day surgery • per i DH attribuzione della tariffa della prestazione ambulatoriale corrispondente.

Controllo	**C4c – Ricoveri chirurgici programmati in RO di 2 gg**
Codice	C4c
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 di intervento e le codifiche. Giustificare la necessità di regime ordinario e non di day surgery, la necessità del pernottamento di 2 giornate
Criteri di estrazione	• Reparti per acuti • Regime = 1 (RO) • Tipo ricovero ordinario 1 o 4 • Durata =2 gg • Tipo DRG = 'C' ad alto rischio inappropriatezza (vedi elenco nazionale) Escludere le SDO con • modalità di dimissione = 01 (deceduto), 05 (volontaria), 06 – 07 – 08 (trasferimenti))
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.

Elenco DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza (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 (eccetto trapianti di cornea)
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 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
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 (codici intervento 85.20 e 85.21)
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

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	• Reparti per acuti • Diagnosi principale 235nn - 238nn Escludere le SDO con • 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	• Reparti per acuti • Diagnosi principale 239.nn Escludere le SDO con • 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	• 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, è necessario rivedere la DP.
Criteri di estrazione	• 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	Verificare l'esattezza • 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	• 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 con DP V64**
Codice	C7p
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricovero 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	• Reparti per acuti • 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	• Disciplina di dimissione = 31 • DRG 389-390 • Durata ricovero < 4gg Escludere le SDO con • 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	• Disciplina di dimissione = 31 o 62 • DRG 391 • Durata ricovero >4gg Esclusioni: nessuna
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	• 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	• 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	Verificare la corrispondenza fra SDO e cartella clinica in relazione alle Linee guida. In particolare, in presenza di DRG "con cc" verificare se le diagnosi secondarie indicate corrispondono ai criteri di individuazione delle Linee Guida Regionali. In presenza della sola DP verificare che questa sia effettivamente la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. 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. Per i ricoveri in post acuzie verificare inoltre, nei casi previsti dalla regolamentazione regionale, la presenza della documentazione autorizzativa al ricovero.
Criteri di estrazione	Campionamento casuale (esclusi i casi già trovati con altri criteri di selezione) • 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	Verificare la coerenza della codifica delle diagnosi e degli interventi con il quadro clinico e le linee guida SDO regionali. Valutare l'appropriatezza del ricovero.
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	• Reparti per acuti • Regime = 1 (RO) • Tipo ricovero ordinario = 1 o 4 (ricovero programmato) • DRG 496, 498, 519, 520, 546 Con i criteri indicati sopra estrarre le SDO relative a: • 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	Verificare: • 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.

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	• 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	Verificare la presenza in cartella dell'evidenza di: • 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
Suggerimenti per gli abbattimenti	Eventuale correzione della SDO. Abbattimento del 40% per inappropriatezza clinica.

Controllo	**C15 – Artroplastica e durata intervento ≤30 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 ≤30 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	• Reparti per acuti • Regime = 2 (DH), 3 (DS) • Codice intervento 81.71 – 81.79 (artroplastica articolazioni mano) in qualsiasi posizione • Durata intervento ≤30 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: • 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	Il codice diagnosi inserito in posizione principale non appare indicato in quanto: • 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	• Reparti per acuti • Ricoveri con diagnosi principale presente in elenco fornito • Disciplina reparto dimissione 02, 36, 37.
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 inappropriatezza 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	• Reparti per acuti • Classe priorità: '1', '2', '3'
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	Valutare: • 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 • 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	• DP = 043.xx • Reparti per acuti • Regime = 1 (RO) • Degenza >=5
Dimensione del campione	Tutti i casi.
Indicazioni per la valutazione	I codici diagnosi 043.xx sono accettabili in diagnosi principale nel caso di: • 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 Vedere Nota Regionale 6814 del 23/02/2021.
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	**C23 – Ricoveri ordinari consecutivi in acuzie**
Codice	C23
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri ordinari consecutivi entro 0-1 giorno in acuzie
Razionale	Individuare comportamenti opportunistici (Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria)
Quesito	Valutare se vi sia un artificioso spezzettamento in due ricoveri di un unico episodio di cura.
Criteri di estrazione	• Stesso paziente • Stesso HSP11 • Regime ordinario • Discipline di acuzie • Intervallo tra i due ricoveri di 0-1 giorno Campionare entrambi i ricoveri.
Dimensione del campione	Massimo 20 “consecutio” al mese.
Indicazioni per la valutazione	Verificare: 1 l’esattezza delle date di ammissione e dimissione; 2 la presenza di un artificioso spezzettamento di un unico episodio di cura.
Documentazione da verificare	Cartella clinica.
Suggerimenti per gli abbattimenti	Se confermato l’artificioso spezzettamento, abbattere del 100% uno dei due ricoveri.

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	• Regime RO • Reparto = 56 e 60 • Giornate <= 3 Escludere le SDO con • 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	• 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, 60 e 75) con superamento dei giorni soglia e/o superiori a 365 giorni.
Razionale	Verifica dell'appropriatezza.
Quesito	Verificare l'appropriatezza clinica e/o organizzativa delle giornate di degenza.
Criteri di estrazione	• Disciplina di dimissione: 56, 60, 75 • Regime: 1 (RO) • Degenza con superamento dei giorni soglia o superiore a 365 giorni Escludere le SDO con • ricoveri con diagnosi secondaria V62.5 (Disposti da Autorità Giudiziaria) • ricoveri in reparti di postacuzie neuropsichiatrica
Dimensione del campione	Estrazione di un max. di 50 SDO per struttura in caso di superamento della soglia e di tutti i casi oltre 365 giorni.
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 con diagnosi di malattia critica**
Codice	PA8
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri riabilitativi con diagnosi 359.81 Miopatia in malattia critica, 357.82 Polineuropatia in malattia critica, V12.04 Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2
Razionale	Verifica dell'appropriatezza di codifica
Quesito	Esplicitare le indicazioni cliniche e motivare la scelta del regime assistenziale.
Criteri di estrazione	• Reparto 56 o 60 • Regime = 1 (RO), 2 (DH) • Provenienza qualsiasi • Diagnosi in qualsiasi posizione: 359.81, 357.82, V12.04 Escludere le SDO con • ricoveri in reparti di postacuzie neuropsichiatrica
Dimensione del campione	Sono sottoposti a verifica il 20% dei casi per struttura.
Indicazioni per la valutazione	Verificare: • la documentazione autorizzativa • il razionale 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.

Controllo	**PA9 – Ricovero in disciplina 56 dimessi lunedì**
Codice	PA9
Tipo controllo	Casuale
Elaborazione	Controllo Automatico in fase di elaborazione del supporto
Descrizione	Ricoveri RRF di I e II livello in RO con dimissione il lunedì
Razionale	Verifica dell'appropriatezza organizzativa
Quesito	Esplicitare le indicazioni cliniche e motivare la scelta del regime assistenziale.
Criteri di estrazione	• Reparto 56 • Regime = 1 (RO) • Giorno di dimissione = lunedì Escludere le SDO con • ricoveri in reparti di postacuzie neuropsichiatrica • modalità dimissione='01', '05', '06'
Dimensione del campione	Tutti i casi
Indicazioni per la valutazione	Verificare: • la documentazione autorizzativa • il razionale circa la necessità della permanenza in assenza di procedure riabilitative effettuate nel week end
Documentazione da verificare	Cartella clinica
Suggerimenti per gli abbattimenti	Abbattimento delle giornate considerate inappropriate e del 40% se vi è inappropriatezza organizzativa.

Schede controlli NCAO

Le schede di controllo per i NCAO sono:

- A12 - DRG alto costo o
- A17 - Ablazione transcatetere cardiaca
- A19 - Ricoveri con DRG 567 o DRG 569

Il campionamento per i NCAO sarà pari a circa 20 SDO per ciascuno dei quattro periodi di controllo.

Attività Ambulatoriale

L'attività di controllo sulle prestazioni ambulatoriali è finalizzata a:

- verifica della correttezza della compilazione delle ricette
- accertare l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per codici di priorità
- accertare la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni.

Tipologia dei Controlli

I controlli saranno effettuati su impegnativa cartacea o sul tracciato informatico della stessa, e riguarderanno:

- la verifica dell'attribuzione della classe di priorità e del sospetto diagnostico al momento della prescrizione
- la prescrizione che riporta esenzione dalla partecipazione alla spesa per patologia incongruente rispetto alla diagnosi enunciata
- la verifica sulle prescrizioni con indicazioni diagnostiche generiche, prive di ulteriori specificazioni, che non consentano di valutare l'appropriatezza delle prestazioni richieste in relazione al quesito, o la motivazione clinica (per es. "accertamenti", "procedure di prevenzione", "controllo periodico", ecc)
- le prescrizioni di prestazioni totalmente escluse dai LEA;

Controlli su specifiche prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Complessa

In particolare i NCA procederanno a verificare un campione di cartelle di Chirurgia Ambulatoriale Complessa per valutare l'appropriatezza prescrittiva, di codifica e di regime assistenziale.

Criteri di appropriatezza

Si fa riferimento ai criteri che possono indurre a preferire un setting di ricovero diurno in alternativa al regime ambulatoriale:

- Paziente con deterioramento cognitivo significativo e documentato (es. invalidità civile del 100%, assegno di accompagnamento, valutazione multidimensionale, geriatrica di base, referto geriatrico …)
- Paziente non collaborante, mancante di assistenza familiare o sociale, necessitante di assistenza dedicata (minori o grandi anziani non autosufficienti)
- Anestesia spinale o generale
- Necessità di monitoraggio del paziente superiore alle 3 ore.
- Prestazione che richiede multidisciplinarità-multiprofessionalità da parte degli operatori.
- Tempo chirurgico effettivo in sala operatoria superiore a 30 minuti

Analisi e controllo Mobilità Passiva Aziendale

Con **DGR 35-8651 del 27 maggio 2024**, la Regione Piemonte ha approvato il "*Programma operativo regionale per il miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale per i ricoveri ospedalieri*" in attuazione delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 494, della legge 30 Dicembre 2020, n.178.

Il piano definisce, a livello regionale, un sistema di armonizzazione dei flussi dei pazienti e dell'erogazione dei ricoveri in ambito ospedaliero, anche al fine di migliorare i processi di mobilità sanitaria interregionale e si basa sulla metodologia formulata dal Ministero della Salute, in collaborazione con AGENAS.

Lo strumento attuativo del Programma operativo, finalizzato, ad impostare le relative azioni di miglioramento si basa sull'analisi delle potenziali cause di migrazione delle persone assistite e sulla stima della mobilità potenzialmente recuperabile.

La **DGR 35-8651 del 27 maggio 2024,** prevede nel monitoraggio del piano attuativo del programma operativo il coinvolgimento della Commissione Tecnica Regionale e degli NCA con il compito di effettuare delle verifiche in termini di volumi, appropriatezza e valorizzazione e di analisi delle modalità di committenza e prescrittive da parte delle ASL e dei diversi professionisti della Regione Piemonte nei confronti delle Strutture erogatici extraregionali.

Alla luce del "Programma regionale per il miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale per i ricoveri ospedalieri" e del modello dei controlli delle attività di ricovero nella Regione Piemonte si definiscono i contenuti dei report con le informazioni desumibili dal flusso regionale di mobilità passiva degli anni precedenti utili ad individuare dei campioni di prestazioni prioritarie per singola Azienda Sanitaria sulla base della residenza:

- individuazione dei primi **15 DRG di ricovero** (ordinario/DH/DS) programmato per ciascuna ASL con la maggior fuga negli anni 2022 - 2023 suddivisi per sottocategorie (DRG di alta complessità, DRG di media o bassa complessità, DRG a rischio inappropriatezza)
- per ciascun DGR vengono elaborate le seguenti informazioni per gli anni 2022 e 2023:
    - valore indice di fuga
    - informazioni relative alla fuga (regione, istituto, importo)
    - informazioni per gli stessi DRG relative alla produzione regionale per i residenti con il dettaglio degli erogatori raggruppati per ASL, AO/AOU dell'area, e erogatori privati accreditati dell'Area.

La reportistica sarà messa a disposizione per Area Funzionale Omogenea con il dettaglio per singola ASL e sarà reperibile su Paddi.

Al fine di analizzare le fughe è necessario individuare il momento del percorso di cura in cui il paziente si rivolge a strutture extra Regione in modo da analizzare le cause specifiche correlate

attraverso la ricostruzione della sequenza cronologica degli eventi del percorso assistenziale del singolo assistito.
E' inoltre necessario correlare la domanda di prestazioni con la rete di offerta.

Azioni di analisi/verifica /monitoraggio sul fronte della domanda (appropriatezza prescrittiva, percorsi, accessibilità) e sul fronte dell'offerta (capacità produttiva)

I NCA procederanno , con riferimento ai DRG a maggior indice di fuga a verificare ed analizzare:

- le informazioni di dettaglio, messe a disposizione dal CSI, di un campione di SDO, soprattutto in termini di concentrazioni anomale di procedure nei confronti di determinate Strutture erogatici extraregionali;

- le modalità di committenza e prescrittive da parte delle ASL e dei diversi professionisti della Regione Piemonte;

- la media/tipologia di prestazioni ambulatoriali per branca erogate ai pazienti che hanno fatto il ricovero fuori regione con l'indicazione dell'azienda erogante (se privata pubblica regione o fuori regione);

- i tempi di attesa aziendali dei ricoveri peri i DRG individuati e i tempi di attesa della visita correlata della stessa disciplina/branca;

- la capacità produttiva dei presidi di ASL e delle strutture pubbliche e private accreditate che insistono nell'area Area Funzionale Omogenea, anche attraverso l'analisi del livello di occupazione dei posti letto delle discipline interessate e, nel caso di prestazioni chirurgiche, del livello di saturazione delle sedute operatorie;

- la produzione per singolo DRG delle AO/AOU e delle strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio dettagliata per residenza:
    - stessa ASL
    - altre ASL dell'area,
    - fuori area
    - fuori regione.

Nel caso di casistiche per residenti fuori area e fuori regione significative si potranno attuare degli ulteriori confronti/controlli che potranno portare a delle proposte di modifiche accordi/contrattuali con le strutture erogatrici pubbliche e private.