

Allegato n. 2

**LINEE GUIDA PER I CONTROLLI DEI RICOVERI OSPEDALIERI
ANNO 2015**

LA FUNZIONE DI CONTROLLO INTERNO

Le strutture erogatrici dovranno assicurare la funzione di controllo interno conformemente a quanto indicato di seguito. Il calcolo degli indicatori elencati dovrà essere effettuato sull'archivio dei dimessi nell'anno in esame comprendendo tutta la casistica sia intra che extraregionale.

A.1.

Controllo della qualità e della completezza delle informazioni previste nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) mediante controlli automatici secondo le specifiche dei singoli campi.

Tra i controlli automatici è compresa l'individuazione dei DRG maldefiniti o anomali (DRG_M); oltre ai DRG 470 e 469, che non devono essere presenti nell'archivio, sono stati inoltre individuati come mal definiti o errati i seguenti DRG per i quali è opportuno un riscontro con la cartella clinica:

- 424 Interventi chirurgici di qualsiasi tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale;
- 468 Intervento chirurgico esteso non correlato alla diagnosi di dimissione principale;
- 476 Prostatectomia non correlata alla diagnosi di dimissione;
- 477 Intervento chirurgico non esteso, non correlato alla diagnosi di dimissione.

I DRG 424, 468, 476 e 477 (interventi chirurgici maggiori o minori non correlati con la diagnosi di dimissione) possono nascondere errori nella scelta della diagnosi principale, errori nella codifica, e solo in piccola percentuale risultano corretti.

A.2.

Controllo della corrispondenza fra quanto registrato nella SDO e quanto riportato in cartella clinica. Vanno effettuati controlli random riguardanti almeno il 10% delle schede dei dimessi.

I controlli sopra citati potranno essere effettuati anche mediante l'utilizzo di programmi specifici che individuino le schede con potenziali problemi di compilazione e/o codifica permettendo di correggere l'errore in tempo reale e di individuare aree di priorità su cui intervenire per migliorare la qualità dei dati. Il controllo SDO/Cartella clinica viene inoltre effettuato in tutte le Cartelle estratte alla ricerca di possibile inappropriatezza.

A.3.

Controllo della codifica da effettuare contestualmente al controllo della cartella clinica.

A.4.

Controllo dell'esistenza e della consistenza di eventuali effetti distorsivi associati all'applicazione delle tariffe attraverso la verifica dei seguenti elementi:

⇒ Ricoveri ripetuti

Essi possono nascondere un insieme di comportamenti scorretti sia gestionali sia assistenziali, ed essere quindi la spia di problemi diversi, quali:

- dimissioni precoci;
 - permessi intrasettimanali o del fine settimana;
 - incapacità da parte della struttura ad effettuare tutti gli accertamenti in un tempo di ricovero ragionevole (es.: TAC a due settimane ecc.);
 - esami preoperatori effettuati in regime di ricovero (ordinario o Day Hospital);
 - passaggio da un reparto all'altro tramite dimissione, con artificiosa duplicazione del ricovero.
- Percentuale di ricoveri ripetuti 0-1 giorno (RR_{0-1})

$$RR_{0-1} = (RR/D) \times 100$$

RR= re ricoveri avvenuti nello stesso ospedale con finestra temporale 0-1 giorno

D= Totale dimissioni

I ricoveri ripetuti nello stesso ospedale con finestra temporale 0-1 giorno possono essere considerati con relativa tranquillità ricoveri impropri.

L'individuazione dei casi dovrà essere fatta seguendo i criteri di seguito riportati:

Paziente non 'ANONIMO';

Regime di ricovero: '1' degenza ordinaria;

Tipo di ricovero: '1' ricovero programmato non urgente o
'4' ricovero programmato con preospedalizzazione;

Modalità di dimissione: '2' dimesso a domicilio;

Reparti da escludere dai controlli: 28 Unità spinale,
56 Riabilitazione motoria,
75 neuroriabilitazione,
40 Psichiatria,
60 Lungodegenza;

DRG può essere diverso nei due ricoveri;

sono esclusi i DRG : 409 radioterapia
410 chemioterapia non associata a leucemia
492 chemioterapia associata a leucemia;

Durata della degenza > 1 giorno;

- Percentuale di ricoveri ripetuti 2-3 giorni (RR₂₋₃)

$$RR_{2-3} = (RR/D) \times 100$$

RR= re ricoveri avvenuti nello stesso ospedale con finestra temporale 2-3 giorni

D= Totale dimissioni

- Percentuale di ricoveri ripetuti 4 -7 giorni (RR₄₋₇)

$$RR_{4-7} = (RR/D) \times 100$$

RR= re ricoveri avvenuti nello stesso ospedale con finestra temporale 4-7 giorni

D= Totale dimissioni

I ricoveri ripetuti con finestre temporali sopra descritte possono essere la spia di:

- dimissioni precoci;
- trasferimento in altro reparto tramite dimissione, con artificiosa duplicazione del ricovero.

- Percentuale di ricoveri ripetuti 0 - 3 giorni (RR 0-3)

$$RR_{0-3} = (RR/D) \times 100$$

RR= re ricoveri avvenuti nello stesso ospedale per lo stesso DRG
con finestra temporale 0-3 giorni

D= Totale dimissioni

Le riammissioni di pazienti, entro tre giorni dalla dimissione, nello stesso ospedale per uno stesso DRG possono essere considerate con relativa tranquillità ricoveri impropri.

L'individuazione dei casi dovrà essere fatta seguendo i criteri di seguito riportati:

Paziente non 'ANONIMO';

Regime di ricovero: '1' degenza ordinaria;

Tipo di ricovero: '1' ricovero programmato non urgente o
'4' ricovero programmato con preospedalizzazione;

Modalità di dimissione: '2' dimesso a domicilio;

Reparti da escludere dai controlli: 28 Unità spinale,
56 Riabilitazione motoria,
75 neuroriabilitazione,
40 Psichiatria,
60 Lungodegenza;

stesso DRG nei due ricoveri;

sono esclusi i DRG : 409 radioterapia
410 chemioterapia non associata a leucemia
492 chemioterapia associata a leucemia;

Durata della degenza > 1 giorno;

- Percentuale di ricoveri ripetuti 4 - 30 giorni (RR 4-30)

$$RR_{4-30} = (RR/D) \times 100$$

RR= re ricoveri avvenuti nello stesso ospedale per lo stesso DRG
con finestra temporale 4-30 giorni

D= Totale dimissioni

⇒ **Omnicomprendività della Tariffa**

$$OT = (RR/D) \times 100$$

RR= Ricoveri chirurgici preceduti da un ricovero di tipo medico nello stesso presidio, di durata inferiore a 4 giorni se in regime ordinario o a 4 accessi se in regime di Day Hospital e con finestra temporale ≤ 15 giorni.

D= Totale dimissioni di tipo chirurgico

L'individuazione dei casi dovrà essere fatta seguendo i criteri di seguito riportati:

Paziente non 'ANONIMO';

Tipo di ricovero: '1' ricovero programmato non urgente o
'4' ricovero programmato con preospedalizzazione;

Reparti da escludere dai controlli: 28 Unità spinale,
56 Riabilitazione motoria,
75 neuroriabilitazione,
40 Psichiatria,
60 Lungodegenza;

Sono da escludere tutti i casi che rientrano nel MDC 14, il trapianto del midollo (DRG 481) preceduto da un ricovero medico e i DRG 124, 125, 323 che pur essendo medici comportano l'esecuzione di procedure particolari (cateterismo cardiaco e litotrissia).

I 'casi' sono dati dai ricoveri chirurgici (DRG di tipo chirurgico) effettuati sia in degenza ordinaria che in day hospital che presentano nei 15 giorni precedenti l'ingresso, un ricovero con DRG non chirurgico effettuato nello stesso presidio.

Il ricovero non chirurgico potrà essere sia in degenza ordinaria che day hospital e dovrà avere una degenza inferiore a quattro giorni od a quattro accessi.

Per i:

- ricoveri ripetuti 2-3 giorno (RR₂₋₃)
- ricoveri ripetuti 4-7 giorno (RR₄₋₇) indipendenti dal DRG

e per i:

- ricoveri ripetuti 4-30 giorno (RR₄₋₃₀) per lo stesso DRG,

nel caso si riscontrino valori percentuali sostanzialmente superiori al valore regionale, si effettueranno controlli per verificare l'appropriatezza dei ricoveri stessi.

Per gli altri casi, indipendentemente dall'esito dei controlli, i ricoveri addebitati per la mobilità verranno fatturati solo una volta:

- ricoveri ripetuti 0-1 giorno (RR₀₋₁) per qualsiasi DRG:

i due ricoveri individuati vengono considerati come un unico ricovero e la tariffa applicata è la maggiore tra le due.

- ricoveri ripetuti 0-3 giorno (RR₂₋₃) per lo stesso DRG:

i due ricoveri individuati vengono considerati come un unico ricovero e la tariffa applicata è la maggiore tra le due.

- omnicomprensività della tariffa:

i due ricoveri vengono trattati come unico episodio di cura e la tariffa applicata è quella del DRG chirurgico.

I controlli che comportano un abbattimento delle tariffe vanno effettuati nell'ordine sotto riportato e l'individuazione del caso comporta l'automatica esclusione dello stesso dai controlli successivi:

- 1) tariffa omnicomprensiva ;

- 2) ricoveri ripetuti con diverso DRG finestra di 0-1 giorno ;

- 3) ricoveri ripetuti con lo stesso DRG finestra di 0-3 giorni.

⇒ **DRG Complicati (DRG_CC)**

$$\text{DRG_CC} = (\text{C/O}) \times 100$$

C = totale dimissioni attribuite a DRG "Complicati"

O = totale dimissioni attribuite a DRG "Omologhi"

L'indicatore mette in evidenza problemi di codifica con il risultato di una sotto stima delle complicazioni o al contrario di un'eccessiva enfaticizzazione delle complicazioni o condizioni preesistenti che non hanno però impegnato la struttura ospedaliera.

Confronto con la percentuale regionale e controllo del numero di casi pari all'eccedenza.

Si precisa che la coppia DRG 223 e 224 non è una coppia di omologhi in quanto raggruppa casistica diversa e non la stessa casistica con o senza

complicazioni (223 Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC, 224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC).

⇒ **DRG a rischio di inapproprietezza**

L'art. 6, comma 5, del Patto per la Salute 2010-2012 integra la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inapproprietezza, di cui all'Allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, con un elenco di ulteriori DRG potenzialmente inappropriati.

Le percentuali di ammissibilità della casistica in degenza ordinaria sono state individuate rispettando le indicazioni riportate nell'Allegato B del citato Patto per la Salute con l'aggiunta di non considerare inappropriati i casi chirurgici con degenza di un giorno, riferibili ad attività di one-day surgery.

Per l'anno 2015 sono state riproposte le percentuali di ammissibilità dello scorso anno.

Nell'individuazione delle percentuali sono stati esclusi i casi trattati dai reparti per post acuzie (codici 28-56-60-75); inoltre il valore medio regionale, preso come soglia di accettabilità, è stato pesato sulla casistica di pazienti acuti di ogni Azienda o Casa di cura.

Si riporta di seguito la Tabella con l'elenco dei 107 DRG potenzialmente inappropriati (Nel Patto per la salute si citano 108 DRG comprendendo anche il DRG 351 "Sterilizzazione maschile" che però non viene tariffato in quanto non trattato).

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA Patto per la salute 2010-2011

DRG chirurgici			
MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
1	6	Decompressione del tunnel carpale	1
1	8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	30
2	36	Interventi sulla retina	38
2	38	Interventi primari sull'iride	34
2	39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	10
2	40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	8
2	41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	5
2	42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (<i>eccetto trapianti di cornea</i>)(*)	16
3	51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	37

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
3	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	30
3	59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	28
3	60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	20
3	61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	31
3	62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1
5	119	Legatura e stripping di vene	6
6	158	Interventi su ano e stoma senza CC	34
6	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	66
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	20
6	163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	23
3	168	Interventi sulla bocca con CC	48
3	169	Interventi sulla bocca senza CC	17
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	21
8	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	24
8	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	6
8	232	Artroscopia	13
9	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85,20 e 85.21)	8
9	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	13
9	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	38
9	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	8
12	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	25
12	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	24
12	342	Circoncisione, età > 17 anni	3
12	343	Circoncisione, età < 18 anni	7
12	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	50
13	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	32
13	362	Occlusione endoscopica delle tube	45
13	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	9
14	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	19
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	5
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	19

DRG medici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
1	13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	44
1	19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	75
2	47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	56
3	65	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)	3
3	70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	86
3	73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	79
3	74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	83
4	88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	93
5	131	Malattie vascolari periferiche senza CC (eccetto urgenze)	26
5	133	Aterosclerosi senza CC (eccetto urgenze)	12
5	134	Ipertensione (eccetto urgenze)	9
5	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	80

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
5	142	Sincope e collasso senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	9
6	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	84
6	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	2
3	187	Estrazioni e riparazioni dentali	12
6	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	66
7	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	48
7	208	Malattie delle vie biliari senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	17
8	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	52
8	243	Affezioni mediche del dorso (<i>eccetto urgenze</i>)	14
8	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	64
8	248	Tendinite, miosite e borsite	77
8	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	75
8	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	83
8	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	85
8	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	94
8	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	62
9	276	Patologie non maligne della mammella	55
9	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	7
9	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	1
9	283	Malattie minori della pelle con CC	64
9	284	Malattie minori della pelle senza CC	45
10	294	Diabete, età > 35 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	4
10	295	Diabete, età < 36 anni	73
10	299	Difetti congeniti del metabolismo	28
10	301	Malattie endocrine senza CC	38
11	317	Ricovero per dialisi renale	44
11	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	43
11	324	Calcolosi urinaria senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	17
11	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	7
11	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	41
11	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	41
11	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	71
11	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	58
12	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	28
12	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	45
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	70
14	384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	57
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	7
16	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	56
16	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	33
17	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	34
17	409	Radioterapia	16
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	35
17	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	33

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
17	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	31
19	426	Nevrosi depressive (<i>eccetto urgenze</i>)	8
19	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (<i>eccetto urgenze</i>)	8
19	429	Disturbi organici e ritardo mentale	73
23	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	21
23	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	33
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (<i>eccetto urgenze</i>)	32
25	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	37
1	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	91
1	564	Cefalea, età > 17 anni	80

(*) In grassetto sono riportate le clausole presenti nel Patto per la salute.

Per la casistica chirurgica sono stati esclusi dal calcolo della inappropriata tutti i dimessi con degenza un giorno

Nel caso di superamento delle percentuali ammissibili si dovranno effettuare controlli a campione.

In particolare, dovranno essere tenuti sotto controllo i DRG sotto riportati segnalati dal Ministero Salute quali criticità specifiche delle strutture della nostra Regione.

DRG chirurgici

MDC	DRG	DESCRIZIONE
3	51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
3	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
6	158	Interventi su ano e stoma senza CC
6	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (<i>eccetto ricoveri 0-1 giorno</i>)
12	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
14	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione

DRG medici

MDC	DRG	DESCRIZIONE
2	47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
6	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
6	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
7	208	Malattie delle vie biliari senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)
9	283	Malattie minori della pelle con CC
11	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
11	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
1	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
1	564	Cefalea, età > 17 anni

⇒ DRG di elevata complessità

I ricoveri per i DRG di elevata complessità, di cui si riporta l'elenco, trattati in DH o con durata della degenza di due o tre giorni devono essere controllati e motivati.

MDC	DRG	Tipo	Descrizione
1	1	C	CRANIOTOMIA, ETÀ > 17 ANNI CON CC
1	2	C	CRANIOTOMIA, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC
1	3	C	CRANIOTOMIA, ETÀ < 18 ANNI
4	75	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE
Pre	103	C	TRAPIANTO DI CUORE O IMPIANTO DI SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA
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 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	113	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE
5	126	M	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA
6	146	C	RESEZIONE RETTALE CON CC
6	170	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC
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
7	194	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC
7	200	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI
7	201	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS
8	217	C	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO
9	263	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC

MDC	DRG	Tipo	Descrizione
10	285	C	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE
10	288	C	INTERVENTI PER OBESITA' (associato ad uno dei codici di intervento 44.31, 44.32, 44.38, 44.39, 44.5, 44.68, 44.69, 44.96, 44.99, 45.90, 45.91 in qualsiasi posizione)
11	302	C	TRAPIANTO RENALE
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	405	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ < 18 ANNI
17	406	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC
21	442	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC
NA	468	C	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE
17	473	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI
Pre	480	C	TRAPIANTO DI FEGATO E/O TRAPIANTO DI INTESTINO
Pre	481	C	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO
Pre	482	C	TRACHEOSTOMIA PER DIAGNOSI RELATIVE A FACCIA, BOCCA E COLLO
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
25	489	M	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE
Pre	495	C	TRAPIANTO DI POLMONE
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
22	504	C	USTIONI ESTESE O USTIONI A TUTTO SPESSORE CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE CON 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
Pre	512	C	TRAPIANTO SIMULTANEO DI PANCREAS/RENE
Pre	513	C	TRAPIANTO DI PANCREAS
5	515	C	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATETERISMO CARDIACO
8	519	C	ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE CON CC

MDC	DRG	Tipo	Descrizione
5	525	C	IMPIANTO DI ALTRO SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA
1	528	C	IMPIANTO DI ALTRO SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA
1	529	C	INTERVENTI VASCOLARI INTRACRANICI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI EMORRAGIA
1	531	C	INTERVENTI DI ANASTOMOSI VENTRICOLARE CON CC
1	532	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE CON CC
5	535	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE SENZA CC
5	536	C	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
17	539	C	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
Pre	541	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI CON CC
Pre	542	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
1	543	C	TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE
8	545	C	CRANIOTOMIA CON IMPIANTO DI DISPOSITIVO MAGGIORE O DIAGNOSI PRINCIPALE DI PATOLOGIA ACUTA COMPLESSA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE
8	546	C	REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO
5	547	C	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA
5	548	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	549	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	550	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	553	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	555	C	ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
1	560	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
4	565	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA ≥ 96 ORE
6	567	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA ≥ 96 ORE
6	568	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
6	569	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
6	570	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
11	573	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA VESCICA
18	575	M	SETTICEMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI
18	578	C	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO

⇒ **DH medici diagnostici**

I DH medici diagnostici devono essere controllati al fine di individuare la possibilità di diverse forme di erogazione delle prestazioni.

⇒ **PARTI CESAREI**

La percentuale di parti cesarei è particolarmente elevata in tutto il territorio nazionale. La verifica delle cartelle cliniche di pazienti che hanno effettuato il parto cesareo può evidenziare casi in cui l'indicazione all'effettuazione dello stesso non è correttamente riportata.

Il Ministero della Salute, sulla base dell'analisi demografica ed epidemiologica della popolazione femminile italiana e dei relativi comportamenti riproduttivi, ha raccomandato di non superare la soglia del 20% di parti cesarei.

Le Aziende si dovranno adeguare al suddetto valore soglia e nel caso in cui dovesse essere superato, la casistica in eccedenza verrà tariffata con la tariffa del parto semplice.

⇒ **CHIRURGIA ambulatoriale**

Per le prestazioni di seguito elencate il Patto per la Salute 2010-2012 prevede che vengano erogate in regime ambulatoriale. Occorre perciò monitorare il passaggio da prestazioni di degenza ad ambulatoriali verificando l'appropriatezza dei ricoveri. Per le prestazioni che in degenza producono i DRG(*), al superamento della percentuale di ammissibilità si prevede di l'applicazione al ricovero delle corrispondenti tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Descrizione intervento	codice intervento specialistica	DRG	% ammissibilità per DRG
ricostruzione palpebra	08.72	40	casistica non presente
amputazione dita piede	84.11	114	91
riparazione monolaterale di ernia ombelicale con protesi	53.41	160	78
riparazione monolaterale di ernia ombelicale	53.49.1	160	78
riparazione monolaterale di ernia inguinale	53.00.1	162	74

Descrizione intervento	codice intervento specialistica	DRG	% ammissibilità per DRG
riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi	53.00.2	162	74
riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi	53.21.1	162	74
riparazione monolaterale di ernia crurale	53.29.1	162	74
riparazione di dito a martello/artiglio	77.56	225 (*)	50
artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea...	81.72	228 (*)	65
artroplastica dell'articolazione carpocarpale ...	81.75	228 (*)	65
artroscopia sede non specificata (diagnostica)	80.20	232 (*)	50
litotrixxia extracorporea rene ...	98.51.1	323 (*)	9
amputazione e disarticolazione dita mano/pollice	84.01	441 (*)	50

Il controllo, relativo alla casistica che risulta potenzialmente inappropriata, effettuato anche sulla base dei confronti con il dato medio regionale o sulla base di evidenze individuate localmente o segnalate dalla Regione dovrà comprendere almeno il 2,5 % delle cartelle prodotte.

ADEMPIMENTI DEGLI EROGATORI

Le Direzioni Generali organizzano la funzione di controllo interno ed esterno ai sensi delle normative vigenti e recepiscono con apposito atto deliberativo le linee guida regionali in materia di controlli.

Come noto, le attività ed i risultati dei controlli devono essere riportati in un apposito **registro dei controlli** contenente il numero della SDO, la tipologia di errore e le eventuali azioni correttive intraprese. L'attività di controllo va certificata mediante l'invio trimestrale alla Regione del **modulo riepilogativo dei controlli** di cui alla seguente Tabella n. 1.

La suddetta Tabella dovrà essere trasmessa al Servizio Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria della Direzione regionale Salute e Coesione Sociale contestualmente alla trasmissione dei riepiloghi che accompagnano il 'File A' dei dimessi, una copia delle tabelle dei controlli dovrà essere inviata all'indirizzo di posta elettronica galessandrini@regione.umbria.it

TAB. 1 – MODULO RIEPILOGATIVO DEI CONTROLLI

LOGO Azienda o Casa di Cura

PRESIDIO OSPEDALIERO o Casa di Cura

(devono essere
riportati i dati del
**PRESIDIO
OSPEDALIERO)**

ANNO ____

RIEPILOGO CONTROLLI EFFETTUATI nel trimestre Totale dimessi del periodo ____				
		Numero SDO /Cartelle sottoposte a controllo	Numero SDO che sono risultate errate	Numero SDO per le quali è stato possibile effettuare correzioni
A2 (1)	CORRISPONDENZA TRA SDO E CARTELLA	SDO/cartelle sottoposte a verifica estratte con metodo RANDOM, in seguito all'esecuzione di controlli automatici, per segnalazioni degli acquirenti dopo gli addebiti o estratte per verifica EDIT (software PARM in dotazione), per i controlli di appropri	numero totale di SDO/cartelle che dopo la verifica risultano effettivamente errate	numero di schede che è stato possibile correggere
A4(2)	APPROPRIATEZZA	Numero schede sottoposte a controllo	Numero SDO che sono risultate inappropriate o errate	
A4	Ricoveri ripetuti			
A4	DRG complicati			
A4	DRG LEA			
A4	Ricoveri brevi di alta complessità			
A4	DH medici diagnostici			
A4	Parti cesarei			
A4	Chirurgia ambulatoriale			

(1) I controlli A2 ricomprendono tutti i controlli A4 in quanto la ricerca della inappropriatezza presuppone la verifica di concordanza SDO /Cartella clinica, il totale dei casi controllati pertanto deve raggiungere nel riepilogo annuale almeno il **12,5%**

(2) L'elenco riporta alcune "possibili inapproprietezze" ma i controlli possono essere integrati in relazione alle criticità individuate.

Il totale delle cartelle controllate deve raggiungere nell'arco dell'anno in esame una percentuale almeno pari al **2,5%** dei casi

Cartelle controllate distribuite per tipo di ricovero

Tipo di ricovero		Numero cartelle esaminate	
Acuti	Ordinari		
	Day Hospital		
Riabilitazione	Ordinari		Totale
	Day Hospital		

Azioni intraprese a seguito dei risultati ottenuti dall'esecuzione dei controlli.

Riportare una o più delle azioni di seguito esemplificate:

- programmazione corso di codifica,
- incontri con i medici di reparto,
- inserimento di obiettivi specifici nelle schede di budget discusse con i sanitari,
- riorganizzazione attività ambulatoriale,
- altro ... (descrivere)

RAPPORTI CON IL CONTROLLO ESTERNO

Dall'anno 2012 il Ministero della Salute richiede i seguenti report annuali riepilogativi dell'attività di controllo svolta dalle strutture preposte.

Tabella 2. Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009 - Anno di verifica 2012

Erogatore ^(b)		Prestazioni ad alto rischio inappropriatezza (identificate dalla Regione in riferimento a quanto previsto dall'art. 2 del D.M. del 10.12.2009)														
		Ricoveri DH medici a carattere diagnostico*		Parti Cesare ^(a)		Prestazione ...		Prestazione...		Totale complessivo						
Codice SS ^(b)	Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC non confermate ^(c)	Num CC tot	Num CC non confermate ^(c)	Num CC tot	Num CC non confermate ^(c)	Num CC tot	Num CC non confermate ^(c)	Risultati				Misure adottate		
										Σ Num CC tot ^(d)	Num CC totale struttura erogante ^(e)	% CC prestazioni inappropriate ^(f)	Σ Num CC non confermate ^(g)	% CC non confermate sul totale delle CC controllate ^(h)	Abbattimenti tariffari ⁽ⁱ⁾	% sul Budget ^(j)
100801	Presidio ospedaliero di Città di Castello - Umbertide											#DIV/0!		#DIV/0!		
100810	Presidio ospedaliero di Branca											#DIV/0!		#DIV/0!		
100803	Presidio ospedaliero unificato di Perugia											#DIV/0!		#DIV/0!		
100809	Presidio ospedaliero di Foligno											#DIV/0!		#DIV/0!		
100805	Presidio ospedaliero di Spoleto											#DIV/0!		#DIV/0!		
100806	Presidio ospedaliero di Orvieto											#DIV/0!		#DIV/0!		
100807	Presidio ospedaliero di Narni - Amelia											#DIV/0!		#DIV/0!		
100901	Azienda Ospedaliera di Perugia											#DIV/0!		#DIV/0!		
100902	Azienda Ospedaliera di Terni											#DIV/0!		#DIV/0!		
100701	Casa di cura Villa Fiorita											#DIV/0!		#DIV/0!		
100702	Casa di cura Porta Sole											#DIV/0!		#DIV/0!		
100703	Casa di cura Lami											#DIV/0!		#DIV/0!		
100704	Casa di cura Liotti											#DIV/0!		#DIV/0!		
100705	Casa di cura Villa Aurora											#DIV/0!		#DIV/0!		
Totale										0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!		

Note:

CC = cartelle cliniche

Prestazione...= per ogni prestazione ad alto rischio di inappropriatezza rilevata riportare la descrizione e compilare le 2 colonne con i risultati dei controlli; inserire nella tabella le colonne necessarie

* riportare solo se identificati dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatezza in relazione ad elevati volumi (rif. art.2 comma 2 lett.b DM 10.12.2009)

^(a) (rif. art.2 comma 3 DM 10.12.2009)

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

(b) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11

(c) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddetti

(d) Somma del numero cartelle cliniche (Σ Num CC tot) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatezza

(e) Numero cartelle cliniche totali della struttura erogatrice

(f) = (d)/(e)

(g) Somma del numero cartelle cliniche non confermate (Σ Num CC non confermate) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatezza

(h) = (g)/(d)

(i) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)

(j) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

(m) Ulteriori misure adottate dalla Regione (non ad impatto economico/finanziario)

Tabella 1. Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) - Anno di verifica 2012

Erogatore ^(a)		Controlli Cartelle Cliniche			Risultati ^(b)		Misure adottate ^(b)		
Codice SIS ^(c)	Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate ^(d)	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici		Altro ^(g)
							Abbattimenti tariffari ^(e)	% sul Budget ^(f)	
100801	Presidio ospedaliero di Città di Castello - Umbertide			#DIV/0!		#DIV/0!			
100810	Presidio ospedaliero di Branca			#DIV/0!		#DIV/0!			
100803	Presidio ospedaliero unificato di Perugia			#DIV/0!		#DIV/0!			
100809	Presidio ospedaliero di Foligno			#DIV/0!		#DIV/0!			
100805	Presidio ospedaliero di Spoleto			#DIV/0!		#DIV/0!			
100806	Presidio ospedaliero di Orvieto			#DIV/0!		#DIV/0!			
100807	Presidio ospedaliero di Narni - Amelia			#DIV/0!		#DIV/0!			
100901	Azienda Ospedaliera di Perugia			#DIV/0!		#DIV/0!			
100902	Azienda Ospedaliera di Terni			#DIV/0!		#DIV/0!			
100701	Casa di cura Villa Fiorita			#DIV/0!		#DIV/0!			
100702	Casa di cura Porta Sole			#DIV/0!		#DIV/0!			
100703	Casa di cura Lami			#DIV/0!		#DIV/0!			
100704	Casa di cura Liotti			#DIV/0!		#DIV/0!			
100705	Casa di cura Villa Aurora			#DIV/0!		#DIV/0!			
Totale		0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!			

Note:

CC = cartelle cliniche

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

(b) (art. 3 comma 3 lettera e DM 10.12.2009)

(c) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11

(d) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddet

(e) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)

(f) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

(g) Ulteriori misure adottate dalla Regione (non ad impatto economico/finanziario)

La Regione, deputata a svolgere attività di verifica, monitoraggio ed indirizzo, ha facoltà di effettuare controlli sugli erogatori regionali ed extraregionali avvalendosi anche del personale sanitario addetto a tale attività presso i singoli erogatori.

Al fine di effettuare i controlli stabiliti dalle normative nazionali e regionali è stato istituito il Comitato per il controllo esterno.

Le strutture erogatrici offrono la propria collaborazione alla Regione e alle Aziende acquirenti cui spetta la funzione di controllo esterno ed in particolare:

1. consentono l'accesso del personale addetto al controllo esterno ai registri del controllo interno ed alle altre documentazioni necessarie all'attività di valutazione;
2. partecipano a progetti regionali finalizzati a:
 - uso appropriato dell'ospedale;
 - promozione della qualità clinica dell'assistenza erogata;
 - miglioramento della qualità percepita dal paziente;
3. collaborano seguendo le metodologie indicate dalla Regione, alla rilevazione dei profili di trattamento dei pazienti e dei relativi costi.