

**LINEE GUIDA PER I CONTROLLI DEI RICOVERI OSPEDALIERI
ANNO 2017**

La funzione di controllo dell'attività di degenza ospedaliera è organizzata in controllo interno e controllo esterno.

LA FUNZIONE DI CONTROLLO INTERNO

Le strutture erogatrici dovranno assicurare la funzione di controllo interno conformemente a quanto indicato di seguito. L'attività di controllo dovrà essere effettuata sull'archivio dei dimessi nell'anno in esame comprendendo tutta la casistica sia intra che extraregionale.

1) Controllo della qualità e completezza delle informazioni riportate nella SDO

Il controllo della qualità e della completezza delle informazioni della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) viene effettuato ogni volta che gli archivi vengono caricati sul portale regionale creato per la mobilità sanitaria attraverso controlli automatici costruiti in base alle specifiche dei singoli campi. In attesa della revisione dei controlli relativi al nuovo tracciato SDO definito con Decreto del Ministero della Salute 07.12.2016 n. 261, pubblicato sulla GU Serie Generale n. 31 del 07.02.2017, rimane valido l'elenco dei controlli che seguono.

ELENCO CONTROLLI SU FILE A delle degenze

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
<p><u>ERR01</u></p> <p><u>Errori anagrafici</u></p>	Codice fiscale	<p>Per l'individuazione dell'utente è indispensabile inserire il codice fiscale; cognome, nome possono essere inseriti se disponibili, in ogni caso rimane obbligatoria la compilazione del campo data di nascita anche nei casi coperti da riservatezza.</p> <p>1= Identificativo utente assente o errato</p> <p>Per identificativo utente assente o errato si intende la mancanza del codice fiscale, o la presenza di un codice fiscale formalmente non corretto. Le uniche eccezioni sono rappresentate da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, quando si intende segnalare un anonimo nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, il codice fiscale deve essere omesso e compilato con spazi, restando inteso che le casistiche che consentono l'anonimato non obbligano a fornire un dato anonimizzato. Rimane obbligatoria la compilazione del campo data di nascita. - nuovi nati dalla data di nascita al 28° giorno di vita; in questi casi si rende obbligatoria la compilazione dei campi Cognome, Nome e data di nascita. <p>2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.</p> <p>La residenza degli assistiti può essere accertata attraverso la verifica nell'anagrafe sanitaria regionale. La non individuazione degli assistiti nell'anagrafe sanitaria non ne esclude in modo assoluto la presenza tra i residenti, le aziende si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La ricerca nell'anagrafe deve essere effettuata con ognuno degli identificativi formalmente corretti presenti nel record e deve essere verificata la contemporanea assenza dall'anagrafe. E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo nella ricerca per considerare l'assistito come proprio residente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per le prestazioni di ricovero ospedaliero si intende la data di ricovero).

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
<u>ERR01</u> <u>Errori anagrafici</u>	Codice fiscale	<p>4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata.</p> <p>La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO e l'omissione del codice fiscale è riservata ai seguenti casi coperti da riservatezza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pazienti affetti da HIV in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 042 o V08; - pazienti affetti da dipendenza a sostanze stupefacenti: in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 303xx o 304xx; - in caso di parto: in presenza di DRG da 370 a 375; - in caso di aborto: in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 635xx.
<u>ERR02</u> <u>Errori sulla residenza</u>	Codice comune residenza	<p>1= Codice comune di residenza mancante o errato (ISTAT a 6 cifre di un comune italiano)</p> <p>2= Codice comune di residenza non appartenente alla Azienda USL /Regione che riceve l'addebito.</p>
<u>ERR03</u> <u>Errori sulla prestazione</u>	<p>DRG</p> <p>Codice diagnosi principale e secondarie</p> <p>Data di nascita</p> <p>Codice intervento principale</p> <p>DRG</p>	<p>1= DRG non valorizzato o non esistente su tabella relativa</p> <p>2= DRG diverso da quello determinato dalla regione.</p> <p>3= Codice diagnosi principale non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore; codici diagnosi secondarie se valorizzate, non appartenenti alla tabella in vigore.</p> <p>4= Data di nascita non valorizzata o formalmente scorretta.</p> <p>5= Codice intervento principale non appartenente alla tabella in vigore</p> <p>6= Parto doppio (DRG=370,371,372,373,374,375) nel medesimo invio.</p> <p>7= Parto doppio (DRG=370,371,372,373,374,375) in invio precedente relativo allo stesso anno di addebito.</p> <p>8= DRG anomali: 424, 468, 469, 470, 476, 477.</p>

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
<u>ERR04</u> <u>Errori caratteristiche ricoveri</u>	Regime di ricovero Unità Operativa ammissione / dimissione Modalità di dimissione Tipo di ricovero MIX	1= regime ricovero assente o errato 2= Reparto ammissione/dimissione non valorizzato e/o i primi due caratteri del reparto ammissione/dimissione non nel dominio (da Flussi Ministeriali per l'anno di riferimento). 3= Modalità di dimissione non valorizzata o non esistente nel dominio 4 = Tipo di ricovero non valorizzato o non esistente nel dominio (esclusi i day hospital, cioè codice 'regime di ricovero' =2, e i ricoveri dei neonati corrispondenti alla nascita). 5 = Più errori concomitanti per questo tipo di errore.
<u>ERR05</u> <u>Errori sulla chiave del record</u>	Numero scheda di dimissione RICOVERO DOPPIO	1= Record con numero scheda di dimissione duplicato. 3= Ricovero ripetuto effettivo. Per "ricoveri ripetuti effettivi" si intendono quei ricoveri ordinari di uno stesso assistito che avvengono nello stesso periodo di tempo. Questi casi si individuano quando: - la stringa dei campi che identificano l'utente coincide (cognome, nome, data di nascita oppure codice fiscale, qualora i campi siano compilati in modo formalmente corretto e non per campi compilati con blank e ad esclusione dei soggetti anonimi), - esiste una sovrapposizione tra i periodi di ricovero escludendo dal controllo le date di ingresso e le date di dimissione.
<u>ERR06</u> <u>Errori sull'importo e sulla sua determinabilità</u>	Importo della degenza	1= Importo assente o non valorizzato come numerico. 2= Importo non corrispondente a DRG e tariffa.
<u>ERR08</u> <u>Errori sulla data della prestazione</u>	Data di ricovero Data di dimissione Numero giorni di DH Data	1= Se la data del ricovero è assente o formalmente scorretta. 2= Se la data di dimissione è assente o formalmente scorretta o relativa ad un anno diverso da quello di competenza 3= Data dimissione inferiore alla data ricovero. 4= In caso di ricovero in DH numero accessi in DH non valorizzato come numerico o uguale a zero, oppure differenza in giorni tra dimissione e ricovero + 1 minore del campo 'Numero accessi in caso di DH' 6= Ricovero ordinario con durata maggiore del doppio della soglia (esclusi i reparti 28, 56, 60,75)

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
<u>ERR09</u> <u>Errore onere della degenza</u>	Onere della degenza	2= Onere della degenza assente o errato.
RC8AZI_ADD	Azienda addebitante	1= se il codice azienda addebitante non è presente nell'elenco dei codici aziende addebitanti e nel caso delle strutture private il codice azienda non è di pertinenza
RC8CITTADINANZA	Cittadinanza	1= se il codice della cittadinanza è diverso da 100-999 oppure non esiste nell'elenco dei paesi esteri.
RC8CITTAD_STP	Cittadinanza	1= se i primi 3 caratteri codice_fiscale sono uguali a STP, i successivi 3 contengono un numero e la cittadinanza non esiste nell'elenco dei paesi esteri plausibili con STP; per elenco dei paesi esteri per STP si intende la classificazione dei paesi esteri con l'esclusione di: Unione Europea, Spazio Economico Europeo, Paesi Convenzionati e Svizzera.
RC8CLASSE_PRIOR	Classe di priorità	1= se nei casi di ricovero ordinario con tipo di ricovero uguale a 1 o 4 e in tutti i casi di day hospital la classe di priorità non assume i valori A B C D.
RC8COD_COM_NASCITA	Codice comune di nascita	1= se non è verificata l'esistenza del comune di nascita nell'elenco dei comuni oppure i primi 3 caratteri del comune di nascita sono uguali a 999 e gli ultimi 3 caratteri del comune di nascita non esistono nell'elenco dei paesi esteri.
RC8COD_COM_RES	Codice comune di residenza	1= se non è verificata l'esistenza del comune di residenza nell'elenco dei comuni ISTAT oppure i primi 3 caratteri del comune di residenza sono uguali a 999 e gli ultimi 3 caratteri del comune di residenza non esistono nell'elenco dei paesi esteri.
RC8COMRES_STR	Codice comune di residenza	1= se i primi 3 caratteri del codice comune di residenza sono uguali a 999 e gli ultimi 3 caratteri sono diversi dal codice ISTAT di un Paese Estero, per prestazioni erogate a residenti all'estero 2= se i primi 3 caratteri del codice comune di residenza sono diversi da 999, per prestazioni erogate a residenti all'estero.
RC8Cod_Dia_Sec_1	Codice diagnosi secondaria 1	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice diagnosi secondaria 1 nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se è uguale la codifica di codice diagnosi secondaria 1 e codice diagnosi principale
RC8Cod_Dia_Sec_2	Codice diagnosi secondaria 2	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice diagnosi secondaria 2 nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se è uguale la codifica di codice diagnosi secondaria 2 e codice diagnosi principale
RC8Cod_Dia_Sec_3	Codice diagnosi secondaria 3	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice diagnosi secondaria 3 nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se è uguale la codifica di codice diagnosi secondaria 3 e codice diagnosi principale

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
RC8Cod_Dia_Sec_4	Codice diagnosi secondaria 4	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice diagnosi secondaria 4 nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se è uguale la codifica di codice diagnosi secondaria 4 e codice diagnosi principale
RC8Cod_Dia_Sec_5	Codice diagnosi secondaria 5	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice diagnosi secondaria 5 nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se è uguale la codifica di codice diagnosi secondaria 5 e codice diagnosi principale
RC8Cod_Altro_int_1	Codice intervento 1	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice di altro intervento 1 nell'elenco ICD-9-CM in uso.
RC8Cod_Altro_int_2	Codice intervento 2	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice di altro intervento 2 nell'elenco ICD-9-CM in uso.
RC8Cod_Altro_int_3	Codice intervento 3	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice di altro intervento 3, se valorizzata, nell'elenco ICD-9-CM in uso.
RC8Cod_Altro_int_4	Codice intervento 4	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice di altro intervento 4 nell'elenco ICD-9-CM in uso.
RC8Cod_Altro_int_5	Codice intervento 5	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice di altro intervento 5 nell'elenco ICD-9-CM in uso.
RC8Cod_Int_Princ	Codice intervento principale	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice intervento principale nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se la data dell'intervento principale è compilata e non è presente il codice dell'intervento
RC8COD_USL_RES	Codice USL di residenza	1= se non è verificata l'esistenza della coppia codice regione e codice usl di residenza sull'elenco delle usl oppure se codice regione di residenza è presente sull'elenco dei paesi esteri e il codice usl di residenza non è valorizzato a ' '.
RC8ERR02CA	Codice USL di residenza	1= se Azienda USL di residenza non è congruente con il comune di residenza per residenti fuori regione.
RC8ERR02CA_U	Codice USL di residenza	1= se Asl di residenza non è congruente con il comune di residenza per i residenti in Umbria
RC8DATA_DIM	Data di dimissione	1= se data dimissione è minore della data di ricovero oppure il numero di giorni compreso tra la data di ricovero e la data di dimissione è maggiore di 366 (o formalmente scorretta)
RC8Data_Int_Princ	Data di intervento principale	1= se la data di intervento principale, (se presente), non è congruente con la data di ricovero e la data di dimissione
RC8DATA_P_PR	Data di prenotazione	1= per regime ordinario se tipo ricovero è valorizzato a 1, 4 e data di nascita è diversa da data ricovero (neonati) e data di prenotazione del ricovero è mancante oppure per regime day hospital se data di prenotazione del ricovero è formalmente scorretta o non valorizzata

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
RC8Data_1_Trasf	Data I trasferimento	1= se la data di 1 trasferimento non è compilata o formalmente scorretta quando è valorizzato il reparto del 1 trasferimento e se la data del 1 trasferimento è minore della data di ricovero
RC8Data_2_Trasf	Data II trasferimento	1= se la data di 2 trasferimento non è compilata o formalmente scorretta quando è valorizzato il reparto del 2 trasferimento e se la data del 2 trasferimento è minore della data del 1 trasferimento
RC8Data_3_Trasf	Data III trasferimento	1= se la data di 3 trasferimento non è compilata o formalmente scorretta quando è valorizzato il reparto del 3 trasferimento e se la data del 3 trasferimento è minore della data del 2 trasferimento
RC8DRG_ETA	DRG	1= se DRG compreso tra 385 e 391 ed età maggiore di 30 giorni.
RC8DRG_UOD	DRG	1= se reparto dimissione uguale a 37 e DRG minore di 353 oppure DRG maggiore di 384 2= se reparto dimissione diverso da 31,39,62,73 e DRG compreso tra 385 e 391 3= se reparto dimissione uguale a 40 e DRG diverso da 424-433 e da 521-523.
RC8TIPO_DEG_DH	DRG	1= se tipo degenza day hospital e DRG compreso tra 370 e 375.
RC8Mot_Ric_DH	Motivo di ricovero in DH	1= se il regime di ricovero è uguale a 2 e il motivo di ricovero in DH non è compreso tra 1-4 oppure il regime di ricovero è uguale a 1 e il motivo di ricovero in DH non è ' '
RC8NUM_GG_DH	Numero giorni di DH	1= se il regime di ricovero è uguale a 1 e le giornate di DH sono diverse da 0 e missing oppure se il regime di ricovero è 2 e il numero delle giornate di DH è uguale a 0 o maggiore di (data dimissione - data ricovero) + 1
RC8N_scheda	Numero scheda di dimissione	1= se non è valorizzata la variabile scheda di dimissione e se anno scheda è diverso da anno ricovero
RC8Onere_deg	Onere della degenza	1= se il paziente è residente in Italia e l'onere degenza è diverso da 1,2,5,6,9; se il paziente è residente all'estero e onere degenza è diverso da 4,7,8,9,A
RC8ONERE_STP	Onere della degenza	1= se i primi 3 caratteri codice_fiscale sono uguali a STP, i successivi 3 contengono un numero e onere degenza è diverso da 8,A.

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
RC8Onere_deg_citt	Onere della degenza	1= se il paziente è residente all'estero e onere degenza è uguale a 4 e cittadinanza non esiste nell'elenco dei paesi esteri; oppure se il paziente è residente all'estero e onere degenza è uguale a 7 e cittadinanza non esiste nell'elenco dei paesi convenzionati; oppure se il paziente è residente all'estero e onere degenza è uguale a 8,A e cittadinanza non esiste nell'elenco dei paesi esteri plausibili con STP.
RC8PESO_NASCITA	Peso alla nascita	1= se non è valorizzata la variabile peso alla nascita quando la provenienza del paziente è diversa da 4,5,6 e la data di nascita è uguale alla data di ricovero (neonati)
RC8W_POS_CONT	Posizione contabile	1= per rilevazione annuale, se la posizione contabile è diversa da 1 o assente.
RC8Prov_Paziente	Provenienza del paziente	1= se per il paziente non neonato la provenienza del paziente assume valori diversi da 1-7,9 e se invece per il paziente neonato la provenienza del paziente assume i valori diversi da 4 e ''
RC8TIPO_DEG	Regime di ricovero	1= se per il regime di ricovero uguale a 1 e data ricovero diversa da data nascita (no neonati) il tipo di ricovero non assume i valori 1-4 oppure se per il regime di ricovero uguale a 2 il tipo di ricovero non assume il valore ''
RC8REG_RES	Regione di residenza	1= se non è verificata l'esistenza del codice regione di residenza nell'elenco delle regioni oppure nell'elenco dei paesi esteri se i primi 3 caratteri del comune di residenza sono uguali a 999
RC8Riscontro_autoptico	Riscontro autoptico	1= se modalità dimissione è uguale 1 e il riscontro autoptico è diverso da 1,2 oppure modalità dimissione è diversa da 1 e il riscontro autoptico è valorizzato.
RC8Sis_Cod	Sistema di codifica ICD_9_CM	1= se per l'anno 2009 il sistema di codifica diagnosi assume valori diversi da 5 (5=ICD_9_CM 2007)
RC8TRAUMI	Traumatismi ed intossicazioni	1= se i primi 2 caratteri UOD sono diversi da 56 – 75 – 28 – 60, il regime di ricovero è uguale a 1 e il campo traumatismi-intossicazioni, se presente, non assume i valori 1-5 e 9; se i primi 2 caratteri UOD sono diversi da 56 – 75 – 28 – 60, il regime di ricovero è uguale a 2 e il campo traumatismi-intossicazioni non è uguale a '' ; se il campo traumatismi-intossicazioni è diverso da '' e le prime 3 cifre di almeno uno dei sei campi diagnosi non sono comprese nei range 800-995 (con l'esclusione dei codici 905-909 e dei codici 995.90, 995.91, 995.92, 995.93, 995.94).
RC8UOD_UOTRAF	Unità Operativa	1= se reparto dimissione uguale a 28,56,75,60 e reparto 1 trasferimento diverso da °, 28,56,75,60 oppure reparto 2 trasferimento diverso da °, 28,56,75,60 oppure reparto 3 trasferimento diverso da °, 28,56,75,60.

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
RC8UOA	Unità Operativa di ammissione	1= se non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa ammissione) nell'elenco delle discipline e se manca il riscontro con la tabella dei reparti per l'istituto in esame
RC8UOD	Unità Operativa di dimissione	1= se non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa dimissione) nell'elenco delle discipline e se non c'è il riscontro con la tabella dei reparti per l'istituto in esame
RC8UOD_ETA	Unità Operativa di dimissione	1= se data di nascita uguale a data di ammissione e reparto dimissione diverso da 31,39,62,73. 2= se data di nascita diversa da data di ammissione e reparto dimissione uguale a 31.
RC8UO_1_Trasf	Unità operativa di I trasferimento	1= se data del 1 trasferimento non è compilata ed è valorizzato il codice unità operativa del 1 trasferimento; nel caso in cui il codice unità operativa 1 trasferimento è valorizzato e non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa I trasferimento) nell'elenco delle discipline e se manca il riscontro con la tabella dei reparti per l'istituto in esame e se il codice unità operativa 1 trasferimento è uguale al codice unità operativa ammissione
RC8UO_2_Trasf	Unità operativa di II trasferimento	1= se data del 2 trasferimento non è compilata ed è valorizzato il codice unità operativa del 2 trasferimento; nel caso in cui il codice unità operativa 2 trasferimento è valorizzato e non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa 2 trasferimento) nell'elenco delle discipline e se manca il riscontro con la tabella dei reparti per l'istituto in esame e se il codice unità operativa 2 trasferimento è uguale al codice unità operativa 1 trasferimento
RC8UO_3_Trasf	Unità operativa di III trasferimento	1= se data del 3 trasferimento non è compilata ed è valorizzato il codice unità operativa del 3 trasferimento; nel caso in cui il codice unità operativa 3 trasferimento è valorizzato e non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa 3 trasferimento) nell'elenco delle discipline e se manca il riscontro con la tabella dei reparti per l'istituto in esame e se il codice unità operativa 3 trasferimento è uguale al codice unità operativa 2 trasferimento
RC8UO_Int_princ	Unità operativa di intervento principale	1= se per unità operativa intervento principale valorizzata non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa intervento principale) nell'elenco delle discipline

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
RC8Reparti	Unità operativa	1= se unità 1, 2 e 3 trasferimento non valorizzate e unità di dimissione diversa da unità di ammissione; se unità 1 trasferimento valorizzata e unità 2 e 3 trasferimento non valorizzate e unità di dimissione diversa da unità 1 trasferimento oppure unità di ammissione uguale a unità 1 trasferimento; se unità 1 e 2 trasferimento valorizzate e unità 3 trasferimento non valorizzata e unità di dimissione diversa da unità 2 trasferimento o unità 2 trasferimento uguale a unità 1 trasferimento o unità ammissione uguale unità 1 trasferimento; se unità 1, 2 e 3 trasferimento valorizzate e unità 2 trasferimento uguale a unità 1 trasferimento o unità 3 trasferimento uguale a unità 2 trasferimento o unità di ammissione uguale a unità 1 trasferimento; se unità 3 trasferimento valorizzata e unità 1 o 2 trasferimento non valorizzate; se unità 2 trasferimento valorizzata e unità 1 trasferimento non valorizzata
RC8ETA	Unità operativa	1= se reparto dimissione uguale a 39 ed età maggiore di 18 anni (ad eccezione dell'ospedale di Branca) 2= se reparto dimissione uguale a 31,62,73 ed età maggiore di 1 anno.

2) Controllo di corrispondenza SDO-Cartella Clinica

In base alla normativa Nazionale devono essere effettuati controlli random riguardanti almeno il 10% delle schede dei dimessi per la verifica della corrispondenza fra quanto registrato in cartella clinica e quanto riportato nella SDO.

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 problematiche su cui intervenire prioritariamente per migliorare la qualità delle informazioni.

Il controllo di corrispondenza SDO-Cartella Clinica deve essere effettuato su tutti i casi di DRG 424, 468, 476 e 477 (interventi chirurgici maggiori o minori non correlati con la diagnosi di dimissione) in quanto possono nascondere errori nella scelta della diagnosi principale, errori nella codifica delle patologie o degli interventi/procedure e solo in piccola percentuale risultano corretti. Il controllo di corrispondenza dovrà essere effettuato anche su tutte le cartelle estratte alla ricerca della inappropriatezza.

3) Controllo della appropriatezza dei ricoveri

Il controllo della casistica per la quale si ravvisa possibile inappropriatezza, dovrà essere effettuato sulla base del confronto con i valori medi regionale o sulla base di evidenze individuate autonomamente dalle Aziende o segnalate dalla Regione e sarà almeno pari al 2,5 % delle cartelle prodotte.

Si elencano di seguito gli ambiti all'interno dei quali individuare le possibili inappropriatezze.

a) 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 (RR₀₋₃)

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

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 (RR₄₋₃₀)

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

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

D= Totale dimissioni

b) Omnicomprensività 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,

c) **DRG Complicati (DRG_CC)**

$$DRG_CC = (C/O) \times 100$$

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 una eccessiva enfattizzazione delle complicazioni o condizioni preesistenti che non hanno però impegnato la struttura ospedaliera.

d) **DRG a rischio di inappropriatelyzza**

L'art. 6, comma 5, del Patto per la Salute 2010-2012 integra la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza, 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.

Il DPCM 12.01.2017 relativo alla definizione e all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, pubblicato nel supplemento n. 15 della G.U. n. 65 del 18 marzo 2017, ha riconfermato tale elenco (Allegato 6A del DPCM), stabilendo che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA dovrà definire le percentuali di riferimento. Nelle more di tale definizione si applicano le soglie di accettabilità in degenza ordinaria già stabilite dalla DGR n.389 del 11/04/2016 che di seguito si riportano.

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA

Allegato 6A DPCM 12.01.2017

MDC	DRG	DESCRIZIONE	DRG chirurgici
			%
1	8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	15
2	36	Interventi sulla retina	19
2	38	Interventi primari sull'iride	17
2	40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	4
2	41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	3
2	42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (<i>eccetto trapianti di cornea</i>)(*)	8
3	51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	19
3	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	15
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	16
3	62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1
5	119	Legatura e stripping di vene	3
6	158	Interventi su ano e stoma senza CC	17
6	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (<i>eccetto ricoveri 0-1 giorno</i>)	33
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (<i>eccetto ricoveri 0-1 giorno</i>)	10

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA
Allegato 6A DPCM 12.01.2017

MDC	DRG	DESCRIZIONE	DRG chirurgici
			%
6	163	Interventi per ernia, età < 18 anni (<i>eccetto ricoveri 0-1 giorno</i>)	12
3	168	Interventi sulla bocca con CC	24
3	169	Interventi sulla bocca senza CC	9
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	11
8	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	12
8	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	3
8	232	Artroscopia	7
9	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (<i>codici intervento 85,20 e 85.21</i>)	4
9	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	7
9	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	19
9	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	4
12	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	13
12	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	12
12	342	Circoncisione, età > 17 anni	2
12	343	Circoncisione, età < 18 anni	4
12	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	25
13	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	16
13	362	Occlusione endoscopica delle tube	23
13	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	5
14	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	10
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	10

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA
Allegato 6A DPCM 12.01.2017

			DRG medici
MDC	DRG	DESCRIZIONE	
1	13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	22
1	19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	38
2	47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	28
3	65	Alterazioni dell'equilibrio (<i>eccetto urgenze</i>)	2
3	70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	43
3	73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	40
3	74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	42
4	88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	47
5	131	Malattie vascolari periferiche senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	13
5	133	Aterosclerosi senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	6
5	134	Ipertensione (<i>eccetto urgenze</i>)	5
5	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	40
5	142	Sincope e collasso senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	5
6	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	42
6	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	1
3	187	Estrazioni e riparazioni dentali	6
6	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	33
7	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	24
7	208	Malattie delle vie biliari senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	9
8	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	26
8	243	Affezioni mediche del dorso (<i>eccetto urgenze</i>)	7
8	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	32
8	248	Tendinite, miosite e borsite	39
8	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	38
8	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	42
8	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	43
8	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	47

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA
Allegato 6A DPCM 12.01.2017

MDC	DRG	DESCRIZIONE	DRG medici
			%
8	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	31
9	276	Patologie non maligne della mammella	28
9	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	4
9	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)	1
9	283	Malattie minori della pelle con CC	32
9	284	Malattie minori della pelle senza CC	23
10	294	Diabete, età > 35 anni (eccetto urgenze)	2
10	295	Diabete, età < 36 anni	37
10	299	Difetti congeniti del metabolismo	14
10	301	Malattie endocrine senza CC	19
11	317	Ricovero per dialisi renale	22
11	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	22
11	324	Calcolosi urinaria senza CC (eccetto urgenze)	9
11	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	4
11	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	21
11	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	21
11	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	36
11	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	29
12	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	14
12	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	23
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	35
14	384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	29
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)	4
16	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	28
16	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	17
17	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	17
17	409	Radioterapia	8
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	18
17	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	17

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA
Allegato 6A DPCM 12.01.2017

MDC	DRG	DESCRIZIONE	DRG medici
			%
17	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	16
19	426	Nevrosi depressive (<i>eccetto urgenze</i>)	4
19	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (<i>eccetto urgenze</i>)	4
19	429	Disturbi organici e ritardo mentale	37
23	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	11
23	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	17
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (<i>eccetto urgenze</i>)	16
25	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	19
1	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	46
1	564	Cefalea, età > 17 anni	40

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

e) DH medici diagnostici

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

f) 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.

g) CHIRURGIA ambulatoriale

Il Patto per la Salute 2010-2012 prevede che le prestazioni di seguito elencate vengano erogate in regime ambulatoriale. Il DPCM 12.01.2017 relativo alla definizione e all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, pubblicato nel supplemento n. 15 della G.U. n. 65 del 18 marzo 2017, ha riconfermato tale elenco (Allegato 6B del DPCM), stabilendo che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA dovrà definire le percentuali di riferimento. Nelle more di tale definizione si applica quanto stabilito dalla DGR n. 389 del 11/04/2016.

Occorre perciò monitorare il loro passaggio da prestazioni di degenza ad ambulatoriali verificando l'appropriatezza dei ricoveri che ricadono negli specifici DRG.

La DGR suddetta precisa che il trasferimento di attività dal contesto ospedaliero al contesto ambulatoriale deve essere realizzato nel presupposto che l'attività sanitaria trasferita sia identica alla attività originaria.

DESCRIZIONE INTERVENTO SPECIALISTICA AMBULATORIALE	CODICE INTERVENTO SPECIALISTICA	DRG	% AMMISSIBILITÀ PER DRG
Ricostruzione palpebra non a tutto spessore	08.72	40	casistica non presente
Ricostruzione palpebra a tutto spessore	08.74	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
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 98.51.2 98.51.3	323 (**)	9
Amputazione e disarticolazione dita mano/pollice	84.01 84.02	441 (*)	50

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.

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 "Mobilità sanitaria e Gestione del Sistema Informativo Sanitario e Sociale" della Direzione Regionale "Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane" contestualmente alla trasmissione dei riepiloghi che accompagnano il 'File A' dei dimessi.

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 _____		
CORRISPONDENZA TRA SDO E CARTELLA (1)	Numero SDO /Cartelle sottoposte a controllo	Numero SDO che sono risultate errate
	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
APPROPRIATEZZA (2)	Numero schede sottoposte a controllo	Numero SDO che sono risultate inappropriate o errate
Ricoveri ripetuti		
DRG complicati		
DRG LEA		
Ricoveri brevi di alta complessità		
DH medici diagnostici		
Parti cesarei		
Chirurgia ambulatoriale		

(1) I controlli SDO/Cartella Clinica ricomprendono tutti i casi controllati per l'Appropriatezza il totale dei casi controllati pertanto deve raggiungere nel riepilogo annuale almeno il **12,5%**

(2) L'elenco riporta alcune "possibili inappropriatezze" 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 (SDO/Cartella Clinica) 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)

Come noto, dal 2012 il Ministero della Salute chiede alle Regioni di allegare alla relazione sui controlli effettuati sulle cartelle cliniche i seguenti report riepilogativi contenenti anche informazioni sui risultati economici prodotti. Tale reportistica dovrà pertanto essere inviata dalle singole Aziende alla fine di ogni anno e concorrerà alla formazione della relazione annuale da inviare al Ministero nell'ambito degli adempimenti richiesti dal Tavolo LEA.

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 ^(a)		Prestazioni ad alto rischio inappropriatezza (identificate dalla Regione in riferimento a quanto previsto dall'art. 2 del D.M. del 10.12.2009)																
		Rilevati CH medici a carattere diagnostico ^(b)		Punti Casali ^(c)		Prestazioni ...		Prestazioni...		Totale complessivo								
		Num CC tot	Num CC non confermate ^(d)	Num CC tot	Num CC non confermate ^(d)	Num CC tot	Num CC non confermate ^(d)	Num CC tot	Num CC non confermate ^(d)	Risultati				Misure adottate				
% Num CC tot ^(e)	Num CC totale struttura erogatrice ^(f)									% CC prestazioni inappropriate ^(g)	% Num CC non confermate su totale delle CC controllate ^(h)	% CC non confermate su totale delle CC controllate ^(h)	Abbattimento tariffario ⁽ⁱ⁾	% del Budget ^(j)	Altre ^(k)			
Carico SGR ^(b)	Denominazione struttura erogante																	
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!			
100806	Presidio ospedaliero di Spoleto												#DIV/0!		#DIV/0!			
100808	Presidio ospedaliero di Orvieto												#DIV/0!		#DIV/0!			
100807	Presidio ospedaliero di Narni - Arreola												#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)

^(b) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

^(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 riguardante la definizione dei criteri suddetti

^(e) Somma del numero cartelle cliniche (% Num CC tot) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatezza

^(f) Numero cartelle cliniche totali della struttura erogatrice

^(g) = (d)/(f)

^(h) Somma del numero cartelle cliniche non confermate (% Num CC non confermate) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatezza

⁽ⁱ⁾ = (g)/(h)

^(j) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)

^(k) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

^(l) 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 SSI ^(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 ^(e)
							Abbattimenti tariffari ^(f)	% sul Budget ^(g)	
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)

RAPPORTI CON IL CONTROLLO ESTERNO

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.