

Art. 6  
Per la risoluzione delle discordanze sull'esito dei controlli, vengono appositamente istituiti i "lavoi tecnici per la risoluzione delle controverse" rispettivamente di livello provinciale e regionale, secondo le modalit  operative indicate nelle linee di indirizzo di cui all'art. 1.

Art. 7  
Sono approvate  
a) la scheda "antibioticoresistenza", contenuta nell'allegato 1 delle linee di indirizzo di cui all'art. 1, che dovr  essere accuratamente compilata per tutti gli interventi chirurgici e che sar  oggetto di controllo analitico, cos  come indicato nel PACA 2012-2013.  
b) Il formato scheda "Programmazione interventi/procedure diagnostiche" contenuto nell'allegato 2 delle linee di indirizzo e che, in via sperimentale, sar  oggetto dei controlli interni in costanza di ricovero, cos  come indicato nel PACA 2012-2013.

Art. 8  
Il presente decreto verr  inviato alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per l'integrale pubblicazione in parte prima, comprensiva degli allegati.

Art. 9  
Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione.  
Palermo, 13 marzo 2013.

**Allegati**

BORSELLINO

**LINEE DI INDIRIZZO PER LE ATTIVIT  DI CONTROLLO ANALITICO DELLE CARTELLE CLINICHE NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE**

**1. Premessa**

Relativamente al tema dei controlli analitici per l'appropriatezza, nella nostra regione si rende necessaria la predisposizione di nuove linee di indirizzo al fine di rendere pi  efficace ed efficiente il sistema complessivo nella sua capacit  di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Il quadro regionale, infatti, si caratterizza per la sovrapposizione di diversi sistemi di controllo, che pur avendo le medesime finalit , operano parallelamente in modo non integrato e disomogeneo.

Il primo sistema denominato "Programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualit  della codifica nella SDO"   direttamente coordinato a livello regionale, ed ha avuto come obiettivo generale quello di costruire un nuovo modello regionale di controlli cliniche e sulle SDO. Tale modello   inserito nel programma operativo 2010-2012, nell'ambito del quale l'Assessorato ha istituito i NOC aziendali, implementato un programma di formazione sullo svolgimento dei controlli analitici, avviato i controlli a partire dal 2010, inserendo gli stessi tra gli obiettivi dei diretti generali, entro il 31/1/2013, come previsto dallo stesso programma operativo, dovranno essere, altres , regolamentati i controlli di tipo esterno e definiti gli esiti dei controlli, che dovranno prevedere effetti economici e programmatici.

Il secondo sistema   direttamente coordinato dalle Aziende sanitarie provinciali (ASP) che ogni anno effettuano controlli analitici sull'attivit  erogata al fine di migliorare l'appropriatezza, di vertice, la congruit  della compilazione delle SDO e la qualit  della documentazione sanitaria, di prevenire e sanzionare gli eventuali comportamenti opportunistici. Tali controlli sono collegati da quest'ultimo sistema, pur avendo il medesimo obiettivo. Costituisce l'ASP di Catania che, gi  a partire dal 2011, ha provveduto ad integrare i due tipi di controllo centralizzandoli in un'unica funzione.

Il sistema regionale dei controlli analitici, per soddisfare i principi sopra descritti, opera secondo una metodologia omogenea di pianificazione e svolgimento dei controlli.

**3. Sistema regionale per i controlli analitici: Pianificazione, responsabilit , ambiti, contenuti e volumi dei controlli**

- **Trasparenza:** il sistema regionale dei controlli analitici prevede la comunicazione trasparente, esplicita e preventiva, dei fenomeni oggetto del controllo, e il ritorno informativo delle risultanze dei controlli.
- **Omogeneit :** le regole, gli strumenti e la metodologia applicata per lo svolgimento dei controlli deve essere uniforme, omogenea ed unica su tutto il territorio regionale.
- **Imparzialit :** deve essere garantita la neutralit  nello svolgimento dei controlli.
- **Obgettivit :** devono essere ridotti al minimo gli elementi di discrezionalità nella metodologia e nello svolgimento dei controlli.
- **Leggibilit :** certezza delle "regole del gioco" e degli esiti legati a determinati eventi, e dunque anche alla responsabilizzazione dei diversi attori del sistema, in qualit  di committenti o di produttori. Relativamente agli erogatori, la responsabilizzazione deve riguardare amministratori e professionisti sanitari.

**2. Principi generali da applicare al sistema regionale dei controlli**

- **definite principi e modalit  omogenee di controllo analitico sui comportamenti dei soggetti erogatori pubblici e privati**
- **integrare i diversi tipi di controllo analitico in un unico sistema complessivo, pur garantendo la centralit  del livello aziendale nella sua operativit  dei controlli**
- **facilitare il raggiungimento degli adempimenti regionali previsti dalla normativa nazionale**
- **diminuire il clima di conflittualit  interveniente tra committenti e produttori di prestazioni**
- **umentare la responsabilizzazione tra i diversi attori del sistema**
- **umentare il coinvolgimento dei professionisti, anche tramite percorsi formativi loro dedicati.**

Il sistema regionale dei controlli opera secondo i seguenti principi:

Dati anno 2010	N. cartelle controllate	N. cartelle addobbiate in corso	Valore importo
Calanissita	5024	340	€ 386.883,88
Catania	5799	692	€ 1.033.409,65
Siracusa	15153	654	€ 939.027,45
Trapani	10792	2306	€ 1.264.491,00
Messina	27319	1410	€ 2.692.935,61
Ragusa	0	0	€ 0,00
Agrigento	715	0	€ 0,00
Enna	157	37	€ 387.371,17
Palermo	33.310	18.090	€ 20.008.708,44
Totale	96563	23201	€ 26.712.827,20

Poich  appare evidente che l'attuale duplicazione e sovrapposizione di diversi sistemi di controlli analitici risulti poco conveniente sia dal punto di vista dell'efficienza che da quello dell'efficacia, il presente documento persegue prioritariamente le seguenti finalit :

Lezio dei controlli delle ASP incide sulla relativa remunerazione dei produttori, in termini di eventuali abbattimenti in esito alle risultanze dei controlli, ma dai risultati dei controlli effettuati sulle cartelle del 2010 e del 2011 (tabella sottostante) emerge una forte disomogeneit  sul territorio regionale relativamente alla quantit  di controlli, ai criteri utilizzati per selezionare le cartelle cliniche da parte delle ASP, alle modalit  di svolgimento dei controlli, alle percentuali di cartelle cliniche contestate e alle sanzioni applicate. Tale disomogeneit  contribuisce ad aumentare un eccessivo clima di conflittualit  tra soggetti committenti e produttori di prestazioni, poco utile al miglioramento continuo della qualit , che richiede la necessarit  ed urgente predisposizione di soluzioni correttive e la definizione di alcuni principi fondamentali, nonch  regole di funzionamento.

Tabella. Controlli analitici effettuati dalle diverse Aziende sanitarie provinciali (controlli esterni effettuati nel 2010 nei confronti di case di cura private e aziende ospedaliere)

3.1 Piano Annuale dei Controlli Analitici (PACA)

La Regione emana entro il 30 ottobre di ogni anno il Piano Annuale dei Controlli Analitici (PACA).

Il PACA viene predisposto sulla base dei risultati delle analisi effettuate, sugli archivi SDO della banca dati regionale, e sulla base dell'esperienza e delle risultanze dei controlli analitici effettuati nel-

l'anno precedente, nonché di quanto previsto dalla normativa nazionale.

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o produttori, devono attecchire alle indicazioni del PACA, che contiene gli elementi minimi ed obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Il PACA è unico e vale allo stesso modo per tutti i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e privati accreditati.

Ogni singola azienda sanitaria pubblica o privata, sulla base dell'analisi dei dati derivanti dai propri flussi informativi e dell'evidenziazione di fenomeni rilevanti può integrare, ampliando, ambiti, volumi e contenuti dei controlli in relazione alle proprie caratteristiche, alla propria specifica casistica, o alle prestazioni in committenza.

Tali integrazioni, qualora previste dalla ASP per le prestazioni in committenza, dovranno essere comunicate alle aziende da controllare, agli uffici competenti dell'Assessorato della salute e al Comitato regionale controlli approporziate.

3.2 Ambito di applicazione

L'ambito di applicazione del sistema dei controlli per l'appropriatazza comprende il complesso dell'attività erogata da tutte le strutture ospedaliere operanti in Regione Siciliana, sia pubbliche che private accreditate.

Costituiscono oggetto di controllo analitico dell'attività le dimissioni avvenute nelle strutture di ricovero ospedaliere della regione, indipendentemente dalla tipologia assistenziale (acuti, lungodegenza e riabilitazione), dal regime di ricovero (ordinario, day-hospital) e dal luogo di residenza dei pazienti ricoverati.

3.3 Contenuto dei controlli

Il Sistema regionale per i controlli analitici comprende controlli interni ed esterni, a seconda che siano rivolti alla propria produzione o all'attività in committenza.

Il contenuto dei controlli è identico sia nei controlli interni che esterni e sarà specificato nel PACA annuale.

Nella tabella sottostante si sintetizzano, a titolo esemplificativo, contenuti e fenomeni oggetto di controllo che saranno specificati e modificati periodicamente nel PACA.

Tipologie controlli	
Contenuti	
Documentazione sanitaria	Qualità della compilazione della cartella clinica
Codifica della SDO	Qualità compilazione SDO e congruenza con la cartella clinica
Appropriatazza Organizzativa	• Appropriatazza del livello di assistenza • Protocollo Controllo Appropriatazza Giornata di Ricovero • Appropriatazza in Lungodegenza e riabilitazione • Scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche • Appropriatazza Ricoveri Ripetuti stessa U.O e MDC • Omnicomprensività della tariffa • Appropriatazza per Ricoveri urgenti
Appropriatazza Clinica	• Antibiotico profilassi • Validazione del rischio di tromboembolismo venoso • Rilevazione e misurazione del dolore • Appropriatazza per esecuzione Parto Cesareo • Rischio caduta • Scheda Unica di terapia

3.4 Volumi di controlli da effettuare

Deve essere garantito quanto previsto dal decreto del Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali del 10 dicembre 2009 (G.U. n. 122 del 27 maggio 2010):

- un controllo analitico annuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche, ai sensi dell'art.79 della legge 6 agosto 2008, n.133.

3.4.1 Campionamento

Il campionamento dovrà intercettare i fenomeni da sottoporre a controllo analitico indicati nel PACA e deve essere stratificato per

- un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni periodicamente individuate dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatazza, in base ai parametri definiti nel decreto di cui sopra, e che deve essere effettuato in misura aggregativa al 10% del punto precedente, per almeno il 2,5% dei ricoveri.
- Al raggiungimento della percentuale del 12,5% di controlli analitici annui concorrono sia i controlli interni che esterni.
- Una quota dei controlli interni, pari almeno all'1% dei ricoveri (calcolata sui ricoveri dell'anno precedente), sarà effettuata dalle aziende produttrici in consistenza di ricovero secondo le indicazioni contenute nel presente documento.

3.4.1 Campionamento

Il campionamento dovrà intercettare i fenomeni da sottoporre a controllo analitico indicati nel PACA e deve essere stratificato per

- un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni periodicamente individuate dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatazza, in base ai parametri definiti nel decreto di cui sopra, e che deve essere effettuato in misura aggregativa al 10% del punto precedente, per almeno il 2,5% dei ricoveri.
- Al raggiungimento della percentuale del 12,5% di controlli analitici annui concorrono sia i controlli interni che esterni.
- Una quota dei controlli interni, pari almeno all'1% dei ricoveri (calcolata sui ricoveri dell'anno precedente), sarà effettuata dalle aziende produttrici in consistenza di ricovero secondo le indicazioni contenute nel presente documento.

3.5 Responsabilità

3.5.1 Livello Regionale

Il livello regionale ha la responsabilità della pianificazione, della definizione di obiettivi, metodi e strumenti del controllo, della vigilanza sulla funzione di controllo svolta dal livello aziendale e degli interventi programmati e correttivi derivanti dagli esiti dei controlli, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche al fine di prevenire il perpetuarsi di situazioni anomale da parte del livello aziendale.

Presso l'Assessorato della salute operano i servizi competenti che a vario titolo sono coinvolti nel sistema regionale dei controlli. In particolare vengono fissati gli ambiti di responsabilità dei seguenti servizi:

DASOE - Servizio 5 - Coordinamento delle attività del Sistema regionale controlli

Il servizio 5 svolge le seguenti funzioni:

- coordina le attività di programmazione e realizzazione dei controlli analitici per l'appropriatazza svolte in ambito regionale;
- coordina e riunisce il Comitato regionale controlli approporziatezza;
- fornisce il ritorno informativo agli attori del sistema e agli organismi nazionali a cui la Regione deve rendere conto (Ministero salute, Comitato LEA etc....) tramite la predisposizione dei relativi report.

DPS - Area 4 - Sistemi Informativi - Statistiche - Monitoraggi

L'Assessorato della salute, tramite l'area interpartimentale e i Sistemi informativi - Statistiche - Monitoraggi, effettua periodicamente la banca dati regionale relativamente all'appropriatazza delle prestazioni di ricovero al fine di fornire la relativa reportistica, che dovrà contenere i dati e le informazioni necessarie per evidenziare i fenomeni a rischio di non approporziatezza e da sottoporre a controlli analitici esterni che per quelli interni (con l'eccezione dei controlli in costanza di ricovero), è a carico dell'area interpartimentale e dell'Assessorato della salute che, con cadenza trimestrale (entro 30 giorni la chiusura del trimestre), fornisce agli interessati l'elenco delle cartelle cliniche da analizzare, campionate sui flussi trasmessi dalle aziende tra quelli con onere della degenza a totale e parziale carico del SSN.

La percentuale di cartelle campionate dall'area 4 è pari all'11,5% dei ricoveri (12,5% solo per l'anno 2012); il campionamento dell'ultimo trimestre deve tener conto dell'attività complessiva dell'anno in corso con particolare riferimento ai ricoveri ripetuti, quelli in day hospital e quelli non trasmessi entro le scadenze trimestrali.

Comitato Regionale Controlli Approporziatezza

Il Comitato regionale controlli approporziatezza supporta l'Assessorato della salute nelle seguenti funzioni:

- Definizione del piano annuale dei controlli;
- definizione e aggiornamento degli eventi da sottoporre a controllo di congruità e di approporziatezza;
- definizione delle prestazioni "ad alto rischio di inappropriatazza";

in modo che sia possibile dare evidenza ad eventuali controlli esterni (ad es. ASP, nuclei anti sofisticazione, controlli esterni provenienti da altre regioni, nuclei di controllo ministeriali, nuclei regionali) delle attività svolte.

**4.1 Controlli Interni post dimissione**

Il campionamento delle cartelle cliniche da controllare sarà effettuato e trasmesso dall'area interparlamentare 4 dell'Assessorato della salute alle ASP, alle aziende ospedaliere e a quelle private accreditate.

Deve essere garantito un volume totale di controlli analitici interni così come indicato nel PACA regionale.

I controlli analitici interni devono essere effettuati attraverso la revisione delle cartelle cliniche e relative SDO dei dimessi dalla struttura di appartenenza.

I controlli interni sono da considerarsi obiettivi vincolanti delle aziende e delle strutture private accreditate. La responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione e del raggiungimento dei risultati dei piani aziendali dei controlli è del direttore generale e del legale rappresentante delle strutture private accreditate.

Una quota dei controlli interni deve essere effettuata in costanza di ricovero su almeno l'1% del ricoveri come riportato, di seguito, nel presente documento.

In ogni caso dovrà essere garantita la percentuale del 12,5% dei controlli annuali per singolo soggetto erogatore secondo i parametri previsti dalla normativa nazionale.

Le ASP devono trasmettere le risultanze dei propri controlli interni e esterni all'Assessorato della salute tramite gli strumenti informativi messi a disposizione dalla Regione, già utilizzati nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I controlli relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informativi messi a disposizione per l'appropriatezza di strutture nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza di strutture.

- fissazione dei valori-soglia per gli indicatori significativi ai fini del controllo, oltre i quali i singoli istituti sono soggetti a controlli analitici ed eventualmente a sanzioni;
- formazione del personale delle aziende sanitarie dedicato ai controlli;
- monitoraggio e valutazione annuale delle attività di controllo analitico svolto dagli erogatori;
- supporto e consulenza ai nuclei di controllo aziendali.

**3.5.2 Livello aziendale**

Il livello aziendale costituisce il perno centrale del sistema dei controlli: ne è il soggetto operativo, ma anche il primo regolatore.

*Aziende sanitarie provinciali*

Le ASP sono responsabili a) del controllo esterno nei confronti degli erogatori pubblici e privati accreditati che afferiscono al proprio ambito di competenza, b) del controllo interno verso i presidi a gestione diretta dell'ambito di propria competenza.

Controlli esterni ed interni devono essere effettuati secondo le indicazioni riportate nel presente documento.

Una quota dei controlli interni deve essere effettuata in costanza di ricovero su almeno l'1% del ricoveri come riportato, di seguito, nel presente documento.

In ogni caso dovrà essere garantita la percentuale del 12,5% dei controlli annuali per singolo soggetto erogatore secondo i parametri previsti dalla normativa nazionale.

Le ASP devono trasmettere le risultanze dei propri controlli interni e esterni all'Assessorato della salute tramite gli strumenti informativi messi a disposizione dalla Regione. I risultati dei controlli interni dovranno essere resi disponibili agli erogatori verificati.

I controlli analitici interni dei presidi a gestione diretta ed esterna sono da considerarsi obiettivi vincolanti delle aziende. La responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione e del raggiungimento dei risultati dei piani aziendali dei controlli è del direttore generale.

*Aziende Sanitarie*

Tutte le aziende, pubbliche e private, produttrici di prestazioni sanitarie (Aziende ospedaliere, Policlinici universitari, Ospedali classici, IRCCS, Specializzazioni gestionali, Case di cura private accreditate) devono obbligatoriamente effettuare i controlli interni (PACA annuale).

Una quota di controlli deve essere effettuata in costanza di ricovero su almeno l'1% del ricoveri come riportato, di seguito, nel presente documento.

I controlli interni sono da considerarsi obiettivi vincolanti delle aziende e delle strutture private accreditate. La responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione e del raggiungimento dei risultati dei piani aziendali dei controlli è del direttore generale e del legale rappresentante delle strutture private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

I controlli interni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

ASP Palermo	ARNAS Civico AOU Policlinico Palermo O.R. Villa Sofia Cervello O.C. Baccobbi La Ferla ISMETT San Raffaele Rizzoli Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta
ASP Catania	AOU Policlinico Vittorio Emanuele ARNAS Garibaldi AO Cammizaro Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta
ASP Messina	AO Papardo Piemonte AOU Policlinico Messina IRCCS Bommo Pileto Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta
ASP Caltanissetta	Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta

ASP Trapani	Case di Cura private accreditate	P.O. a gestione diretta
ASP Agrigento	Case di Cura private accreditate	P.O. a gestione diretta
ASP Enna	Case di Cura private accreditate	P.O. a gestione diretta
ASP Ragusa	Case di Cura private accreditate	P.O. a gestione diretta
ASP Siracusa	Case di Cura private accreditate	P.O. a gestione diretta

La finalità dei controlli esterni è quella di verificare la corretta attuazione delle attività previste sia come forma di tutela verso i malati, sia come strumento di garanzia di qualità e di miglioramento continuo. L'obiettivo è quello di indurre nel tempo un effettivo miglioramento delle procedure di lavoro nelle strutture di degenza, di disinquinare i comportamenti opportunistici e di incentivare il perseguimento dell'appropriata e degli obiettivi di programmazione sanitaria aziendale e regionale.

I controlli esterni rispondono anche alla necessità di verificare la correttezza della valorizzazione delle attività erogate e, pertanto, il ruolo di verifica del corretto uso delle risorse regionali a fronte del pagamento delle prestazioni sanitarie.

Nelle aziende sanitarie provinciali deve essere garantita una attività di coordinamento tra tutti i controlli amministrativi, contabili, economici, giuridici e gestionali, e l'attività di controllo, che deve essere dimensionata sulla base dei volumi di controlli richiesti. La responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione e del raggiungimento dei risultati dei piani aziendali dei controlli è del direttore generale.

Le attività di controllo esterno potranno avere ricadute economiche-finanziarie sulle strutture erogatrici.

Entro il 30 aprile dovrà essere prodotto e trasmesso, tramite gli strumenti informatici messi a disposizione dalla Regione, il report annuale sulle attività di controllo effettuate ed i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente.

Deve, comunque, essere mantenuta memoria scritta delle attività di controllo esterno in modo che sia possibile dare evidenza ad eventuali controlli esterni (ad es. nuclei anti sofferenza, controllo esterni provenienti da altre regioni, nuclei di controllo misti-privati, nuclei regionali) delle attività svolte.

**6. Regolamentazione sulle modalità di esecuzione dei controlli esterni**

I controlli esterni vengono effettuati da parte dell'ASP, sulle strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni di ricovero nell'ambito territoriale di propria competenza.

L'esecuzione dei controlli deve prevedere le seguenti modalità operative:

1. Gli accessi di controllo devono essere effettuati dopo opportuno preavviso alla struttura sanitaria (almeno 7 giorni lavorativi), in modo che sia assicurata la presenza del direttore sanitario della struttura stessa o di un suo delegato e di un referente della compilazione e codifica della SDO.
2. La comunicazione deve essere scritta, con allegato l'elenco delle cartelle cliniche oggetto della verifica e notificata a mezzo fax, PEC o altra forma di trasmissione concordata.
3. Le risultanze dell'attività di controllo devono essere registrate su apposito verbale che riporti almeno i seguenti dati essenziali:
  - a. numero identificativo della cartella clinica
  - b. tipologia di controllo
  - c. esito (confermato/modificato/sospeso)
  - d. descrizione delle eventuali modifiche apportate
  - e. eventuali osservazioni della struttura controllata
4. Copia del verbale sottoscritto da ambedue le parti deve essere rilasciata alla struttura alla fine della verifica.
5. La struttura può accettare le non conformità rilevate al momento della verifica oppure riservarsi di proporre controdeduzioni entro e non oltre i 15 giorni lavorativi dalla data della verifica.
7. Sulle risultanze delle verifiche la struttura può proporre eventuali controdeduzioni entro 15 giorni lavorativi successivi alla verifica.

La finalità dei controlli esterni è quella di verificare la corretta attuazione delle attività previste sia come forma di tutela verso i malati, sia come strumento di garanzia di qualità e di miglioramento continuo. L'obiettivo è quello di indurre nel tempo un effettivo miglioramento delle procedure di lavoro nelle strutture di degenza, di disinquinare i comportamenti opportunistici e di incentivare il perseguimento dell'appropriata e degli obiettivi di programmazione sanitaria aziendale e regionale.

I controlli esterni rispondono anche alla necessità di verificare la correttezza della valorizzazione delle attività erogate e, pertanto, il ruolo di verifica del corretto uso delle risorse regionali a fronte del pagamento delle prestazioni sanitarie.

Nelle aziende sanitarie provinciali deve essere garantita una attività di coordinamento tra tutti i controlli amministrativi, contabili, economici, giuridici e gestionali, e l'attività di controllo, che deve essere dimensionata sulla base dei volumi di controlli richiesti. La responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione e del raggiungimento dei risultati dei piani aziendali dei controlli è del direttore generale.

Le attività di controllo esterno potranno avere ricadute economiche-finanziarie sulle strutture erogatrici.

Entro il 30 aprile dovrà essere prodotto e trasmesso, tramite gli strumenti informatici messi a disposizione dalla Regione, il report annuale sulle attività di controllo effettuate ed i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente.

Deve, comunque, essere mantenuta memoria scritta delle attività di controllo esterno in modo che sia possibile dare evidenza ad eventuali controlli esterni (ad es. nuclei anti sofferenza, controllo esterni provenienti da altre regioni, nuclei di controllo misti-privati, nuclei regionali) delle attività svolte.

**7. Risoluzione delle controversie**

Per la risoluzione delle controversie sullesito dei controlli in ambito ospedaliero vengono istituiti due livelli progressivi di riferimento:

**1. Livello provinciale:** Le ASP entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento devono istituire, con atto formale da trasmettere all'Assessorato, il tavolo tecnico provinciale per la risoluzione delle controversie che dovrà essere composto dai diversi attori del sistema pubblico e privato accreditato. In particolare il tavolo sarà composto dalle seguenti figure: esperte nell'applicazione della metodologia valutativa; un rappresentante dell'ASP con funzione di coordinatore; un rappresentante per ogni azienda ospedaliera (ove presente); un rappresentante del presidi a gestione diretta dell'ASP; un rappresentante dell'AiOP; un rappresentante per ciascuna delle due parti oggetto della controversia.

Il tavolo tecnico svolgerà le seguenti funzioni:

- valutare, su richiesta di una delle parti, eventuali criticità, difformità, su richiesta di una delle parti, eventuali criticità, difformità in ambito regionale;
- fornire il ritorno informativo sulle risultanze delle attività svolte utilizzando l'applicativo web dedicato, al fine di assicurare lo scambio delle esperienze, la loro condivisione e l'implementazione del presente regolamento e formulare i relativi giudizi;
- formulare pareri su eventuali dubbi interpretativi sulla codifica delle prestazioni su richiesta da parte di soggetti interessati.

Il tavolo tecnico dovrà essere integrato da esperti della disciplina oggetto della controversia rappresentati dai vari attori del sistema e con funzione di consulenza. Esso dovrà riunirsi entro 15 giorni dalla richiesta di una delle parti e formulare il parere entro 15 successivi giorni. Entro i successivi 10 giorni dalla formulazione del parere, su richiesta di una delle parti, si potrà ricorrere al tavolo regionale.

**2. Livello regionale:** Per la risoluzione delle controversie sullesito dei controlli non risolte dal tavolo provinciale viene istituito il "Tavolo tecnico regionale per la risoluzione delle controversie" composto da un rappresentante dell'Assessorato della salute e almeno un esperto in materia di controlli nominati dallo stesso Assessorato, tra soggetti non direttamente coinvolti nelle procedure di controllo, oggetto di contestazione ed eventualmente esperti nella disciplina. Nell'ambito di tale procedimento, l'ASP che ha eseguito il controllo dovrà trasmettere al dirigente generale dell'Assessorato dell'Assessorato della salute l'istruttoria contenente l'oggetto del controllo con le proprie valutazioni, copia dei verbali di verifica delle operazioni di controllo oggetto di contestazione, le schede analitiche di revisione, le fotocopie delle cartelle cliniche aventi il requisito di "copia conforme all'originale" e le controdeduzioni trasmesse all'ente dalla struttura erogatrice non concordate.

La direzione regionale predisporrà la convocazione del tavolo tecnico, dopo aver provveduto alla nomina dei componenti. Il tavolo si riunirà entro 30 giorni dall'istituzione del tavolo tecnico, sulla base delle conclusioni esultanti dalla normativa nazionale e regionale relativa ai controlli, sulle linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera.

La finalità dei controlli esterni è quella di verificare la corretta attuazione delle attività previste sia come forma di tutela verso i malati, sia come strumento di garanzia di qualità e di miglioramento continuo. L'obiettivo è quello di indurre nel tempo un effettivo miglioramento delle procedure di lavoro nelle strutture di degenza, di disinquinare i comportamenti opportunistici e di incentivare il perseguimento dell'appropriata e degli obiettivi di programmazione sanitaria aziendale e regionale.

I controlli esterni rispondono anche alla necessità di verificare la correttezza della valorizzazione delle attività erogate e, pertanto, il ruolo di verifica del corretto uso delle risorse regionali a fronte del pagamento delle prestazioni sanitarie.

Nelle aziende sanitarie provinciali deve essere garantita una attività di coordinamento tra tutti i controlli amministrativi, contabili, economici, giuridici e gestionali, e l'attività di controllo, che deve essere dimensionata sulla base dei volumi di controlli richiesti. La responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione e del raggiungimento dei risultati dei piani aziendali dei controlli è del direttore generale.

Le attività di controllo esterno potranno avere ricadute economiche-finanziarie sulle strutture erogatrici.

Entro il 30 aprile dovrà essere prodotto e trasmesso, tramite gli strumenti informatici messi a disposizione dalla Regione, il report annuale sulle attività di controllo effettuate ed i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente.

Deve, comunque, essere mantenuta memoria scritta delle attività di controllo esterno in modo che sia possibile dare evidenza ad eventuali controlli esterni (ad es. nuclei anti sofferenza, controllo esterni provenienti da altre regioni, nuclei di controllo misti-privati, nuclei regionali) delle attività svolte.

proprietà, individuazione di fabbisogni formativi, miglioramento del metodo e degli strumenti per la pianificazione e l'esecuzione delle stesse attività di controllo analitico.

**9. Formazione**

La formazione rappresenta un presupposto fondamentale per il sistema regionale dei controlli analitici, per la prevenzione dei comportamenti opportunistici e per il miglioramento dell'appropriatezza erogativa.

La Regione pianificherà le attività formative rivolte agli operatori interessati ai controlli.

Le aziende sanitarie, tramite le U.O.O. di formazione, devono inserire prioritariamente nei piani formativi aziendali il tema dell'appropriatezza, della qualità della documentazione sanitaria e dei controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Gli obiettivi formativi dovranno riguardare prioritariamente gli strumenti e metodi adottati per i controlli analitici, i fenomeni oggetto dei controlli, le prestazioni a rischio di inappropriatezza e la prevenzione dei comportamenti opportunistici.

La formazione, possibilmente con meccanismo a cascata, dovrà essere rivolta a tutti gli operatori sanitari e ai diversi livelli di responsabilità: management, responsabili di U.O., dirigenti medici e infermieri.

oltre che dei protocolli di revisione dell'uso dell'ospedale ufficialmente adottati.

Il tavolo regionale invierà formalmente le conclusioni di tale attività all'Assessorato della salute e all'ASP che ha eseguito i controlli per procedere, ciascuna per le parti di propria competenza, al calcolo definitivo di eventuali recuperi e/o sanzioni per le strutture che hanno attivato il contenzioso. Sarà cura dell'Assessorato fornire ampia informazione di tali esiti a tutti gli attori interessati tramite applicativo web dedicato.

Poiché al momento non è possibile valutare l'impatto e il carico di lavoro conseguenti all'applicazione a regime delle nuove procedure di controllo, le modalità operative del tavolo regionale saranno definite con successivo provvedimento.

**8. Esito dei controlli**

Gli effetti delle attività di controllo potranno essere di tipo

a) economico: rideterminazione del valore della prestazione erogata, mancato riconoscimento o recupero di somme non dovute;

b) programmatico: predisposizione di provvedimenti, raccomandazioni di carattere regionale o aziendale, azioni correttive volte alla prevenzione dei comportamenti opportunistici o adeguamento di situazioni anomale nelle strutture interessate, revisione accordi contrattuali, miglioramento dell'appropriatezza, gestione di situazioni anomale nelle strutture interessate, miglioramento dell'uso dell'ospedale ufficialmente adottati.

COPIA NON VALIDA DAL SISTEMA DI AUTENTICAZIONE

## Allegato 1: Scheda Antibioticoprofilassi

UNITÀ OPERATIVA .....

DATI PAZIENTE

COGNOME .....	NOME .....	NATO IL .....
Ricoverato il .....		

VALUTAZIONE DEL RISCHIO									
Classe ASA	1	2	3	4	5	Classe intervento		SI	NO
						Pulito	Pulito-contaminato		
Impianto protesico	<input type="checkbox"/>	Degenza prima dell'intervento > 48h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Contaminato	<input type="checkbox"/>	Degenza prima dell'intervento > 48h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

DATA DELL'INTERVENTO .....	ORA INIZIO .....	ORA FINE .....
INTERVENTO .....		
*dell'intervento .....		

MODALITÀ ESECUZIONE PROFILASSI ANTIBIOTICA									
Ora somministrazione antibiotico					Antibiotico somministrato				
Se SI per					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Emodiluzione > 15 ml/Kg					<input type="checkbox"/> Durata intervento > 3 h				
<input type="checkbox"/> Perdite ematiche > 1.500 ml					<input type="checkbox"/> ASA ≥ 2				
<input type="checkbox"/> impianto di protesi					<input type="checkbox"/> ASA ≥ 2				

FIRMA .....

COPIA  
MON



**Ringraziamenti**

La presente Raccomandazione è stata elaborata da un gruppo di lavoro formato da:

- Giuseppe Murolo, Assessore della Salute
- Giovanni De Luca, Assessore della Salute
- Giuseppe Virga, Assessore della Salute
- Sergio Buffa, Assessore della Salute
- Antonino Quaceli, responsabile UO SDO, AOU Politecnico Vittorio Emanuele Catania
- Antonino Drago, responsabile UO Informatica medica, AOU Politecnico Vittorio Emanuele Catania
- Sabrina Arnone, responsabile Sistema Informativo, ARNAS Civico Palermo
- Antonio Capodicasa, responsabile Qualità e rischio clinico, ARNAS Civico Palermo
- Giuseppe Longo, Responsabile Dipartimento Attività Ospedaliere ASP Catania
- Danilo Greco, Responsabile UOC Ospedaliere Pubblica e Privata ASP Caltanissetta
- Mariagiuliana Fazio, responsabile Dipartimento Attività Ospedaliere, ASP Palermo
- Maria Rosa Mangeli, responsabile Dipartimento Attività Ospedaliere, ASP Palermo
- Serafino Garda, responsabile UOC Ospedaliere privata, ASP Palermo

Si ringraziano inoltre per la collaborazione

- Agostino Massimo Geraci (ARNAS Civico Palermo), Maria Teresa Nisi (ASP Catania), Salvatore Piparo (ASP Messina), Mario Scalfitro (ASP Messina), Rosaria Spina (ASP Catania), Stefano Briganti (ASP Messina), Santi Mangano (ASP Messina), Beniamino Riggio (ASP Caltanissetta), Biagio Damcrino (ASP Caltanissetta).

Si ringrazia inoltre l'Associazione Italiana Ospedaliere Privata (AIOP).

COPIA NON TRATTA DA PARLAMENTO



<p><b>b) Ricoveri ripetuti</b></p> <p>Il fenomeno della ripetizione di un ricovero anche a breve distanza da un ricovero precedente è un evento attribuibile a svariate motivi che possono essere giustificati dalle seguenti situazioni cliniche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• complicazioni chirurgiche o mediche secondarie ad un precedente ricovero presso la stessa struttura ospedaliera;</li> <li>• completamento dell'iter diagnostico-terapeutico del precedente ricovero;</li> <li>• malattie croniche in latente compenso clinico (esempio: scompenso cardiaco) ricorrenti in paziente con cardiopatia dilatativa di grado elevato, pazienti in stato terminale, ecc.);</li> <li>• Da quando, però, la remunerazione delle prestazioni di ricovero è effettuata per ciascun ricovero classificato per DRG alla tariffa pre-determinata, il fenomeno della ripetizione dei ricoveri può anche rappresentare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni come per:</li> <li>• frazionamento dell'episodio di cura in più ricoveri a cui consegue un aumento consistente della spesa complessiva e un disagio all'assistito nel ricevere l'assistenza (esempio: 1° ricovero per esecuzione di una coronarografia e 2° ricovero per praticare l'angioplastica);</li> <li>• dimissione precoce del paziente ad un livello di instabilità clinica che richiede ancora assistenza in degenza ospedaliera; tenere i costi dell'assistenza del singolo ricovero riducendo la quantità dei servizi;</li> <li>• In relazione alle attività di controllo, si definiscono ricoveri ripetuti per acuti, i ricoveri ordinari in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso presidio, sono attribuiti alla stessa MDC (categoria diagnostica maggiore) e che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla precedente dimissione.</li> <li>• Pertanto tutti i ricoveri ripetuti entro 30 giorni da un precedente ricovero dovranno essere sottoposti a controlli analitici delle cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti.</li> </ul> <p>Tipo di controllo: 1, 2, 3 e 5</p> <p>Effetto specifico del controllo (risposta negativa alla prima domanda del controllo 5): mancato riconoscimento della valorizzazione dei ricoveri ripetuti ritenuti non giustificati.</p> <p><b>f) Omnicomprensività della tariffa</b></p> <p>Una delle esigenze possibili di parcellizzazione dei ricoveri si verifica in occasione di ricoveri di tipo chirurgico o parto, in questi casi potrebbe verificarsi che il ricovero per l'esecuzione dell'intervento sia preceduto da un ricovero in regime ordinario o in DH di tipo medico chirurgico. Questa parcellizzazione risulta un comportamento opportunistico in quanto, come previsto dalla legge n. 449 del 27 dicembre 1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica - "Le prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero programmato devono essere erogate nel corso dello stesso ricovero o anche precedentemente, purché non tariffate e senza partecipazione alla spesa da parte del paziente".</p> <p>In caso di ricoveri di tipo chirurgico precedenti entro 30 giorni da un ricovero di tipo medico, ordinario o in DH, dello stesso soggetto, dovranno essere sottoposti a controllo analitico tutte le cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti. Qualora il primo ricovero di tipo medico risultasse erogato per l'esecuzione di prestazioni proprie del ricovero, quali esami diagnostici e/o studi di assistenza che di trattamento fisioterapici incentrati ad ottenere un miglioramento della condizione di malattia o ad impedire il peggioramento.</p> <p>In particolare le unità di lungodegenza sono riservate a quei pazienti che, conclusa la fase acuta della patologia, necessitano di un prolungamento dell'intervento assistenziale ospedaliero in quanto presentano una situazione funzionale compromessa da cui ha origine un'ipotesi di ricovero in una delle seguenti categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• quando clinico ancora instabile, non compatibile con il rientro a domicilio o con il passaggio ad altre forme di residenzialità assistita;</li> </ul>	<p><b>g) DRG complicati</b></p> <p>Tipo di controllo: 1, 2 e 8</p> <p><b>f) DRG incoerenti (DRG 424, 468, 476, 477)</b></p> <p>Gli episodi di ricovero in regime ordinario attribuiti ai DRG 424, 468, 476 e 477 dovranno essere controllati attraverso la verifica delle cartelle cliniche e se riconosciuti incoerenti dovranno essere riclassificati.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2 e 8</p> <p><b>e) Ricoveri con assegnazione di DRG medici ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario</b></p> <p>Questa categoria è volta ad accertare l'erogazione di DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza diurna, come indicato nell'allegato 1 e 2 al D.A. 12 agosto 2011 e da eventuali successive modificazioni.</p> <p>I controlli in questione dovranno accertare la presenza di condizioni che giustificano la modalità di erogazione del ricovero. Tipo di controllo: 1, 2, 3 e 4 per ogni accesso</p> <p>Effetto specifico del controllo (per ogni singolo accesso non appropriato con controllo 4):</p> <p>Poiché gli abbinamenti statistici del D.A. soprannominato e gli effetti dei controlli analitici avvengono in tempi diversi, per evitare duplicazioni di sanzioni, si opera un conguaglio applicando la sanzione economica più onerosa al netto della quota abbattuta già applicata.</p> <p><b>d) Ricoveri con assegnazione di DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario</b></p> <p>Questa categoria è volta ad accertare l'erogazione di DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario, come indicato nell'allegato 1 e 2 al D.A. 12 agosto 2011 e da eventuali successive modificazioni. I controlli in questione dovranno accertare la presenza di condizioni che giustificano la modalità di erogazione del ricovero ordinario. La distanza e/o l'età del paziente non costituiscono elementi sufficienti per giustificare l'appropriato ricovero ordinario.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2, 3 e 4 per ogni accesso</p> <p>Effetto specifico del controllo (per ogni singolo accesso non appropriato con controllo 4): qualora il DH risultasse inappropriato si applica una decurtazione del 70% della tariffa.</p> <p><b>c) Ricoveri in DH per motivi diagnostici</b></p> <p>Deve essere verificata la presenza nella documentazione sanitaria delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero in day hospital con attribuzione di DRG chirurgico.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2, 3 e 4 per ogni accesso</p> <p>Effetto specifico del controllo (per ogni singolo accesso non appropriato con controllo 4): qualora il DH risultasse inappropriato si applica una decurtazione del 70% della tariffa.</p> <p><b>b) Ricoveri con assegnazione di DRG medici ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario</b></p> <p>Questa categoria è volta ad accertare l'erogazione di DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza diurna, come indicato nell'allegato 1 e 2 al D.A. 12 agosto 2011 e da eventuali successive modificazioni.</p> <p>I controlli in questione dovranno accertare la presenza di condizioni che giustificano la modalità di erogazione del ricovero ordinario. La distanza e/o l'età del paziente non costituiscono elementi sufficienti per giustificare l'appropriato ricovero ordinario.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2, 3 e 4 per ogni accesso</p> <p>Effetto specifico del controllo (per ogni singolo accesso non appropriato con controllo 4): qualora il DH risultasse inappropriato si applica una decurtazione del 70% della tariffa.</p> <p><b>a) Ricoveri con assegnazione di DRG medici ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario</b></p> <p>Questa categoria è volta ad accertare l'erogazione di DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza diurna, come indicato nell'allegato 1 e 2 al D.A. 12 agosto 2011 e da eventuali successive modificazioni.</p> <p>I controlli in questione dovranno accertare la presenza di condizioni che giustificano la modalità di erogazione del ricovero ordinario. La distanza e/o l'età del paziente non costituiscono elementi sufficienti per giustificare l'appropriato ricovero ordinario.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2 e 8</p> <p><b>g) DRG complicati</b></p> <p>La proporzione di DRG complicati può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica della scheda di dimissione, ma può riflettere anche fenomeni di "sovracodifica" delle diagnosi secondarie. A tal proposito si sottolinea che in base alle regole di codifica delle SDO definite dalla vigente normativa, possono essere riportate sulla SDO esclusivamente le patologie o problemi che hanno comportato, nel corso del ricovero, interventi assistenziali che hanno impegnato consumo di risorse.</p> <p>Al fine di fornire agli organismi di controllo una rappresentazione del comportamento degli erogatori rispetto alla frequenza dei DRG con complicanze, l'area 4 del sistema informativo regionale, annualmente, diffonderà, per i DRG omologhi, la frequenza media regionale dei casi complicati per ciascun DRG per tipologia annuntiativa del soggetto erogatore.</p> <p>Per quanto riguarda i ricoveri acuti ordinari le ASP, qualora i valori di frequenza osservati presso i propri erogatori risultino più elevati della media regionale per tipo di erogatore, controlleranno analiticamente tutte le cartelle cliniche relative alle dimissioni attribuite a DRG complicati e di conseguenza i casi complicati ritenuti incoerenti saranno riclassificati secondo lo stesso DRG senza complicazioni.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2 e 8</p>
--	--

<p>o) Ricoveri urgenti</p> <p>Deve essere verificato il corretto utilizzo della modalità di ricovero urgente per prevenire comportamenti opportunistici, laddove non siano rappresentativi dei reali bisogni dei pazienti, finalizzati al superamento del problema delle liste di attesa e delle classi di priorità previste.</p> <p>A tale scopo deve essere verificata l'appropriata organizzazione del pronto soccorso, tramite l'accertamento della reale valutazione clinica nella documentazione sanitaria. In particolare deve essere verificata la presenza del verbale di pronto soccorso e che abbia lo stesso si avvicina la presenza di una valutazione clinica e/o laboratoristica strumentale che giustifichi il ricovero in reparto, o per le strutture senza PS la presenza della scheda di valutazione all'ingresso. Si escludono i ricoveri effettuati tramite reti assistenziali o in terapia intensiva.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2 e 8</p> <p>Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva nei punti riguardanti i ricoveri urgenti): abbattimento della tariffa DRG del 20% rispetto alla tariffa piena.</p> <p>p) DRG psichiatrici (426, 427, 429, 430, 431, 432, 433, 523)</p> <p>I controlli sui DRG di psichiatria, sia per acuti che per riabilitazione, verranno effettuati secondo le indicazioni ed i presupposti dei controlli dei ricoveri ordinari riguardanti la congruenza e la qualità del contenimento della cartella clinica.</p> <p>Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i controlli in oggetto saranno effettuati dal personale del dipartimento di salute mentale adeguatamente formato e sotto il coordinamento della funzione aziendale NOC.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2, 8 e giudizio dello specialista psichiatra</p> <p>Effetto specifico del controllo (ricovero non appropriato secondo il giudizio dello specialista): abbattimento della tariffa DRG del 50% rispetto alla tariffa piena se il ricovero è ritenuto inappropriato.</p> <p>q) Controllo ricoveri fuori soglia (di durata superiore a quella prevista).</p> <p>Questi controlli dovranno verificare nella documentazione sanitaria la presenza delle condizioni che hanno determinato il prolungamento della degenza oltre il termine previsto per il DRG attribuito, con particolare attenzione al prolungamento artificiosamente determinato per ottenere una remunerazione aggiuntiva per i giorni fuori soglia.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2, 8, e 4 per tutte le giornate fuori soglia</p> <p>Effetto specifico del controllo (giornata non appropriata con controllo 4): abbattimento delle giornate fuori soglia inappropriata.</p> <p>r) Controllo Programmazione degli interventi/procedure diagnostiche</p> <p>In un prima fase questo controllo sarà effettuato soltanto sui controlli interni in costanza di ricovero, dal 2014 sarà parte integrante anche dei controlli post-dimissione esterni e quindi sanzionabile.</p> <p>La valutazione della appropriatezza delle singole giornate di degenza presuppone anche la necessità di poter verificare la programmazione, entro le prime 48 ore, dell'iter diagnostico-terapeutico attraverso la presenza di una "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche".</p> <p>La verifica della presenza di una "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche" (allegato 2) è finalizzata a promuovere la necessità di poter verificare la programmazione terapeutico del singolo paziente e a prevenirne, sia pure in modo presuntivo, la dimissibilità.</p> <p>Lo scopo è quello di supportare le direzioni sanitarie aziendali nella funzione di controllo dei tempi di degenza, fornendo loro uno strumento in grado di promuovere la programmazione delle attività assistenziali da parte professionisti e favorire la rifocazione di eventuali criticità organizzative (ad es. prolungamento delle degenze in attesa di specifiche attività diagnostiche o procedure) e predisporre conseguenziali azioni correttive.</p> <p>La scheda prevede, inoltre, che sia indicata la presunta data di dimissibilità o nel caso di reparti di terapia intensiva o sub intensiva, la data di presunto trasferimento, in coerenza con lo standard JCI ACC.1.4., che recita "Il ricovero e il trasferimento da un'unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti".</p> <p>Tipo di controllo: 9 sui controlli interni in costanza di ricovero</p> <p>Effetto specifico del controllo: nessuno per i ricoveri dell'anno 2013.</p>	<p>• buon compenso clinico, ma persistenza di una limitazione funzionale non stabilizzata recuperabile almeno parzialmente con un intervento di riabilitazione estensiva;</p> <p>• buon compenso clinico e limitazione stabilita della capacità funzionale e dell'autosufficienza, ma esigenza di assistenza continuata di tipo infermieristico e di eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo finalizzati al mantenimento dei livelli di autonomia residui, in attesa di assegnazione ad altre forme di assistenza extraspedaliera.</p> <p>Si dovrà verificare, anche in costanza di ricovero, che la durata del ricovero sia congrua con le condizioni cliniche del paziente con particolare attenzione alle degenze di durata inferiore a 30 giorni, a quelle di durata superiore a 60 giorni e ai trasferimenti nel reparto per acuti da cui proviene il paziente.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2 e 6</p> <p>m) Ricoveri in riabilitazione (Cod. 56)</p> <p>Le prestazioni di ricovero di riabilitazione presentano un alto margine di potenziale inappropriata della complessità organizzativa delle strutture coinvolte e del regime di erogazione in relazione alle effettive necessità assistenziali dei pazienti. Esse rappresentano, inoltre, una significativa quota dell'attività di ospedalizzazione e della spesa complessiva per l'assistenza ospedaliera. Il ricovero nei reparti di riabilitazione ospedaliera post-acuta (cod. 56) è ammesso per pazienti provenienti da reparti per acuti, da reparti di riabilitazione ad alta specialità (cod. 28 - cod. 75), da reparti di lungodegenza riabilitativa o dal territorio, purché in quest'ultimo caso entro 60 giorni dal ricovero in reparto per acuti.</p> <p>Controllo da effettuare, anche in costanza di ricovero, per verificare la presenza del programma/progetto riabilitativo del paziente. Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i controlli in oggetto saranno effettuati dal personale dei servizi di riabilitazione adeguatamente formato e sotto il coordinamento della funzione aziendale NOC.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2 e 7 (scheda a e b)</p> <p>Effetto specifico del controllo (giornata o accesso non appropriato con controllo 7 scheda b): nei ricoveri ordinari mancata valorizzazione dell'accesso inappropriato; nei ricoveri in DIL, nel caso relativa all'accesso/ri.</p> <p>n) Parti cesaree DRG 370 e 371</p> <p>Dovrà essere effettuato il controllo dei ricoveri per parto cesareo al fine di verificare la presenza nella documentazione sanitaria delle condizioni che giustificano l'indicazione al taglio cesareo coerentemente alla linea guida nazionale "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" (prima e seconda parte).</p> <p>Deve essere posta particolare attenzione alle frequenze elevate di quelle condizioni del parto che superano i valori medi nazionali o regionali, non rispecchiano le loro distribuzioni nella popolazione, e che pertanto sono fortemente predictive di comportamento opportunistico della codifica piuttosto che di reali esigenze della donna.</p> <p>Tra queste condizioni deve essere verificata la "condizione e percentuale di cesareo e ha frequenza media nazionale dell'8%".</p> <p>Dati dati del 2010, tale condizione è risultata particolarmente frequente in alcune strutture, raggiungendo valori anche superiori al 50%.</p> <p>Sulla base della revisione della documentazione clinica si procederà a classificare il ricovero in base alla causa che ha determinato la procedura:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. motivato da problematica fetale</li> <li>2. motivato da problematica della madre</li> <li>3. motivato da pregresso parto cesareo</li> <li>4. senza menzione dell'indicazione</li> <li>5. documentazione clinica incompleta.</li> </ol> <p>Sono da considerarsi evitabili le prestazioni riconducibili ai punti 4 e 5 per i quali saranno previsti abbattimenti tariffari, in base a quanto previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata del 16/12/2010, pubblicata nella G.U. n° 13 del 18 gennaio 2011.</p> <p>Tipo di controllo: 1, 2 e 8</p> <p>Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, può essere utile il supporto di specialisti in ginecologia ed ostetricia.</p> <p>Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva nei punti riguardanti il parto cesareo): tutti salvati gli abbattimenti previsti dal D.A. 22 maggio 2012, ulteriore abbattimento del 10% della tariffa. Deve, inoltre essere fatta specifica comunicazione all'Assessorato e alla direzione aziendale per la predisposizione delle conseguenti azioni correttive e/o sanzionatorie.</p>
---	--

## 4. Schede da utilizzare per le varie tipologie di controllo analitico

Controllo I (valutazione proporzionale):  
Analisi documentazione clinica

100	Na	No	si	La cartella clinica è disponibile?
4		No	si	Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato?
4		No	si	La diagnosi di dimissione è indicata?
5	Na	No	si	La proposta di ricovero su ricettario SSR è presente? (solo per i ricoveri programmati, esclusi i ricoveri post-curi per trasferimento diretto dai reparti ospedalieri pubblici e privati)
5	Na	No	si	Il documento di sintesi della storia clinica del paziente redatto dal medico curante (allegato E/D) è presente? (solo per i ricoveri programmati)
3	Na	No	si	Per il DI/DS la comunicazione dello specialista al medico curante è presente?
3	Na	No	si	Per il DI/DS il percorso assistenziale è presente?
5		No	si	Anamnesi patologica remota
3		No	si	Presente?
1	Na	No	si	Leggibile?
5		No	si	Anamnesi patologica prossima
5		No	si	Presente?
1	Na	No	si	Leggibile?
5		No	si	Presente?
3	Na	No	si	Descrive almeno due app. + sede del problema?
1	Na	No	si	Leggibile?
3	Na	No	si	Datario medico clinico
5		No	si	Annotazioni in tutte le giornate di degenza?
3		No	si	Annotazioni firmate o siglate?
3	Na	No	si	L'intervento chirurgico è documentato con copia del registro di sala operatoria?
1	Na	No	si	La descrizione dell'intervento è leggibile?
3	Na	No	si	L'intervento eseguito è identificabile nella descrizione?
3	Na	No	si	L'intervento eseguito è descritto in maniera analitica?
3	Na	No	si	La cartella anestesicologica è presente e debitamente compilata?
3	Na	No	si	La Scheda Unica di Terapia è presente e debitamente compilata?
3	Na	No	si	E presente il referto dell'esame istologico?
3	Na	No	si	Foglio di dimissione e/o trasferimento? (ma se decesso)
10		no	si	Tutti i consensi informati sono presenti in cartella e sono completi (firme, date, procedure, rischi, alternative terapeutiche)?
Na	No	si	E presente nel verbale di transito dal PS o in altro documento una valutazione clinica e/o strumentale che motivi il ricovero urgente in reparto?	
Na	No	si	E un ricovero urgente proveniente da reti assistenziali? (ad es. rete infarto)	
Na	No	si	E un ricovero urgente con accesso in terapia intensiva?	
Na	No	si	Solo per DRG 370-371	
Na	No	si	Il parto cesareo è motivato da problematiche fetali?	
Na	No	si	Il parto cesareo è motivato da problematiche della madre?	
Na	No	si	E motivato da pregresso parto cesareo?	
Na	No	si	E indicata altra motivazione per l'indicazione a parto cesareo?	

Note:

Rilevatore:

Controllo 2 (valutazione proporzionale):  
Qualità compilazione SDO e congruenza con la cartella clinica

100	Na	No	si	La cartella clinica è disponibile?
100		No	si	È presente nella cartella clinica copia della SDO?
10		No	si	Nella SDO è presente la firma nei campi previsti?
5		No	si	La diagnosi principale indicata è quella che ha comportato il maggior consumo di risorse?
3	Na	No	si	Il tipo di ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri ordinari)
3	Na	No	si	Il motivo del ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri diurni)
5		No	si	Sono state segnalate tutte le diagnosi che hanno influenzato l'episodio di cura?
5		No	si	Le diagnosi secondarie segnalate hanno realmente influenzato l'episodio di cura comportando un impegno significativo nel corso del ricovero p.c. richiesta di consulenze, esami diagnostici, terapie infortuniali etc?
10	Na	No	si	Le procedure indicate nella SDO trovano riscontro nella cartella clinica? (solo se sono indicate procedure) (per i soli DRG complicati)
20	Na	No	si	In cartella clinica sono descritti interventi chirurgici non segnalati nella SDO?
5		No	si	Le diagnosi e le procedure indicate nella SDO in maniera descrittiva sono congruenti con le regole di codifica (normativa e linee guida)?
5		No	si	Fra le diagnosi secondarie è indicato, in maniera coerente, uno dei codici V27 relativi all'esito del parto? (solo per i DRG 370-371-372-373-374-375)
10	Na	No	si	In diagnosi principale è codificata l'indicazione al parto cesareo? (solo per i DRG 370-371)

Note:

Rilevatore:

Controllo 3: Appropriatazza del livello di assistenza

Na	no	Si	Si vince dalla documentazione sanitaria una condizione clinica di urgenza?
	no	Si	Sono presenti comorbilità che necessitano di monitoraggio clinico o assistenza continuativa?
	no	Si	Si vince dalla cartella clinica che il paziente è privo di assistenza familiare?
Na	no	Si	Si vince dalla cartella clinica che il paziente sia un soggetto "candidato a trapianto"? (solo per il DRG 410)

Note:

Rilevatore:



## Controllo 5: Appropriatazza Ricoveri Ripetuti

Sono presenti valide motivazioni che giustificano la ripetizione del ricovero entro 30 giorni, nella stessa U.O. e attribuiti alla stessa MDC?		Si	no	Na
(Na se i ricoveri non sono nella stessa U.O. e MDC)				
Sono presenti valide motivazioni che giustificano il ricovero medico seguito entro 30 giorni da un ricovero chirurgico con patologie correlate? (non è stato cioè erogato esclusivamente per l'esecuzione di prestazioni chirurgiche all'intervento chirurgico)		Si	no	
(Na se i ricoveri non sono correlabili)				

Note:

Rilevatore:

- La prima domanda per evidenziare un comportamento opportunistico di parcelizzazione delle prestazioni
- La seconda domanda per salvaguardare la Omnicomprensività della tariffa

Controllo 6 (valutazione proporzionale):  
Appropriatazza in Lungodegenza

Il paziente proviene da U. O. per acuti		si	no	Na
Il paziente proviene da U. O. di Riabilitazione intensiva (lungodegenza per assistenza riabilitativa di più bassa intensità; interventi riabilitativi riportati nel Pat - d.a. 02279/12; Piano della Riabilitazione)		si	no	Na
Il paziente proviene dal domicilio (lungodegenza riabilitativa solo nei casi in cui non è possibile effettuare il trattamento riabilitativo in immediata continuità con il ricovero in u.o. per acuti es. patologia ortopedica ai quali non è concesso il carico immediato; interventi riabilitativi riportati nel Pat - d.a. 02279/12 - Piano della Riabilitazione)		si	no	Na
E' presente la richiesta del medico di reparto per acuti o di riabilitazione intensiva per il ricovero in lungodegenza		si	no	Na
E' presente la richiesta del medico di base per il ricovero in lungodegenza nei casi provenienti da domicilio		si	no	Na
E' presente la validazione della richiesta del medico di Lungodegenza post - acuzie		si	no	100
I criteri di ammissione sono coerenti con la normativa (checolare assessoriale n. 1263/09) (punto A Scheda Esplaniva)		si	no	100
E' presente almeno una delle condizioni cliniche eleggibili previste dalla normativa (checolare assessoriale n. 1263/09) (punto B Scheda Esplaniva)		si	no	100
Il PAI (Programma Assistenziale Individualizzato) è redatto tenendo conto dei bisogni assistenziali (punto C Scheda Esplaniva)		si	no	100
E' presente il programma riabilitativo specifico per il bisogno riabilitativo		si	no	Na
Il PAI (Programma Assistenziale Individualizzato) riporta la valutazione periodica		si	no	100
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione della sindrome da immobilizzazione		si	no	100
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione delle lesioni da decubito		si	no	20
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione delle cadute		si	no	20
La cartella riporta la valutazione per le infezioni ospedaliere		si	no	20
La cartella riporta la valutazione per la gestione corretta degli ausili e presidi		si	no	20
E' evidenziato il persistere di un bisogno (clinico, riabilitativo, infermieristico, sociale) per il proseguimento del ricovero oltre il 30° giorno		si	no	50
Nei casi di pazienti ricoverati oltre il 30° giorno senza il persistere di un bisogno assistenziale, si evince dalla documentazione clinica l'attivazione delle procedure per il trasferimento al territorio attraverso le procedure delle dimissioni protette o facilitate.		si	no	50

## Appropriatezza in Lungodegenza: Scheda Esplorativa

## Punto A: Criteri di ammissione coerenti con la normativa (circolare assessoriale n. 1263/09)

*Criteri di ammissione area Medica:*

- Paziente con pregressa malattia acuta e clinicamente stabilizzato, non autonomo, in cui persiste la necessità di visita medica quotidiana per l'aggiustamento della terapia e il recupero dell'autonomia in tempo contenuto
- Paziente convalescente con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomo, con deficit funzionali emendabili
- Paziente destinato a trattamenti periodici a elevata frequenza
- Paziente con deficit funzionali lievi e prognosi favorevole per il recupero a breve termine, che necessita prevalentemente di assistenza inferistica oltre a interventi riabilitativi mirati di tipo estensivo

*Criteri di ammissione area Chirurgica:*

- Paziente con comorbidità e/o complicanze di pertinenza inferistica a rischio di stabilità
- Paziente che presenta deficit funzionali e che necessita di sorveglianza medica ed assistenza inferistica continuativa

*Criteri di non ammissione:*

- Paziente terminale per il quale sono attivabili forme alternative di assistenza
- Paziente con importante deterioramento cognitivo
- Paziente anziano non autosufficiente con esiti di patologie stabilizzate

## Punto B: Condizioni cliniche eleggibili previste dalla normativa (circolare assessoriale n. 1263/09)

*Condizione cliniche eleggibili per l'area medica*

- Ictus cerebrale post-acuteo
- Scompenso Cardiaco che necessita di cure continuative
- Diabete mellito scompensato post-acuteo
- Polmonite o altro processo infettivo a lenta risoluzione
- Insufficienza respiratoria cronica riacutizzata ( per terapia infusionale aerosol)
- Post acute di Endocardite infettiva
- Soggetti cronici con affezioni concomitanti che richiedono cure continuative ( es. anemie gravi, piede diabetico, vasculopatie periferiche, disidratazione, malnutrizione)
- Cirrosi epatica con ascite e/o encefalopatia porto-sistemica a basso rischio di sanguinamento di varici esofagee
- Nefropatia stabilizzata in terapia di consolidamento
- Fibrillazione atriale cronica a rischio di instabilità
- Post-acute con disabilità stabilizzata, non dimissibili per problemi socio-assistenziali e/o per non adeguato sostegno familiare, in attesa di ricovero in strutture residenziali, semiresidenziali o in assistenza domiciliare.

*Condizioni cliniche eleggibili area chirurgica*

- Convalescenza controllata
- Necessità di medicazioni da eseguire in ricovero
- Complicanze mediche di interventi chirurgici(metaboliche, infettive, circolatorie)
- Sottoposti ad interventi protesici di anca o ginocchio o da fratture recenti che richiedono cure continuative prima della Riabilitazione intensiva
- Altra Patologia SPECIFICARE .....

## Punto C: Bisogni assistenziali

- Clinico (inguardamento clinico, stabilizzazione delle condizioni cliniche)
- Riabilitativo estensivo (recupero funzionale)
- Inferistico:
- Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito
- Gestione dei dispositivi medici
- Altro
- Sociale:
- Promozione delle relazioni sociali
- Promozione delle attività ricreative
- Animazione e contatti con i familiari
- Altro

## Controllo 7 (valutazione proporzionale): Appropriatazza in Riabilitazione

## Schema a) Valutazione Complessiva in Riabilitazione

100	na	No	si	Il paziente proviene per trasferimento da U.O. per acuti
	na	No	si	Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Lungodegenza
	na	No	si	Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Riabilitazione ad alta specialità (codice 75 - codice 28)
	na	No	si	Il paziente proviene dal domicilio
100	na	no	si	E' presente la richiesta vidimata dalla direzione sanitaria/direzione medica di Presidio Ospedaliero
	na	no	si	E' presente la richiesta del medico di base
100	Na	no	si	Il ricovero in riabilitazione è avvenuto entro 60 giorni dal ricovero per l'evento acuto correlato
100		no	si	E' presente la validazione della richiesta del fisiatra della struttura di ricovero
100	na	no	si	Sono presenti almeno 2 dei criteri di accesso al ricovero ordinario previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12) (Punto A Scheda Espletiva) (solo per ricoveri ordinari)
100	na	no	si	E' presenti almeno 1 criterio di accesso al ricovero diurno tra quelli previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12) (Punto B Scheda Espletiva) (solo per ricoveri diurni)
100	na	no	si	Per la cardiologia riabilitativa sono rispettati i criteri specifici di accesso previsti dalla normativa (allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)
100	No	si		E' presente il progetto riabilitativo individuale di cui è responsabile il fisiatra con la collaborazione dei componenti del team multi professionale
100		No	si	E' presente la diagnosi funzionale
50		No	si	Sono indicati gli obiettivi riabilitativi
50		No	si	Sono presenti gli esiti attesi alla fine del ricovero
100		No	si	E' presente il programma riabilitativo
50		No	si	Sono presenti le fasi e le modalità di esecuzione del programma
50		No	si	E' presente il modello di valutazione qualitativa bio-psico-sociale (classificazione ICF)
50		No	si	E' presente una scala di valutazione quantitativa
50		No	si	Se si, specificare .....
50		No	si	E' specificata la durata prevista del trattamento riabilitativo individuale (per la riabilitazione cardiologica vedi normativa allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)
100		No	si	Il progetto riabilitativo individuale è firmato dal fisiatra responsabile del progetto stesso
50		No	si	Il progetto riabilitativo individuale è firmato dagli altri componenti del team
50		No	si	Nel progetto riabilitativo è individuato il caregiver
50		No	si	E' presente la valutazione funzionale periodica
50		No	si	E' presente la valutazione funzionale finale
100		No	si	E' presente il diario fisioterapico
La lettera di dimissione (da redigere anche nei casi di trasferimento ad altra struttura assistenziale) identifica:				
100		No	si	il percorso riabilitativo successivo
100		No	si	il carico assistenziale successivo
100		No	si	necessità di ausili, protesi e ortesi

Appropriatezza in Riabilitazione (Valutazione Complessiva):

Scheda Esplicativa

Punto A: criteri di accesso ricoveri ordinari (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)

- Criteri di accesso:**
- il paziente è affetto da una disabilità complessa ed è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero o con la concreta possibilità di recupero neuromotorio funzionale che consente il reinserimento nel proprio contesto familiare
  - le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nelle 24h di prestazione diagnostico-terapeutiche ed elevata intensità (da parte di personale medico sanitario) e un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi
  - il paziente è instabile clinicamente ed è affetto da comorbilità che impongono una tutela medica ed infermieristica costante
  - la necessità di assistenza medica ed infermieristica è legata alle esigenze di assicurare un nursing riabilitativo complesso in condizioni di sicurezza

Punto B: criteri di accesso ricoveri diurni (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)

- Criteri di accesso:**
- paziente con necessità di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale del progetto riabilitativo individuale
  - paziente per il quale all'interno del progetto riabilitativo individuale è prevista l'esecuzione di accertamenti diagnostici che necessitano di monitoraggio/osservazione prolungata del paziente (oltre 90 minuti)
  - paziente, ricoverato per l'esecuzione di accertamenti diagnostici/funzionali e terapeutici, disabile, non collaborante, che richiede un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (ad esempio: pazienti anziani, pediatrici, soggetti dekadati, soggetti con deficit delle funzioni cognitive, gravi distagie, soggetti fragili per motivi clinici e sociali, con gravi patologie neuromotorie)
  - Paziente con necessità di trattamenti riabilitativi intensivi multiprofessionali che richiedono, inoltre, la disponibilità di specifiche tecnologie riabilitative ad alto costo
  - Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di somministrazione di terapia farmacologica per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: tempo di somministrazione prolungato, necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di una ora dopo la somministrazione
  - Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori trattamenti diagnostici strumentali nelle ore immediatamente precedenti/ successive alla somministrazione della terapia e/o all'esecuzione del trattamento riabilitativo
  - Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire procedure terapeutiche invasive che necessitano di monitoraggio/osservazione oltre 60 minuti

Controllo 7: Appropriatezza in Riabilitazione

Scheda b) Valutazione appropriatezza Giornata/Accesso in Riabilitazione

Reparto ..... N. Cartella ..... Età ..... Sex  F  M  
 AMMISSIONE gg/mese Anno ..... Tipo  OR  DI  
 DIMISSIONE gg/mese Anno .....

Giornata o Accesso non Appr:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Giornata o Accesso non Appr:	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Giornata o Accesso non Appr:	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Giornata o Accesso non Appr:	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Note:

Rilevatore:

Criteri di Appropriatezza: È rispettato il tempo minimo previsto di trattamento riabilitativo specifico (almeno 3 ore/die o accesso, compresa la logopedia e la terapia occupazionale) ed è attuato il trattamento riabilitativo specifico

## Controllo 8 (valutazione proporzionale):

## Appropriatazza clinica

10	no	SI	Presenza in cartella clinica della scheda antibioticoprofilassi (allegato 1) completa in tutte le sue parti. (Per tutti i DRG chirurgici)
10	no	SI	Presenza in cartella clinica della scheda per la valutazione del rischio di tromboembolismo venoso come previsto dalla "Raccomandazione per la prevenzione del rischio di tromboembolismo venoso". La scheda dovrà essere completa in tutte le sue parti.
10	no	SI	Evidenza in cartella clinica che sia stato rilevato e misurato il dolore, come previsto dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".
10	no	SI	Evidenza in cartella clinica della prevenzione del rischio caduta

Note:

Rilevatore:

## Controllo 9: Programmazione degli interventi/procedure diagnostiche

Na	no	SI	Presenza della "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche" (allegato 2)? (la verifica riguarda tutti i ricoveri ordinari, medici e chirurgici, dopo la 48° ora)
----	----	----	--

COPIA NON VALIDA  
DALLA SEGRETERIA REGIONALE

COPIA NON

IRMA

Dose aggiuntiva		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Se SI per									
<input type="checkbox"/>	Emodiluzione > 15 ml/Kg								
<input type="checkbox"/>	Perdite ematiche > 1.500 ml								
<input type="checkbox"/>	Durata intervento > 3 h								
<input type="checkbox"/>	ASA ≥ 2								
<input type="checkbox"/>	impianto di protesi								
MODALITÀ ESECUZIONE PROFILASSI ANTIBIOTICA									
Ora somministrazione antibiotico					Antibiotico somministrato				

DATA DELL'INTERVENTO ..... ORA INIZIO: ..... ORA FINE: .....

INTERVENTO .....

del l'intervento

VALUTAZIONE DEL RISCHIO										
Classe ASA	1	<input type="checkbox"/>	Pulito	Impianto protesico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Classe intervento	3	<input type="checkbox"/>	Pulito-contaminato	Degenza prima dell'intervento > 48h	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
	5	<input type="checkbox"/>	Contaminato		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		

COGNOME ..... NOME ..... NATO IL .....

Ricoverato il .....

DATI PAZIENTE

UNITÀ OPERATIVA .....

Allegato 1: Scheda Antibiotico profilassi

