



Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	1

**DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA
PF ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA-URGENZA, RICERCA
N. **6/RAO** DEL **20 FEB. 2020****

Oggetto: Nuovo Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie in attuazione a quanto previsto dalla DGR n.1489/2019. Revoca del Decreto n.9/RAO/2017.

**IL DIRIGENTE DELLA
PF ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA-URGENZA, RICERCA**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio riportato in calce al presente decreto, dal quale si rileva la necessità di integrare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di emanare il presente decreto;

RITENUTO che dal presente atto non deriva né può comunque derivare un impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 e s.m.d.;

- D E C R E T A -

- di adottare, per i motivi espressi nel documento istruttorio, il nuovo Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie, in Allegato 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, e reperibile sul sito dell'Agenzia Regionale Sanitaria all'indirizzo <http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attività/AreaOspedaliera-Monitoraggio-Attività-di-Ricovero>
- di dare atto che quanto previsto dal presente atto si applica per i controlli effettuati sulla documentazione sanitaria, inerente i ricoveri con data di dimissione dal 1 gennaio 2020;
- di notificare il presente Decreto agli interessati.
- di stabilire che l'adozione del presente atto non comporta oneri a carico della Regione.;

**Il Dirigente
Giovanni Lagalla**



Luogo di emissione	Numero GIRAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	2

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

Riferimenti normativi ed atti amministrativi

- DGR n. 926 del 19/04/1999, "L.662/96 – atto di indirizzo e coordinamento in materia di gestione organizzativa ed amministrativa delle prestazioni ambulatoriali correlate al ricovero nonché dei permessi ai ricoverati.";
- DPCM del 10/12/2009 "Controlli sulle cartelle cliniche";
- DGR n. 1574 del 12/11/2012, "Recepimento e attuazione dell'accordo rep. n. 30 del 10/02/2011 tra il Governo, le Regioni ... di approvazione del "Piano di indirizzo per la riabilitazione";
- Decreto n. 22/RAO/2013 "Costituzione del Comitato di controllo delle Prestazioni Sanitarie Regionale (CVPSR)-DGR n. 781 del 28.5.2013";
- Decreto n. 33/RAO/2013, "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 – Adozione Piano controlli prestazioni sanitarie - manuale controlli prestazioni sanitarie - Il semestre 2013 – Revoca decreti n.78/2006, n.200/06, n.204/06, n.205/06 n.207/206";
- DGR n. 709 del 9/6/2014, "Aggiornamento tariffe per prestazione di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati convenzionati della Regione Marche";
- D.L. 19 giugno 2015, n. 78 e relativa Legge di conversione 6 agosto 2015, n. 125: "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali";
- Decreto n. 36 del 20/07/2015: "Linee Guida per la Codifica ICD-9-CM delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- DGR n. 697 del 28/08/2015 "Linee di indirizzo regionale per la gravidanza a basso rischio e la corretta gestione del parto cesareo";
- DGR n. 139 del 22/02/2016 "Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DRG735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013";
- Decreti n. 8/RAO/2016 e n. 12/RAO/2016 "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 – Decreto n. 16/RAO/2015: "Aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie anno 2015" - Integrazione al punto A.3.5 "Controlli sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione" e successiva integrazione;
- Decreto n. 20 del 26/07/2016, "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 – Aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie Integrazione al punto A.3.4 "Controlli sui parti cesarei";
- DPCM del 12/01/2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Decreto n. 38 del 16/11/2018: "Modifica ed integrazione al Decreto n. 33/RAO del 30/10/2018 relativamente alla composizione del "Comitato di controllo delle Prestazioni Sanitarie Regionale (CVPSR)- DGR n. 781 del 28/5/2013";
- Decreto n. 28 del 21/09/2018: "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 – Aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie_ Integrazione al punto A.3.5.a "Controlli sui ricoveri di Riabilitazione";
- Decreto n. 13 del 6/5/2019: "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 – Aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie_ Integrazione al punto A.5 "Altro" del Decreto n. 9/RAO/2017";
- Delibera n. 952 del 05/08/2019: "Indicazioni operative per la scelta del setting assistenziale e modalità organizzative per l'erogazione dei ricoveri in regime diurno e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche, ai sensi del DPCM del 12/01/2017 e del DM 70/2015. Revoca DGR n. 1709/2003 e DGR n. 1793/2012".
- Delibera n. 1489 del 25/11/2019: "Nuove disposizioni in materia di controlli interni ed esterni delle prestazioni sanitarie ospedaliere degli erogatori pubblici e privati convenzionati. Revoca DGR n.781/2013";





Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	3

- Delibera n. 29 del 20/01/2020: "Disposizioni attuative per la riorganizzazione della rete di servizi sanitari e socio sanitari ai sensi dell'articolo 8 della Legge regionale 30 dicembre 2019 n. 43 - Modifica DGR n. 1/2018".

Motivazioni

In attuazione a quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 502/92 e dal Decreto Ministeriale del 10/12/2009 "Controlli sulle cartelle cliniche", la Regione Marche programma ed effettua controlli sistematici sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie, erogate da strutture pubbliche e strutture private convenzionate, avvalendosi, nelle sue funzioni, del Comitato Verifica Prestazioni Sanitarie Regionale (CVPSR), insediatosi nel luglio 2013. Tra i compiti del CVPSR vi è l'elaborazione del Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie, in cui sono definiti, in materia di controlli interni ed esterni, il contenuto, gli ambiti, la tipologia, la tempistica, gli esiti e le modalità di trasmissione dei controlli. Il documento elaborato deve essere periodicamente aggiornato, in base a nuove indicazioni ministeriali e regionali. In seguito alla pubblicazione del Decreto n. 9 del 26/05/2017, contenente il Piano dei controlli, la Regione Marche ha effettuato delle integrazioni all'atto, successive a degli aggiornamenti normativi. Con Decreto n. 38/RAO del 16/11/2018, è stato implementato il Comitato CVPSR con i referenti informatici per ogni Ente del SSR, al fine di uniformare e monitorare l'intero percorso dei controlli nelle varie strutture ospedaliere regionali, attraverso l'utilizzo di un unico software della Ditta 3M, in supporto all'attività del CVPS.

Con Decreto n. 28/RAO del 21/09/2018 è stato specificato che, per gli Istituti di Riabilitazione (tipologia erogatore=c), il valore soglia massimo di degenza, indicato nella DGR 709/2014, è da riservarsi unicamente per le condizioni cliniche caratterizzate da grave disabilità, documentate dallo specialista della struttura in cui il paziente è ricoverato, al fine di evitare un ingiustificato prolungamento della degenza, che risulterebbe pertanto inappropriato.

Con Decreto n. 13 del 06/05/2019 è stato introdotto, all'interno del Piano dei Controlli, a garanzia dei principi di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure erogate, il monitoraggio degli indicatori relativi ai volumi minimi di attività, descritti nel DM 70/2015 con un conseguente abbattimento tariffario dei ricoveri, per gli Enti che, a seguito di una valutazione annuale regionale, non raggiungeranno le soglie previste.

Con DGR n. 952 del 05/08/2019, in ottemperanza a quanto previsto dal DPCM del 12/01/2017 e del già citato DM 70/2015, al fine di incentivare il progressivo trasferimento dei ricoveri potenzialmente inappropriati erogati in regime ordinario a quello diurno e delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di Day Surgery al setting ambulatoriale, sono state fornite indicazioni operative per la scelta del setting assistenziale appropriato e modalità organizzative inerenti l'attività di ricovero diurno e l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche.

Con DGR n. 1489 del 25/11/2019, sono state ridefinite le modalità organizzative in materia di controlli interni ed esterni e revisionati alcuni compiti, ridistribuendoli in maniera equa e paritaria a tutti gli Enti del SSR, al fine di rendere più efficaci le attività controllo, a garanzia di qualità ed appropriatezza dell'assistenza erogata e della massima imparzialità ed oggettività da parte del controllore esterno.

Infine, in seguito al costante e puntuale monitoraggio delle attività di controllo ed alle proposte emerse durante gli incontri periodici con i componenti del CVPSR, sono state evidenziate alcune criticità sulle attività di controllo relative alla Lungodegenza ed alle prestazioni ambulatoriali correlate al ricovero, per cui sono state condivise nuove modalità di verifica per tali tipologie di controllo.

La definizione delle nuove modalità organizzative, che hanno portato alla revoca della DGR n.781 del 28/05/2013, documento di riferimento del Piano dei Controlli, e le varie integrazioni effettuate, con i già citati atti regionali, hanno reso necessario l'aggiornamento del Piano stesso, al fine di fornire ai rispettivi referenti aziendali dell'attività di controllo, precise indicazioni così come sintetizzate nell'Allegato 1 al presente atto che contiene:

- i compiti e il ruolo dei referenti informatici degli Enti del SSR;





Luogo di emissione Ancona	Numero 6/RAO	Pag. 4
	Data 20 FEB. 2020	

- le disposizioni circa l'utilizzo del software, in supporto all'attività del CVPS, quale strumento unico sia per l'estrazione delle cartelle cliniche da sottoporre a controllo che per il calcolo dell'abbattimento tariffario;
- le nuove modalità di verifica dei ricoveri di Lungodegenza e delle prestazioni ambulatoriali correlate al ricovero;
- le indicazioni normative regionali;
- le modalità organizzative in materia di controlli interni ed esterni, come da DGR n.1478/2019.

Inoltre sono stati revisionati tutti gli allegati al precedente atto, allo scopo di renderli più funzionali rispetto alle nuove indicazioni ed aggiornati rispetto all'utilizzo del software dedicato.

Si stabilisce che le nuove indicazioni sull'attività di verifica delle prestazioni sanitarie, descritte nell'Allegato 1, saranno valide per i controlli effettuati sulla documentazione sanitaria, inerente i ricoveri con data di dimissione dal 1 gennaio 2020.

Qualora venissero emanate nuove indicazioni Ministeriali, rispetto a specifiche modalità di individuazione di inappropriatazza delle prestazioni sanitarie contenute nel presente decreto, queste si riterranno direttamente operative senza predisposizione di ulteriori atti regionali, previa comunicazione ai dirigenti ed ai gruppi CVPS aziendali responsabili.

Per quanto sopra esposto, si propongono le determinazioni indicate nel dispositivo nell'Allegato 1.

Il Responsabile del Procedimento
Patrizia Santojemma

- ALLEGATI -

Allegato "1" – "Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie-



Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	5

ALLEGATO "1"

PIANO DEI CONTROLLI DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

Sommario

INTRODUZIONE	6
MODALITÀ DI CODIFICA E AZIONI CORRETTIVE	6
<u>A. CONTROLLI SULLE ATTIVITÀ DI RICOVERO DA SOTTOPORRE A VERIFICA PER I CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO</u>	7
A.1 Controlli generali sul tracciato record SDO	9
A.2 Controlli generali sui DRG	9
A.3 Controlli di appropriatezza	10
A.3.1 Controlli sui "DRG ad alto rischio di non appropriatezza" in regime di degenza ordinaria	10
A.3.1.1 DRG chirurgici	10
A.3.1.2 DRG medici	11
A.3.2 Controlli sui "DRG ad alto rischio di non appropriatezza" in regime di Day Surgery	11
A.3.3 Controlli sull'attività di Day Hospital medici	12
A.3.4 Controlli sui Parti Cesarei	13
A.3.5 Controlli sui Ricoveri di Lungodegenza e Riabilitazione	13
A.3.5.a Riabilitazione	13
A.3.5.b Lungodegenza	17
A.4 Controllo della documentazione sanitaria	17
A.5 Monitoraggio volumi minimi	19
ABBATTIMENTI TARIFFARI E LORO CONTABILIZZAZIONE	20
<u>B. CONTROLLI SULLE ATTIVITÀ AMBULATORIALI</u>	21
B.1 Controlli generali sul tracciato record	21
B.2 Prestazioni di chirurgia ambulatoriale	21
B.3 Controlli generali sulle prestazioni ambulatoriali effettuate post ricovero	21
ADEMPIMENTI PER GLI ENTI DEL SSR	24
Allegati:	24
1. Schema verbale attività di controlli esterno delle prestazioni sanitarie	25
2. Tabella dettaglio calcolo abbattimento tariffario	26
3. Tabella associazione flusso SDO e flusso ambulatoriale	27
4. Schema relazione annuale	28



Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	6

INTRODUZIONE

Il Piano di Controllo delle Prestazioni Sanitarie vigente e i Manuali applicativi in esso citati, come disposto nella DGR n.1489 del 25/11/2019 e successive modificazioni, rappresentano il riferimento unico e vincolante per tutte le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture private convenzionate, per quanto riguarda i contenuti e le modalità organizzative dei controlli.

Tutti i documenti aggiornati, da utilizzare per tali controlli, sono depositati sul sito dell'Agenzia Regionale Sanitaria al seguente link:

http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attività/AreaOspedaliera_Monitoraggio-Attività-di-Ricovero

Secondo le indicazioni ministeriali vigenti il sistema dei controlli deve prevedere l'identificazione dei ricoveri/prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza rappresentate da:

- Elevato scostamento del volume di ricoveri erogati in aree territoriali sub-regionali;
- Elevato valore tariffario dei singoli ricoveri;
- Elevata valorizzazione tariffaria complessiva di gruppi di ricoveri nell'ambito delle quali le prestazioni sono state erogate;
- Sbilanciata proporzione, per specifici ricoveri, tra i volumi erogati da diverse tipologie di strutture e/o da singole strutture ospedaliere del territorio sub-regionale;
- Ricoveri che superano le soglie definite per i DRG ad alto rischio di non appropriatezza se erogati in regime ordinario;
- Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza se erogate in regime di Day Surgery che superano le soglie definite;
- Rilevazione di elevati volumi di ricoveri in day hospital di tipo medico a carattere diagnostico.

MODALITÀ DI CODIFICA E AZIONI CORRETTIVE

L'avvenuta effettuazione dei controlli sulla documentazione clinica come di seguito indicato, dovrà essere riportata nel relativo campo presente nel tracciato SDO regionale, precisato nelle specifiche funzionali vigenti (Decreto 34/ARS del 21 aprile 2017 e successive modificazioni) secondo le seguenti modalità di codifica:

0 = cartella non controllata;

a = cartella controllata "*confermata*";

b = cartella controllata "*non confermata*" senza abbattimento;

c = cartella controllata "*non confermata con abbattimento tariffario del 50%*" su tutta la durata del ricovero per assenza del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI/PAI) o per inappropriatezza clinica;

d = cartella controllata "*non confermata con abbattimento tariffario del 60% per le giornate oltre soglia*" per i ricoveri clinicamente appropriati, ma oltre soglia nella durata di degenza, per erogatore identificato dall'HSP11.

3 = cartella controllata "*non confermata con abbattimento*" in relazione alla diversa tipologia di controllo:

- applicazione della tariffa ambulatoriale;
- rivalorizzazione del DRG;
- abbattimento del 10% solo in caso di superamento della soglia prevista dalla DGR n.709/14 e ss.mm.ii. sui dati di attività annua per struttura di ricovero (HSP 11bis).





Luogo di emissione	Numero 61RA0	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	7

L'inserimento degli esiti dell'attività di controllo, all'interno dei campi prestabiliti dalle specifiche funzionali (Esito Controllo svolto dal CVPS, Tipologia del controllo svolto dal CVPS e Importo abbattimento CVPS) del flusso SDO, deve avvenire rispettando le seguenti scadenze trimestrali:

PERIODO DI RIFERIMENTO	SCADENZA CONTROLLI CVPS
I TRIMESTRE	15 GIUGNO
II TRIMESTRE	15 SETTEMBRE
III TRIMESTRE	15 DICEMBRE
IV TRIMESTRE	15 MARZO

Le date di scadenze trimestrali sono correlate alle scadenze ministeriali relative al flusso SDO.

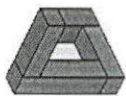
Il campo "importo abbattimento" relativo alla tipologia di controllo A311, A312, A32, derivando dal superamento delle soglie sulla base della produzione annua di ogni singolo DRG, può essere inserito annualmente rispettando **COMUNQUE la scadenza perentoria del 15 marzo** dell'anno successivo a quello oggetto del controllo.

All'interno dell'applicativo informatico regionale, a supporto dell'attività di CVPS, sono state predisposte le tabelle riepilogative per ogni tipologia di controllo comprensive anche dei campi relativi agli esiti. I referenti CVPS sono abilitati ad effettuare direttamente tale inserimento dei dati.

A. CONTROLLI SULLE ATTIVITÀ DI RICOVERO E MODALITÀ DI CALCOLO DEL NUMERO DI CARTELLE CLINICHE DA SOTTOPORRE A VERIFICA PER I CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO

Il calcolo del numero di cartelle da sottoporre a controllo per tipologia deriverà dall'estrazione di un campione di almeno il 12,5% dei ricoveri totali per ciascuna struttura di ricovero anagrafica HSP 11 bis (l'identificazione dei singoli stabilimenti è comunque specificata nei report analitici) per **ciascun soggetto erogatore**, specificato nella tabella di seguito indicata:

AREA VASTA	STRUTTURA
Area Vasta 1 Pesaro	11000101-STABILIMENTO DI URBINO
	11000102-STABILIMENTO DI PERGOLA
	11007805-CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO
	11007904-CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI
Area Vasta 2 Ancona	11000201-STABILIMENTO DI SENIGALLIA
	11000202-STABILIMENTO DI JESI
	11000204-STABILIMENTO DI FABRIANO
	11003700-CASA DI CURA VILLA SILVIA
	11003900-CASA DI CURA VILLA JOLANDA
	11007601-CASA DI CURA VILLA IGEA
	11007602-LABOR SPA CASA DI CURA "VILLA SERENA"
	11007902-IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA
Area Vasta 3 Macerata	11000301-STABILIMENTO DI CIVITANOVA
	11000302-STABILIMENTO DI MACERATA
	11000303-STABILIMENTO DI CAMERINO
	11000304-STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.
	11000305-STABILIMENTO DI CINGOLI
	11007701-CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION
	11007702-CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL
	11007901-CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA



Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	8

Area Vasta 4 Fermo	11000401-STABILIMENTO DI FERMO
	11000402-STABILIMENTO DI AMANDOLA
	11007801-RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE
Area Vasta 5 Ascoli	11000501-STABILIMENTO DI S.BENEDETTO
	11000502-STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO
	11007100-CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'
	11007802-CASA DI CURA VILLA SAN MARCO
	11007803-CASA DI CURA VILLA ANNA SRL
	11007804-CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA
	11007903-CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO
Az. Osp. Marche Nord	11090101-STABILIMENTO DI PESARO
	11090102-STABILIMENTO DI FANO
Az. Osp. Ospedali Riuniti Ancona	11090501-STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M.LANCISI
	11090503-STABILIMENTO G.SALESI
INRCA	11092101-STABILIMENTO INRCA DI ANCONA
	11092102-STABILIMENTO INRCA DI FERMO
	11092103-STABILIMENTO INRCA DI OSIMO

Per tutti gli erogatori (pubblici e privati convenzionati) il 12,5% è così composto: 11,5% come controllo interno e l'1% come controllo esterno. L'attività del controllo esterno prevede comunque la verifica/convalida di almeno 5 cartelle sottoposte a controllo interno (in allegato: "schema verbale di controllo esterno delle prestazioni sanitarie").

Ogni cartella può essere sottoposta ad una sola tipologia di controllo e quindi, ad esempio, una cartella di ricovero ordinario, già verificata con la metodica PRUO, non può essere utilizzata anche per il controllo della documentazione clinica.

Il numero di cartelle da controllare andrà ripartito con le seguenti modalità:

- per i controlli di cui al punto A3.1.1, A.3.1.2, A3.3 il campione sarà costituito almeno dal **3%** delle cartelle, ove presente la casistica;
- per i controlli relativi al punto A3.2 "Controlli sui DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery (DS)", A3.4 "Parti Cesarei" e A3.5 "Riabilitazione" il campione sarà costituito dalla totalità delle cartelle estratte;
- per i controlli di cui al punto A4 il campione sarà costituito almeno dal **2%** delle cartelle.

Si precisa che le indicazioni ministeriali stabiliscono che "le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento, rigorosamente casuali.... Il totale di cartelle cliniche da controllare relativamente all'inappropriatezza deve essere pari ad almeno il 2,5% del totale dei ricoveri complessivi erogati dalla regione".

Il campionamento delle cartelle da verificare, per ogni tipologia di controllo, deve essere effettuato utilizzando le apposite query CVPS, predisposte nel software regionale e messe a disposizione di tutti i referenti CVPS di ogni Ente, appositamente formati.

Al termine del mese successivo al trimestre di riferimento, il referente informatico di ogni Ente carica tutte le SDO nell'applicativo regionale. Il referente informatico/sanitario, si occuperà quindi di "estrarre" il campione delle SDO dall'applicativo regionale, per ogni tipologia di controllo previsto. Il referente sanitario CVPS potrà quindi procedere alla verifica delle rispettive cartelle cliniche, nel rispetto delle percentuali previste e successivamente, terminati i controlli, procederà ad inserire gli esiti direttamente nell'applicativo regionale.

Il referente CVPS valida gli esiti del controllo sanitario mentre quello informatico/amministrativo verifica l'armonizzazione degli importi relativi all'abbattimento con gli esiti CVPS del proprio Ente (all'interno del software regionale è prevista una "simulazione" delle ricadute economiche relative ai ricoveri non appropriati).





Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	9

Successivamente, il referente informatico, ricevute le convalide, procederà a trasferire nel “*gestionale ricoveri*” i dati relativi agli esiti e alle tipologie di controllo, secondo il tracciato stabilito, trimestralmente, rispettando le scadenze soprariportate e i dati relativi agli abbattimenti tariffari, entro e non oltre il 15 marzo dell’anno successivo a quello di riferimento.

A.1 CONTROLLI GENERALI SUL TRACCIATO RECORD SDO

Per la codifica SDO si fa riferimento al Manuale ICD 9-CM e s.m.i. e a quanto disposto dalle “Linee-Guida alla codifica SDO” (DECRETO n. 36/RAO/2015 e s.m.i) e dal nuovo tracciato SDO - Decreto n. 34/ARS del 21 aprile 2017 e s.m.i.. I controlli sul tracciato SDO, devono avvenire in ottemperanza alle normative vigenti che ne regolamentano la tempistica, completezza e qualità secondo i report predisposti negli applicativi regionali.

Azioni correttive:

Il referente informatico di ogni Ente provvederà, mensilmente, al caricamento delle SDO nell’applicativo regionale e il referente CVPS/referente contenuti SDO di ogni Ente procederà ad analizzare, tramite le funzionalità presenti nel software dedicato, eventuali errori di codifica e/o fenomeni opportunistici. Il monitoraggio costante del flusso SDO e le opportune valutazioni sulla correttezza della compilazione, consentiranno di effettuare, laddove possibile, modifiche/correzioni ai dati caricati, e potranno dare avvio, se necessario, ad eventuali momenti formativi e/o audit aziendali. Tale attività di monitoraggio e di verifica, trimestrale, sul flusso SDO deve essere riportata all’interno della relazione annuale di ogni Ente (vedi paragrafo dedicato “Adempimenti per gli Enti del SSR”).

Ricoveri doppi effettivi

I ricoveri doppi che risulteranno, nel flusso SDO, erogati contemporaneamente in due strutture, verranno periodicamente segnalati nella reportistica inviata ai referenti SDO. Le Aziende/Enti interessati, dovranno procedere, tempestivamente, alla verifica ed alla successiva regolarizzazione delle date di ricovero/dimissione registrate. Se, alla scadenza annuale del 15 marzo, successiva all’anno di riferimento, tale incongruenza non sarà stata risolta, si procederà ad effettuare un abbattimento tariffario pari al 100% di entrambi i ricoveri.

Analogamente a quanto descritto per i ricoveri doppi effettivi, si procederà a segnalare periodicamente, nei report di monitoraggio, **i ricoveri ordinari acuti la cui durata di degenza supera del 50% il valore soglia del DRG**. Le cartelle segnalate dovranno essere sottoposte a verifica da parte dei referenti CVPS

Criteri di “non confermabilità” della cartella clinica

Mancanza di una relazione specialistica dettagliata che giustifichi i motivi clinici che hanno reso necessario il prolungamento del ricovero oltre la soglia prevista.

Modalità codifica campo CVPS tracciato SDO

L’esito di tale controllo potrà essere:

- codice a = cartella controllata e “confermata”;
- codice 3 = cartella controllata “non confermata con abbattimento del 100%”

Si precisa inoltre che, in fase di rendicontazione degli addebiti della mobilità extraregionale, per le cartelle non verificate, si procederà ad effettuare un abbattimento tariffario pari al 100% dei DRG dei ricoveri extraregionali.

A.2 CONTROLLI GENERALI SUI DRG

Per i controlli generali sui DRG devono essere seguite le indicazioni riportate nell’Accordo Interregionale per la compensazione della Mobilità sanitaria, secondo i report presenti nell’applicativo regionale.

Sulla base delle rilevazioni effettuate negli anni precedenti, si stabilisce di attenzionare:

DRG anomali o maldefiniti

I seguenti DRG identificati come anomali o maldefiniti:

- 424 “Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale”
- 468 “Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale”
- 469 “Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione”



Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	10

- 476 “Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale”
- 477 “Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale”

saranno verificati nella totalità della casistica prodotta da tutti gli erogatori (pubblico e privato convenzionato) con rivalorizzazione del DRG corretto (nei casi di errata codifica).

DRG complicati

Al fine di contenere il rischio di codifiche opportunistiche che producono **DRG complicati**, la verifica di tali DRG (tramite CVPS) comprenderà la totalità dei ricoveri di DH/DS ed ordinari di 0-1 giorno dei DRG complicati (esclusi lungodegenza e riabilitazione) e una selezione mirata della casistica dei DRG complicati di ricoveri > 1 giorno (attraverso il software dedicato).

In analogia con quanto già previsto nel precedente Piano, le cartelle segnalate in tali report presenti negli applicativi regionali, dovranno essere sottoposte a controlli aggiuntivi rispetto al 12,5 % dei controlli previsti.

Azioni correttive

I risultati dell'analisi, presenti nei report sviluppati sugli applicativi regionali, consentiranno di effettuare le opportune valutazioni ed intraprendere localmente azioni correttive che dovranno essere riportate nella relazione annuale di ogni Ente (vedi paragrafo dedicato “Adempimenti per gli Enti del SSR”) e condivise nell'ambito delle attività del CVPSr.

A.3 CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA

Il monitoraggio dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali, di seguito descritte, hanno lo scopo di incentivare la scelta del setting assistenziale appropriato e di ridurre eventuali fenomeni opportunistici riscontrati durante le verifiche. L'analisi degli esiti dei controlli e le successive azioni di miglioramento intraprese dai singoli Enti sono utili a rendere il più efficace possibile il Piano dei Controlli e a procedere ad eventuali integrazioni e/o modifiche.

A.3.1 CONTROLLI SUI “DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA” IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

A.3.1.1 DRG CHIRURGICI

Criteri di estrazione

Verranno estratti i DRG chirurgici ad alto rischio di non appropriatezza di cui al DM LEA 12 gennaio 2017 allegato 6A (GU n.65 del 18/03/2017) e DGR n. 709/2014 e s.m.i. per le relative tariffe con regime di ricovero ordinario, giornate di degenza > 1 giorno.

Modalità di verifica

Devono essere visionate le cartelle cliniche, relative ai DRG estratti, e ad ogni ricovero verrà applicata la metodica PRUO (Decreto n. 33/RAO/2013 allegato B, paragrafo E) sulla giornata di ammissione.

Criteri di “non confermabilità” della cartella clinica

Le cartelle verranno considerate non confermate secondo i criteri di non appropriatezza del manuale PRUO.

Modalità codifica campo CVPS tracciato SDO e azioni correttive:

- codice a = cartella controllata e “confermata”;
- codice 3 = cartella controllata “non confermata con abbattimento” del 10%, solo in caso di superamento della soglia prevista dalla DGR n.709/14 e s.m.i. sui dati di attività annua per struttura di ricovero (HSP 11 bis); (in allegato: “Tabella dettaglio calcolo abbattimento tariffario”)
- codice b = cartella controllata “non confermata” senza abbattimento, **da attribuire e sostituire al codice 3** solo in caso **di non superamento** della soglia prevista dalla DGR 709/14 e s.m.i. sui dati di attività annua per struttura di ricovero (HSP 11bis);





Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	11

A.3.1.2 DRG MEDICI

Criteri di estrazione

Verranno estratti i DRG medici ad alto rischio di non appropriatezza di cui al DM LEA 12 gennaio 2017 allegato 6A (GU n.65 del 18/03/2017) e DGR n. 709/2014 e s.m.i. per le relative tariffe con regime di ricovero ordinario (escluso la lungodegenza e la riabilitazione), giornate di degenza > 1 giorno.

Modalità di verifica

Devono essere visionate le cartelle cliniche, relative ai DRG estratti e, ad ogni ricovero, verrà applicata la metodica PRUO (Decreto n. 33/RAO/2013 allegato B, paragrafo E) sulla giornata di ammissione.

Criteri di "non confermabilità" della cartella clinica

Le cartelle verranno considerate non confermate secondo i criteri di non appropriatezza del manuale PRUO.

Modalità codifica campo CVPS tracciato SDO e Azioni correttive:

- codice a = cartella controllata e confermata
- codice 3 = cartella controllata "non confermata con abbattimento" del 10%, solo in caso di superamento della soglia prevista dalla DGR n.709/14 e s.m.i. sui dati di attività annua per struttura di ricovero (HSP 11 bis); (in allegato: "Tabella dettaglio calcolo abbattimento tariffario")
- codice b = cartella controllata "non confermata" senza abbattimento, **da attribuire e sostituire al codice 3 solo in caso di non superamento** della soglia prevista dalla DGR 709/14 e s.m.i. sui dati di attività annua per struttura di ricovero (HSP 11bis);

A.3.2 CONTROLLI SUI "DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA" IN REGIME DI DAY SURGERY(DS)

Criteri di estrazione

Verranno estratti i DRG chirurgici ad alto rischio di non appropriatezza, associati alle prestazioni elencate nell'allegato 6B del DM LEA 12 gennaio 2017 (GU n.65 del 18/03/2017) e DGR n. 709/2014 e s.m.i. per le relative tariffe in regime di ricovero in Day Hospital e regime di ricovero ordinario con giornate di degenza ≤ a 1 giorno ad esclusione del DRG 381 (aborto-dilatazione/raschiamento aspirazione).

Modalità di verifica

A seguito dell'estrazione dei DRG, sarà necessario visionare le relative cartelle cliniche al fine di verificare, attraverso l'analisi approfondita della documentazione sanitaria, la presenza e/o incompletezza della *scheda*, firmata dal Medico, attestante la motivazione del setting assistenziale di DS anziché ambulatoriale, in appendice alla DGR n. 952/2019 "Indicazioni operative per la scelta del setting assistenziale appropriato e modalità organizzative per l'erogazione dei ricoveri in regime diurno e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche, ai sensi del DPCM del 12/01/2017 e del DM 70/2015".

Criteri di "non confermabilità" della cartella clinica

La cartella clinica verrà considerata non confermata nel caso di:

1. Assenza della *scheda accesso chirurgia ambulatoriale*;
2. *Scheda accesso chirurgia ambulatoriale* non completa (ad es. assenza della firma del Medico e/o assenza della motivazione di scelta del setting assistenziale)

Modalità codifica campo CVPS tracciato SDO e Azioni correttive:

- codice a = cartella controllata e confermata nel caso di presenza della scheda accesso ambulatoriale adeguatamente compilata;
- codice 3 = cartella controllata "non confermata con abbattimento": applicazione della tariffa ambulatoriale, solo in caso di superamento della soglia prevista dalla DGR n.709/14 e s.m.i. sui dati di attività annua per



Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	12

struttura di ricovero (HSP 11bis) (in allegato: "Tabella dettaglio calcolo abbattimento tariffario") se assenza della scheda accesso chirurgia ambulatoriale e/o Scheda accesso chirurgia ambulatoriale non completa/non compilata;

- codice b = cartella controllata "non confermata" senza abbattimento, **da attribuire e sostituire al codice 3** solo in caso **di non superamento** della soglia prevista dalla DGR 709/14 e s.m.i. sui dati di attività annua per struttura di ricovero (HSP 11 bis);

N.B. In particolare, per il DRG 119, le cui prestazioni in regime ambulatoriale vedono 3 tipologie di intervento a differente tariffa, sarà necessario identificare nel referto operatorio e/o nella scheda anestesiologicala la reale prestazione erogata per l'attribuzione della tariffa corrispondente. In caso di elementi insufficienti all'identificazione del tipo di intervento eseguito, il ricovero verrà valorizzato con la tariffa più bassa (ministripping di vene varicose dell'arto inferiore cod. amb. 38.59.1). Il codice prestazione e la relativa tariffa andranno segnalate nella tabella di dettaglio.

A.3.3 CONTROLLI SULL'ATTIVITÀ DI DAY HOSPITAL MEDICI

Tali controlli devono avvenire in ottemperanza alla DGR n.952/2019 "*Indicazioni operative per la scelta del setting assistenziale appropriato e modalità organizzative per l'erogazione dei ricoveri in regime diurno e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche, ai sensi del DPCM del 12/01/2017 e del DM 70/2015*". In particolare... *si ribadisce che, in coerenza con quanto previsto dal livello nazionale, il DH diagnostico deve avere carattere di assoluta eccezionalità, previsto solo in specifici casi in cui non sia possibile gestire tali prestazioni in un setting ambulatoriale*".

Criteri di estrazione

Verranno estratte le cartelle dei DH (escluso la lungodegenza e la riabilitazione) con DRG medico secondo la seguente formula:

- **Formula 1:** Tipo DRG = medico; Regime di ricovero =2; età ≥ 14 anni ed escluso codice disciplina = 33 e 64; ad eccezione della cartelle estratte in Formula 2.
- **Formula 2:** Tipo DRG = medico; Regime di ricovero = 2, codici procedure assenti o nulle; assenza cod.V64.1, V64.2, V64.3 in diagnosi principale.

Modalità di verifica

Le cartelle estratte con la **formula 2** verranno automaticamente considerate "non confermate", senza verifica della cartella, con abbattimento.

Di contro devono essere visionate le cartelle cliniche, relative alle SDO estratte con la **formula 1** e ad ogni ricovero (o ad ogni 1° accesso in caso di DH ciclico con più accessi nel trimestre d'interesse), verrà attribuito un esito come di seguito codificato:

- 1: ricovero motivato dalle specifiche condizioni cliniche del paziente chiaramente esplicitate in cartella;
- 2: ricovero motivato dalla necessità di osservazione per almeno 2 ore per motivi di sicurezza chiaramente esplicitati in cartella;
- 3: ricovero inappropriato, anche per inappropriatazza del 1° accesso in caso di DH ciclico nel trimestre d'interesse;
- 4: codifica errata;
- 9: documentazione clinica incompleta.

Criteri di "non confermabilità" della cartella clinica

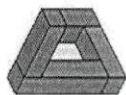
Le cartelle estratte con la formula 1 verranno considerate "non confermate" in caso di esito 3, 4, e 9.

Le cartelle estratte con la formula 2 vengono considerate automaticamente "non confermate".

Modalità codifica campo CVPS tracciato SDO e Azioni correttive:

- codice a = cartella controllata e confermata;





Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	13

- codice 3 = cartella controllata “non confermata con abbattimento”: rivalorizzazione del DRG con applicazione della tariffa corrispondente abbattuta del 50% (in allegato: “Tabella dettaglio calcolo abbattimento tariffario”).

A.3.4 CONTROLLI SUI PARTI CESAREI

Parti cesarei DRG 370 e 371. 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 DGR n. 697 del 28/08/2015 e s.m.i..

Criteri di estrazione

Verranno estratte tutte le cartelle cliniche con DRG 370 e DRG 371.

Modalità di verifica

Verrà considerata la presenza della scheda di valutazione per TC (“*Scheda di Valutazione per il Taglio Cesareo*”), la sua corrispondenza con la documentazione clinica e la codifica della SDO. Nei parti cesarei di tipo elettivo/programmato si valutano gli specifici criteri riportati nelle schede di valutazione del taglio cesareo mentre nei cesarei eseguiti in urgenza sarà valutato esclusivamente il codice colore riportato nella scheda triage del taglio cesareo:

1. Scheda di valutazione per TC: presenza di almeno una indicazione assoluta o scheda Triage del TC con codice colore rosso o giallo;
2. Scheda di valutazione per TC: presenza di almeno una indicazione relativa;
3. Scheda di valutazione di TC su richiesta materna: totale presenza di risposte affermative o una o più risposte negative segnalate e giustificate in cartella;
4. Scheda di valutazione di TC: presente, ma nessuna indicazione né assoluta né relativa o scheda Triage del TC con codice colore verde o bianco;
5. Scheda di valutazione per TC: assente/Scheda di valutazione di TC su richiesta materna: assente o una o più risposte negative non segnalate e giustificate in cartella (o presente con risposte negative);
6. Mancata corrispondenza tra scheda di valutazione TC o scheda Triage con la documentazione clinica e/o la codifica SDO.

Criteri di “non confermabilità” della cartella clinica

Per gli esiti **4,5,6** le cartelle verranno considerate non confermate.

Modalità codifica campo CVPS tracciato SDO e Azioni correttive:

A seguito dei controlli si identificheranno le seguenti condizioni:

DRG 371 (parto cesareo senza cc)

- Codice a = cartella controllata e “confermata”;
- Codice 3 = cartella controllata “non confermata con abbattimento”: verrà riconosciuta la tariffa equiparata al codice DRG 373 “Parto Vaginale senza diagnosi complicanti” (DGR 709/2014) abbattuta del 50% (Decreto 20/RAO/2017).

DRG 370 (parto cesareo con cc)

- Codice a = cartella controllata e “confermata”;
- Codice b = cartella controllata “non confermata” senza abbattimento.

Azioni correttive in caso di mancata verifica ricoveri

Nel caso in cui, a seguito di un monitoraggio regionale, dovesse risultare che non sono stati controllati i ricoveri al 100%, le cartelle cliniche non verificate secondo i criteri previsti, verranno considerate “non confermate con abbattimento” codice 3, pari al 100% della tariffa del DRG.

A.3.5 CONTROLLI SUI RICOVERI DI LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE

A.3.5.a. RIABILITAZIONE



Luogo di emissione Ancona	Numero 6/RAO	Pag. 14
	Data 20 FEB. 2020	

Per quanto concerne i ricoveri di **Day Hospital Riabilitativi**, i controlli devono avvenire in ottemperanza alle linee guida ministeriali vigenti e a quanto stabilito dalla DGR 952/2019 “*Indicazioni operative per la scelta del setting assistenziale appropriato e modalità organizzative per l'erogazione dei ricoveri in regime diurno e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche, ai sensi del DPCM del 12/01/2017 e del DM 70/2015*”. Tale tipologia di ricovero diurno va riservato alle disabilità gravi e complesse, correlate clinicamente ad un ricovero in acuzie, modificabili per quanto riguarda gli esiti finali, sulla scorta di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), che necessitano di trattamento riabilitativo non erogabile in regime ambulatoriale e inappropriato in regime di ospedalizzazione ordinaria, non sussistendo la necessità clinica ed assistenziale di sorveglianza medica e infermieristica h24.

Criteri di estrazione

Per la riabilitazione verranno estratte tutte le cartelle cliniche con codice disciplina 28, 56 e 75, compresi i ricoveri in regime di Day Hospital per ogni trimestre.

Modalità di verifica ed azioni correttive

In coerenza con la normativa, sono individuati i criteri di appropriatezza clinica dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, con riferimento alla correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, alla distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, alla tipologia di casistica potenzialmente inappropriata. Per l'appropriatezza relativa alla durata del ricovero, in attesa di indicazioni nazionali, si è ritenuto di procedere mantenendo le soglie previste dalla DGR n.709/2014 e s.m.i.

1 A-B-C (CODICI 28-75-56)

Per tutte le cartelle cliniche relative al codice disciplina **28, 56, 75** verrà analizzato, come da Piano di Indirizzo della Riabilitazione, DGR n. 1574/2012 e s.m.i., la presenza e completezza del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), espressione della presa in carico e della centralità del paziente.

Il **P.R.I** dovrà pertanto contenere almeno i seguenti elementi:

- obiettivi,
- composizione del team di presa in carico ed il suo responsabile,
- setting,
- metodologie e le metodiche riabilitative,
- tempi di realizzazione,
- verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi.

L'assenza o l'incompletezza del PRI costituisce criterio di non confermabilità con abbattimento tariffario del 50% (codice c) sull'intera durata del ricovero interrompendo ulteriori verifiche.

La valutazione della presenza e completezza del PRI rappresenta l'unico criterio di valutazione di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione in caso di MDC differenti da 1, 4, 5, 8, in coerenza con la normativa regionale vigente.

Si precisa inoltre che, all'interno del software regionale, sono stati sviluppati gli algoritmi che descrivono il processo decisionale da rispettare per la definizione dell'appropriatezza del ricovero di riabilitazione (COD.28-75-56).

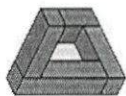
CODICI 28 E 75 (A)

2 A

Verificata la presenza/completeness dei PRI i ricoveri di Neuroriabilitazione (cod. 75) ed i ricoveri di Unità Spinale (cod.28) verranno considerati appropriati clinicamente quando gli stessi hanno:

- **-cod. 75:** la correlazione clinica rispetto al precedente ricovero in acuzie, quando si tratta di “Pazienti con Grave Cerebrolesione Acquisita”, in coerenza con la normativa regionale vigente.





Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	15

-I ricoveri non preceduti da ricoveri acuti verranno considerati appropriati secondo il processo decisionale degli algoritmi sviluppati nel software regionale.

- **-cod.28:** la correlazione clinica rispetto al precedente ricovero in acuzie, quando si tratta di “Pazienti affetti da mielolesione”, in coerenza con la normativa regionale vigente.
-I ricoveri non preceduti da ricoveri acuti verranno considerati appropriati secondo il processo decisionale degli algoritmi sviluppati nel software regionale.

Le cartelle relative ai codici 75 e 28 inappropriate clinicamente verranno considerate non confermate con abbattimento del valore DRG del 50% (codice c)

3A

Per i codici 28, e 75 non si applicano controlli sui valori soglia delle giornate di degenza, e quindi *non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero* (DGR n. 709/2014 e s.m.i.).

CODICE 56 (B)

Verificata la presenza/complettezza del PRI si procederà ai controlli sull’appropriatezza clinica del codice 56 (nelle quattro tipologie individuate dal Tavolo Tecnico Ministeriale: MDC1-MDC4-MDC5-MDC8).

2 B

Nello specifico si analizzeranno i ricoveri di riabilitazione **PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO**, verificatosi nell’anno oggetto di analisi o negli ultimi tre mesi dell’anno precedente, attraverso i seguenti due criteri:

- Criterio della correlazione clinica: il criterio definisce la correlazione appropriata o inappropriata tra l’evento di riabilitazione e l’evento acuto precedente (mediante ACC di diagnosi dell’evento acuto e codici ICD9CM di diagnosi e interventi di dimissione della SDO di riabilitazione), in coerenza con la normativa regionale vigente.

Se presente la correlazione clinica il controllo procederà con la verifica del:

- Criterio della distanza temporale che prevede un *range* tra 0-30 gg tra la dimissione dal ricovero in acuzie e l’ammissione in riabilitazione.

I report sviluppati sugli applicativi regionali individueranno i ricoveri inappropriati, per i criteri di correlazione clinica e della distanza temporale, sui quali si procederà al controllo della relativa documentazione presente in cartella clinica.

Ai ricoveri che verranno valutati “non appropriati”, sarà attribuito il codice c = cartella controllata “non confermata” con abbattimento del 50% su tutta la durata del ricovero.

3 B

Le cartelle risultate invece appropriate, secondo entrambi i criteri sopra citati, verranno sottoposte al controllo relativo alla durata di degenza complessiva del ricovero in riabilitazione, secondo quello che viene definito:



Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	16

- Criterio dell'intervallo temporale, rappresentato dalle soglie temporali contenute nella DGR n.709/2014 e s.m.i..

In caso di superamento delle soglie verrà attribuito il codice d = cartella controllata "non confermata" con abbattimento tariffario del 60% sulle giornate oltre soglia.

CODICE 56 (C)

2 C

Quando il ricovero in riabilitazione **NON È PRECEDUTO DA EVENTO ACUTO**, in quanto non vi è correlazione con un precedente ricovero acuto, si procederà mediante la verifica del seguente criterio:

- il criterio della tipologia di casistica, che raggruppa i ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuto mediante l'ACC e codici ICD9CM di diagnosi e interventi di dimissione, in coerenza con la normativa regionale vigente.

I report sviluppati sugli applicativi regionali individueranno i ricoveri inappropriati per il criterio della tipologia di casistica sui quali si procederà al controllo della documentazione presente in cartella clinica.

Ai ricoveri che verranno convalidati "non appropriati" sarà attribuito il codice c = cartella controllata "non confermata" con abbattimento del 50% su tutta la durata del ricovero.

3 C

Le cartelle risultate invece appropriate per tipologia di casistica, verranno sottoposte al controllo relativo alla durata di degenza complessiva del ricovero in riabilitazione secondo quello che viene definito:

- Criterio dell'intervallo temporale, rappresentato dalle soglie temporali contenute nella DGR n. 709/2014 e s.m.i..

In caso di superamento delle soglie verrà attribuito il codice d = cartella controllata "non confermata" con abbattimento tariffario del 60% sulle giornate oltre soglia

Azioni correttive in caso di mancata verifica ricoveri

Nel caso in cui, a seguito di un monitoraggio regionale, dovesse risultare che non sono stati controllati i ricoveri al 100%, le cartelle cliniche non verificate secondo i criteri previsti, verranno considerate "non confermate con abbattimento" codice 3, pari al 100% della tariffa del DRG.

CODICE 56 (MDC 1) -ISTITUTI DI RIABILITAZIONE (tipologia di erogatore C)

Secondo quanto previsto nel Decreto n. 28/RAO del 21/09/2019, per ciò che attiene il codice 56 (riabilitazione) e l'MDC 01 – SISTEMA NERVOSO, si precisa che il valore soglia di durata di degenza, pari a 90 giorni per gli Istituti di Riabilitazione (tipologia erogatore = C: ospedali in via di riconversione di cui alla DGR n. 735/2013 ed erogatori del Privato convenzionato) è da riservarsi unicamente per le condizioni cliniche caratterizzate da grave disabilità, documentate dallo specialista della struttura in cui il paziente è ricoverato, al fine di evitare un ingiustificato prolungamento della degenza, che risulterebbe pertanto inappropriata.

- in caso di superamento della soglia di durata di degenza di 60 giorni, presso gli Istituti di Riabilitazione (tipologia erogatore = C della DGR 709/2014), verrà attribuito il codice d= cartella controllata "non confermata" con abbattimento tariffario del 60% sulle giornate oltre-soglia (oltre i 60 giorni), se dal controllo effettuato sulla documentazione sanitaria non risulta la relazione clinica dello specialista che





Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB 2020	17

attesti la particolare gravità della disabilità e dalla quale deriva la necessità di prolungare la presa in carico riabilitativa oltre i primi 60 giorni, fino alla soglia massima prevista di 90 giorni.

Criteri di "non confermabilità" della cartella clinica

Le cartelle verranno considerate non confermate in assenza della relazione clinica specialistica.

Modalità codifica campo CVPS tracciato SDO e Azioni correttive:

- codice a = cartella controllata e confermata;
- codice d = cartella controllata "non confermata" con abbattimento del 60% sulle giornate oltre soglia

A.3.5.b LUNGODEGENZA

Secondo quanto definito nel DM LEA 2017, i ricoveri in lungodegenza sono riservati a persone non autosufficienti, affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che necessitano di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative.

Criteri di estrazione

Per la lungodegenza (cod. 60) verranno estratte le cartelle cliniche con degenza superiore ai 21 gg e degenza inferiore a 7gg.

Attività di verifica ed azioni correttive

Per i criteri di appropriatezza clinico-organizzativa dei ricoveri per i codici *lungodegenza post-acuzie* verrà valutata la presenza o assenza di:

- documentazione sanitaria/lettera di dimissione contenente le seguenti informazioni:
 - percorso assistenziale effettuato durante la degenza;
 - condizioni cliniche all'ingresso e alla dimissione;
 - indicazioni a garanzia della continuità assistenziale (prosecuzione della terapia, controlli specialistici, struttura di accoglienza/domicilio, etc.);
- scheda di Barthel, ADL (quella prevista nel lotto 4 modulo dimissione protetta e flusso SDO);
- documentazione sanitaria attestante l'attivazione del percorso di dimissione protetta.

Per la *LD post-acuzie*, l'assenza o l'incompletezza di uno degli elementi elencati costituisce criterio di "non confermabilità", codice c = cartella controllata "non confermata" con abbattimento del 50%, **ad eccezione dei ricoveri, che verranno in ogni caso sottoposti a monitoraggio, con durata di degenza < a 7 giorni e con modalità di dimissione (cod. 01 "deceduto")**.

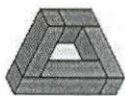
Nel caso di "*lungodegenza riabilitativa*" (DGR n. 139 del 22/02/2016-Ospedale di Comunità di Cingoli) e quando il codice 60 ha tra le Diagnosi Secondarie un codice riabilitativo V57, sarà analizzata la presenza del PRI (Progetto riabilitativo individuale); la sua assenza costituisce criterio di "non confermabilità", codice c = cartella controllata "non confermata" con abbattimento del 50% sull'intera durata del ricovero.

A queste tipologie di ricovero, si applicano anche i controlli temporali sui valori soglia delle giornate di degenza. Il superamento del valore soglia dei 60gg (DGR n. 709/2014 e s.m.i.) considerato criterio di inefficienza, costituisce criterio di "non confermabilità", codice d = cartella controllata "non confermata" con abbattimento del 60% sulle giornate oltre soglia.

A.4 CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Tali controlli dovranno avvenire in ottemperanza a quanto previsto nel Decreto n. 33/RAO/2013 allegato B, paragrafo d.

Gli esiti di tali controlli andranno riportati direttamente all'interno del software regionale, nel quale sono disponibili le tabelle analitiche per ogni tipologia di controllo.



Luogo di emissione Ancona	Numero 6/RAO	Pag. 18
	Data 20 FEB. 2020	

Criteri di estrazione

L'individuazione delle cartelle deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali e coinvolgere, nel corso dell'anno, tutte le unità operative e tutti i regimi di ricovero, ad eccezione del codice disciplina 31 (nido).

Modalità di verifica

Per la valutazione della completezza e della corretta compilazione della cartella andranno analizzati:

- Diario clinico;
- Cartella Infermieristica;
- Scheda Terapia Integrata;
- Verbale Operatorio;
- Cartella Anestesiologica;
- Scheda Rilevazione Dolore;
- Scheda di Barthel (per i cod. 28-75-56-60 – applicabile obbligatoriamente da ottobre 2017);
- Consensi Informati alle procedure /interventi diagnostico-terapeutici;
- Check-list “sicurezza sala operatoria”;
- Anamnesi ed esame obiettivo;

rispettando le codifiche della seguente legenda:

Legenda:	Esito		
<i>P: presente</i>	1= si	0=no	<u>La dicitura na=non applicabile è valida solo ed esclusivamente per:</u> – Verbale Operatorio – Cartella Anestesiologica – Check list “sicurezza sala operatoria” – Consensi Informati – Scheda di Barthel per le UU.OO. con codice disciplina diverso da 28-75-56-60
<i>C: completo</i>	1= si	0=no	
<i>L: leggibile</i>	1= si	0=no	
<i>F: firmato Medico/infermiere</i>	1= si	0=no	
<i>Fp/Ft: Firmato Paziente/Tutore</i>	1= si	0=no	
<i>Esito</i>	1= confermata	0= non confermata	na= non applicabile

Criteri di “non confermabilità” della cartella clinica

La cartella clinica verrà considerata “non confermata” nel caso in cui si verifichi l'assenza di un solo criterio di quelli soprariportati per:

- Diario clinico;
- Cartella infermieristica;
- Scheda Terapia Integrata;
- Scheda di Barthel (per i cod. 28-75-56-60);
- Consensi informati;
- Anamnesi ed esame obiettivo;
- Scheda Rilevazione del dolore;

oppure nel caso in cui si verifichi l'assenza di:

- Verbale Operatorio firmato;
- Cartella Anestesiologica;
- Rilevazione Dolore (Scheda o diario clinico);
- Check-list “sicurezza sala operatoria”.





Luogo di emissione Ancona	Numero 6/AAO	Pag. 19
	Data 20 FEB. 2020	

Modalità codifica campo CVPS tracciato SDO e Azioni correttive:

- codice a = cartella controllata e “confermata”;
- codice b = cartella controllata “non confermata” senza abbattimento. L’esito verrà sottoposto alla valutazione da parte del Risk manager aziendale;
- codice c = cartella controllata “non confermata” con abbattimento del 50% nel caso di assenza della scheda di rilevazione del dolore.

STRUTTURE MONOSPECIALISTICHE

Per quanto riguarda le strutture che erogano prestazioni di tipo riabilitativo si procederà alla verifica del 100% delle cartelle cliniche come previsto nel punto A.3.5.1 e si procederà ad una ulteriore verifica di una parte di esse, pari al 2% (di cui l’1% controllo esterno) sulla documentazione sanitaria di cui al punto A.4. Nel campo SDO “esito controllo CVPS” andrà inserito solamente l’esito della valutazione relativa all’appropriatezza come previsto nel punto A.3.5. Il risultato invece dell’analisi delle cartelle sottoposte a controllo della documentazione clinica (punto A.4) andrà riportato solamente nel verbale finale (in allegato: “Schema relazione annuale”).

A.5 MONITORAGGIO VOLUMI MINIMI

Tale controllo si basa su quanto stabilito nel Decreto RAO n.13 del 2019.

Con il DM 70/2015 sono state definite, sulla base di evidenze scientifiche, le soglie minime di volumi di attività di alcuni processi assistenziali, riportate di seguito, a cui le singole strutture sanitarie devono attenersi a garanzia dei principi di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure erogate.

Ogni Ente è tenuto a monitorare tali volumi specifici di attività, riferiti al singolo stabilimento identificato dallo specifico codice ministeriale (HSP 11bis), attraverso l’utilizzo di appositi report regionali, predisposti nel software dedicato e messi a disposizione dei referenti CVPS.

Per ciò che attiene le prestazioni inerenti la maternità, la programmazione regionale ha già ridefinito rete dei Punti nascita in coerenza con l’Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, per cui non saranno oggetto di valutazione.

Tipologia di intervento/prestazione	Soglia minima di volumi di attività
Intervento chirurgico per CA mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura del femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto Miocardico Acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)

Gli Enti, che, a seguito della valutazione annuale regionale, non raggiungeranno le soglie previste dei volumi minimi di attività, subiranno un abbattimento tariffario dei relativi DRG, come di seguito indicato:

VOLUME DI ATTIVITÀ	ABBATTIMENTO TARIFFARIO
70% ≤ valore < 100%	pari al 30%
30% ≤ valore < 70%	pari al 50%
valore <30%	pari al 100%

Attività erogate in modalità “in service”

Per gli Enti che, tramite la stipula di apposite convenzioni, richiedono l’erogazione delle prestazioni presso altri Enti, riportando nella SDO “l’effettuazione dell’intervento specifico in modalità “in service” presso una struttura diversa da quella in cui il paziente è ricoverato”, dovranno inviare, entro il 15 febbraio dell’anno successivo a





Luogo di emissione Ancona	Numero 6/RAO	Pag. 20
	Data 20 FEB. 2020	

quello di riferimento, l'elenco delle strutture presso cui hanno effettuato tali attività, utilizzando lo schema di seguito indicato:

ATTIVITÀ EROGATA "IN SERVICE"	
AZIENDA/ENTE _____	ANNO _____
Tipologia di intervento/prestazione	Indicare la struttura erogante le prestazioni in cessione di servizio
Intervento chirurgico per CA mammella totale	
Colecistectomia laparoscopica	
Intervento chirurgico per frattura del femore	
Infarto Miocardico Acuto	
By pass aorto-coronarico	
Angioplastica coronarica percutanea	

I dati riportati nella suddetta documentazione contribuiranno al raggiungimento dei volumi minimi nelle strutture presso cui la prestazione è stata erogata.

Pertanto, l'abbattimento tariffario, in caso di non raggiungimento dei volumi minimi, sarà effettuato:

- 1- solo a carico della struttura richiedente le prestazioni "service", qualora non trasmetta la documentazione richiesta;
- 2- a carico di entrambe le strutture, richiedente ed erogante, qualora la documentazione delle prestazioni eseguite in service, inviata dalla struttura richiedente, non sia sufficiente al raggiungimento della soglia di volume minimi presso la struttura erogante;

Modalità codifica campo CVPS tracciato SDO e Azioni correttive:

codice 3 = cartella controllata "non confermata con abbattimento" secondo la seguente tabella:

VOLUME DI ATTIVITÀ	ABBATTIMENTO TARIFFARIO
70% ≤ valore < 100%	pari al 30%
30% ≤ valore < 70%	pari al 50%
valore < 30%	pari al 100%

ABBATTIMENTI TARIFFARI E LORO CONTABILIZZAZIONE

Per procedere all'abbattimento tariffario sarà necessario verificare se ci si trova di fronte ad erogatori pubblici o del privato convenzionato.

• **STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE:**

Sia per le prestazioni erogate a residenti Regione Marche che fuori Regione, rimane invariata l'attuale procedura in essere e cioè la richiesta di emissione di note di credito da parte dell'erogatore. In particolare si precisa che la richiesta, di emissione di nota di credito, dovrà essere effettuata dal dirigente amministrativo dell'Area Vasta responsabile delle convenzioni e inviata per conoscenza al CVPS deputato al controllo, all'Area Contabilità e Bilancio dell'ASUR e dell'Area Vasta.

• **STRUTTURE PUBBLICHE:**





Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	21

Gli abbattimenti della tariffa su prestazioni erogate a residenti regione Marche e non, saranno riepilogati e imputati alle aziende nell'ambito del riconoscimento della produzione ai fini della contabilizzazione nel bilancio di esercizio (matrici del riparto del fondo).

B. CONTROLLI SULLE ATTIVITÀ AMBULATORIALI

B.1 CONTROLLI GENERALI SUL TRACCIATO RECORD

I controlli sul tracciato record del File C, devono avvenire in ottemperanza alle normative vigenti che ne regolamentano la tempistica, completezza e qualità secondo i report predisposti negli applicativi regionali.

B.2 PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

Gli esiti di tali controlli andranno riportati nel software dedicato in cui è disponibile la tabella analitica di riferimento.

Criteri di estrazione

Per le prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di Day Surgery erogate in regime ambulatoriale, di cui al DM LEA 12 gennaio 2017 allegato 6B e s.m.i., andrà prevista l'estrazione di un campione di almeno 5 cartelle per tipologia.

Modalità di verifica

Per la valutazione della completezza e della corretta compilazione della cartella ambulatoriale andranno analizzati:

- Verbale Operatorio;
- Consenso Informato alla procedura /intervento diagnostico-terapeutico;
- Lettera di dimissione con presenza di riferimenti per eventuali urgenze.

Criteri di "non confermabilità" della cartella ambulatoriale.

Perché la cartella ambulatoriale superi la valutazione debbono essere soddisfatti tutti i requisiti esaminati.

Azioni correttive:

L'esito verrà sottoposto alla valutazione da parte del Risk manager aziendale.

B.3 CONTROLLI GENERALI SULLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EFFETTUATE IN POST RICOVERO

Con prestazioni effettuate in **post ricovero** si intendono gli esami, le prestazioni e le visite, effettuate presso la medesima struttura, nel post ricovero, erogate di norma, **entro 3 settimane dalla dimissione**, comunque strettamente inerenti la patologia oggetto del ricovero, e correlate al completamento ed alla conclusione dell'iter diagnostico terapeutico della patologia per la quale è stato effettuato il ricovero medesimo.

Le prestazioni di post-ricovero in regime ordinario vengono considerate come parte integrante del ricovero stesso, se strettamente correlate alla patologia che ha portato al ricovero e confluiscono nella tariffa onnicomprensiva DRG specifica del ricovero. Sono ad esempio:

- prima visita specialistica ambulatoriale di controllo post ricovero;
- prima medicazione ambulatoriale;
- in ortopedia le prestazioni fino alla rimozione del primo gesso con relativo accertamento radiologico;
- nel politraumatizzato la prima visita post-ricovero nelle branche specialistiche indicate nella lettera di dimissione e relative prestazioni strumentali correlate;
- prestazioni strumentali (es. TAC, Risonanze magnetiche, EEG, scintigrafie, ecc.) che non sono eseguibili tempestivamente durante l'arco della degenza, ma che rientrano di fatto nello stesso DRG poiché necessarie ai fini di una completa formulazione diagnostica.





Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	22

Tutte le sopraelencate prestazioni non necessitano della prescrizione con impegnativa ma vanno richieste sul modulo aziendale interno.

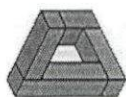
Il collegamento tra flusso SDO e prestazioni ambulatoriali sarà effettuato tramite il codice fiscale del paziente, nel caso in cui siano presenti nel file C prestazioni effettuate nelle 3 settimane successive alla data di dimissione nella stessa struttura e/o AV, gli applicativi regionali produrranno un file con il quale sarà possibile analizzare la correlazione tra i due flussi.

Criteri di estrazione

Il campione delle prestazioni del SSN verrà estratto sulla base dei seguenti criteri di selezione (ad esclusione delle visite di Pronto Soccorso non correlate al ricovero e delle prestazioni erogate in L.P.):

- Tutte le prestazioni erogate nelle 3 settimane successive alla data di dimissione, classificate come “V” nell’allegato A punto 3 della DGR 1468 del 29/12/2014 e s.m.i. (Colonna “Aggregazione 1° livello”), che abbiano la specialità della prestazione erogata congruente con la disciplina di dimissione ospedaliera secondo la seguente tabella:

Codice specialità della prestazione erogata	Descrizione	Codice disciplina di dimissione ospedaliera
000	Non specificata	00
001	Allergologia	01
002	Day hospital	02
003	Anatomia - ist pat	03
005	Angiologia	05
006	Cardiologia pediatrica	06
007	Cardiochirurgia	07
008	Cardiologia	08
009	Chirurgia generale	09
010	Chirurgia maxillo facciale	10
011	Chirurgia pediatrica	11
012	Chirurgia plastica	12
013	Chirurgia toracica	13
014	Chirurgia vascolare	14
015	Medicina sportiva	15
017	Citologia	17
018	Ematologia	18
019	Malattie endocrine/diabetologia	19
020	Immunologia	20
021	Geriatrics	21
022	Residuale manicomiale	22
024	Malattie infettive tropicali	24
025	Medicina del lavoro	25
026	Medicina generale	26
027	Medicina legale	27
028	Unità spinale	28
029	Nefrologia	29
030	Neurochirurgia	30
031	Nido	31
032	Neurologia	32
033	Neuropsichiatria infantile	33
034	Oculistica	34



Codice specialità della prestazione erogata	Descrizione	Codice disciplina di dimissione ospedaliera
035	Odontoiatria e stomatologia	35
036	Ortopedia e traumatologia	36
037	Ostetricia e ginecologia	37
038	Otorinolaringoiatria	38
039	Pediatria	39
040	Psichiatria	40
041	Medicina termale	41
042	Tossicologia	42
043	Urologia	43
045	Sert	45
046	Grandi ustioni pediatriche	46
047	Grandi ustioni	47
048	Nefrologia	48
049	Terapia intensiva	49
050	Unità coronarica	50
051	Astanteria	51
052	Dermatologia	52
053	Analgesia	53
054	Emodialisi	54
055	Farmacologia clinica	55
056	Recupero e riabilitazione funzionale	56
057	Fisiopatologia della riproduzione	57
058	Gastroenterologia	58
060	Lungodegenti	60
061	Medicina nucleare	61
062	Neonatologia	62
064	Oncologia	64
065	Oncoematologia pediatrica	65
066	Oncoematologia	66
067	Pensionati	67
068	Pneumologia	68
069	Radiologia	69
070	Radioterapia	70
071	Reumatologia	71
073	Terapia intensiva neonatale	73
074	Radioterapia oncologica	74
075	Neuro riabilitazione	75
076	Neurochirurgia pediatrica	76
077	Nefrologia pediatrica	77
078	Urologia pediatrica	78
082	Anestesia	82
088	Dietetica nutrizione clinica	88
090	Igiene epid. e sanità pubblica	90
091	Org. servizi sanitari di base	91
093	Fisica sanitaria	93
094	Igiene e org. sanitaria ospedaliera	94
097	Detenuti	97
100	Laboratorio analisi	59
101	Virologia	79
102	Centro trasfusionale/Immunoematologia	44
103	Radiodiagnostica	69



Luogo di emissione	Numero 6/RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	24

Codice specialità della prestazione erogata	Descrizione	Codice disciplina di dimissione ospedaliera
104	Neuroradiologia	69
106	Pronto Soccorso	51

- Tutte le prestazioni di diagnostica strumentale classificate come “D” nell’allegato A punto 3 della DGR 1468 del 29/12/2014 e s.m.i. (Colonna “Aggregazione 1° livello”) effettuate nelle 3 settimane successive alla data di dimissione.

Modalità di verifica

Trimestralmente, ogni Ente provvederà ad estrarre, tramite apposite query predisposte sul software regionale, suddivise per Azienda/ Presidio Unico di AV, i dati oggetto di monitoraggio e campionare la percentuale di SDO da verificare (1%).

Modalità codifica campo CVPS tracciato SDO e Azioni correttive:

- codice a = cartella controllata e confermata;
- codice b = cartella controllata “non confermata” senza abbattimento.

L’esito verrà sottoposto alla valutazione da parte del Risk manager aziendale.

Gli esiti di tali controlli effettuati ai sensi della DGR n. 926/99 andranno inseriti nella tabella analitica di riferimento, disponibile nel software dedicato.

ADEMPIMENTI PER GLI ENTI DEL SSR

Tutti gli Enti del SSR (ASUR, INRCA, AOUOR Ancona, AO Ospedali Marche Nord) hanno la responsabilità di predisporre e trasmettere al CVPSR:

- trimestralmente i dati relativi all’attività di controllo (nel caso dell’ASUR, suddivise per pubblico e privato), utilizzando i format, presenti nell’apposito applicativo informatico regionale; i dati relativi al IV trimestre devono essere inviati **entro e non oltre il 15 marzo** dell’anno successivo;
- annualmente, **entro e non oltre il 15 maggio** di ciascun anno, le tabelle riepilogative annuali, riferite all’anno precedente, accompagnate dalla relazione prevista dal comma 3 dell’art.3 del DM del 10 dicembre 2009 e s.m.i..

Il Comitato valuterà la congruenza e la completezza dei dati inseriti nei rispettivi report e analizzerà le relazioni ricevute. In particolare verranno valutate le azioni di miglioramento/Audit effettuate dalle singole Aziende rispetto alle non conformità rilevate dai controlli CVPS.

ALLEGATI:

- **Schema Verbale di Controllo Esterno delle Prestazioni Sanitarie**
- **Tabella Dettaglio Calcolo Abbattimento Tariffario**
- **Tabella Associazione Flusso SDO e Flusso Ambulatoriale**
- **Schema Relazione Annuale**





Luogo di emissione Ancona	Numero 6/RAO	Pag. 25
	Data 20 FEB. 2020	

VERBALE ATTIVITÀ DI CONTROLLO ESTERNO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

In data _____ si è svolta una verifica delle prestazioni erogate nel periodo I II III IV TRIMESTRE
anno ____ dallo Stabilimento ospedaliero pubblico/privato convenzionato“ _____” secondo quanto previsto dal
Piano di controllo delle prestazioni sanitarie vigente

Erano presenti:

Rappresentanti Ente controllato (nominativo e qualifica):	Rappresentanti Ente controllore (nominativo e qualifica):

La struttura ospedaliera controllata ha presentato la **documentazione attestante l'attività di controllo interno**. Si è proceduto, quindi, alla verifica tramite la revisione delle seguenti cartelle cliniche (almeno n. 5):

Anno / Numero progressivo della SDO	Tipologia di prestazione sottoposta a controllo	Esito del controllo interno (Report SDO - codice CVPS)	Convalida dell'esito del controllo
	A.3.1.1		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
	...		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Successivamente il Comitato Misto ha effettuato il controllo esterno secondo quanto previsto dalla DGR n. 1489/2019 e dal vigente Piano dei Controlli.

Eventuali note da inserire a verbale:

Il presente verbale è costituito da n. ____ pagine (di cui n. ____ pagine di allegati) sottoscritte singolarmente e deve essere inviato/consegnato all'Ente controllato e al CVPSR.

Firme dei componenti del gruppo di verifica





Luogo di emissione Ancona	Numero 61RAO	Pag. 26
	Data 20 FEB. 2020	

TABELLA DETTAGLIO CALCOLO ABBATTIMENTO TARIFFARIO

TIPOLOGIA DI CONTROLLI	CRITERI DI ESTRAZIONE	ESITO CVPS SE CARTELLA CLINICA NON CONFERMATATA	CALCOLO ABBATTIMENTO
A.3.1.1 DRG Chirurgici	ricovero in reparti per acuti regime di ricovero ordinario giornate di degenza > di 1 giorno DRG chirurgici di cui all'Allegato 6A del DM del 12/01/2017(e criteri di esclusione di alcuni DRG) e DGR 709/2014 per le relative tariffe	codice 3 = cartella controllata "non confermata con abbattimento" del 10%, solo in caso di superamento della soglia prevista dalla DGR n.709/14 e s.m.i. sui dati di attività annua per struttura di ricovero (HSP 11 bis)	DGR 1370/2011: per ciascuno dei DRG si calcola il rapporto tra il numero dei ricoveri ordinari con degenza >1 giorno ed il numero totale di ricoveri (ordinari e di DH), secondo la formula $R.O. > 1g / (R.O.+DH) > \text{valore soglia (percentuale dei casi)}$
A.3.1.2 DRG Medici	ricovero in reparti per acuti regime di ricovero ordinario (escluso la Lungodegenza e le Riabilitazione) giornate di degenza > di 1 giorno DRG medici di cui all'Allegato 6A del DM del 12/01/2017(e criteri di esclusione di alcuni DRG) e DGR 709/2014 per le relative tariffe		
A.3.2 Day Surgery	regime di ricovero in Day Hospital regime di ricovero ordinario e giornata di degenza ≤ ad 1 giorno i codici HSP11bis devono essere confrontati con i codici di modelli STS 11 della medesima struttura ricovero in reparti per acuti	codice 3 = cartella controllata "non confermata con abbattimento"; applicazione della tariffa ambulatoriale, solo in caso di superamento della soglia prevista dalla DGR n.709/14 e s.m.i. sui dati di attività annua per struttura di ricovero (HSP 11 bis)	1. Va estratto il totale di ogni procedura principale associata al DRG di ogni struttura (HSP11 bis) (NUMERATORE) 2. \sum tra il punto 1 e il totale di ogni prestazione di ogni struttura ambulatoriale (STS11) (DENOMINATORE) In caso di più prestazioni associate ad un DRG si deve considerare la sola prestazione più frequente della struttura ed i relativi valori soglia e tariffa 3. Se il risultato del rapporto è > alla soglia prevista da DRG 709/2014 e nella SDO è riportato l'esito di non confermabilità, si procede all'abbattimento. 4. L'abbattimento (campo importo CVPS nel tracciato SDO) viene calcolato considerando la differenza tra la tariffa del DRG e la tariffa ambulatoriale, riportata nella DRG709/14 e s.m.i.
A.3.3 Day Hospital medici	regime di ricovero in Day Hospital ricovero in reparti per acuti tipo DRG= medico regime di ricovero = 2 Formula 1 = età ≥ 14 aa ed escluso codice disciplina 33 e 64 Formula 2 = codici procedure assenti o nulle; assenza cod.V 64.1,V64.2,V64.3 in diagnosi principale	codice 3 = cartella controllata "non confermata con abbattimento"; rivalorizzazione del DRG con applicazione della tariffa corrispondente abbattuta del 50%.	Importo CVPS=tariffa DRG/2
A.3.4 Parti Cesaree	DRG=370 Abbattimento previsto solo per il DRG=371	codice 3= cartella controllata "non confermata con abbattimento"; verrà riconosciuta la tariffa equiparata al codice DRG 373 "Parto Vaginale senza diagnosi complicanti" (DGR 709/2014) abbattuta del 50% (decreto 20/RAO/2017)	L'abbattimento, corrispondente al campo "importo CVPS" del nuovo tracciato sdo, verrà calcolato come: $\text{importo CVPS} = \text{tariffa DRG 371} - (\text{tariffa DRG 373} / 2)$ Per tariffa DRG si intende: tariffa RO > 1gg entro soglia per singolo episodio di ricovero
A.3.5.b lungodegenza	codice disciplina 60 degenza superiore a 21gg e degenza inferiore ai 7gg	codice c = cartella controllata "non confermata" con abbattimento del 50% sull'intera durata del ricovero. codice d = cartella controllata "non confermata" con abbattimento del 60% sulle giornate oltre soglia.	Importo CVPS=tariffa DRG/2 Importo CVPS=n° giornate oltre soglia* 20% della tariffa presente nella DGR 709/2014 (30,8 corrisponde al valore calcolato pari al 20% della tariffa presente nella DGR 709/2014)
A.3.5.a riabilitazione	codice disciplina 56,28,75 compresi i ricoveri in regime di Dh per ogni trimestre	codice c = cartella controllata "non confermata" con abbattimento del 50% su tutta la durata del ricovero codice d = cartella controllata "non confermata" con abbattimento tariffario del 60% sulle giornate oltre soglia.	Importo CVPS=tariffa DRG/2 Importo CVPS=n° giornate oltre soglia* 20% della tariffa presente nella DGR 709/2014
A4 Documentazione clinica	Le cartelle da controllare non devono essere state già sottoposte ad altre tipologie di verifica	codice b = cartella controllata "non confermata" senza abbattimento. L'esito verrà sottoposto alla valutazione da parte del Risk manager aziendale.	nessun abbattimento



TABELLA ASSOCIAZIONE FLUSSO SDO E FLUSSO AMBULATORIALE

Flusso SDO		Flusso Specialistica Ambulatoriale
Codice	Procedura principale	Codice prestazione
6	0443	04.43
8	0444	04.44
39	1319	13.19.1
	1341	13.41
	1370	13.70.1
	1372	13.72
	138	13.8
42	1475	14.75
119	3859	38.59
	3859	38.59.1
	3859	38.59.2
162	5300	53.00.1
	5300	53.00.2
	5321	53.21.1
	5329	53.29.1
160	5341	53.41
	5349	53.49.1
225	7756	77.56
232	8020	80.20
228	8172	81.72
	8175	81.75
213	8401	84.01
	8402	84.02
323	9851	98.51.1
	9851	98.51.2
	9851	98.51.3
40	0872	08.6
	0874	08.6



Luogo di emissione	Numero 61RAO	Pag.
Ancona	Data 20 FEB. 2020	28

SCHEMA RELAZIONE ANNUALE

Ente del SSR " _____ "

In ottemperanza a quanto disposto dalla DGR n. 1489/2019 e dal vigente Piano dei Controlli e ss.mm.ii., il nucleo CVPS costituito con Determina n. ha effettuato i controlli previsti sull'attività svolta nell'anno _____

A) CONTROLLI SULLE ATTIVITÀ DI RICOVERO

1) CONTROLLI GENERALI SUL TRACCIATO SDO

2) CONTROLLI GENERALI SUI DRG

3) CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA:

- **CHIRURGICI** (*commento, criticità riscontrate, azioni miglioramento, proposte*);
- **MEDICI** (*commento, criticità riscontrate, azioni miglioramento, proposte*);
- **DAY SURGERY** (*commento, criticità riscontrate, azioni miglioramento, proposte*);
- **DAY HOSPITAL** (*commento, criticità riscontrate, azioni miglioramento, proposte*);
- **PARTI CESAREI** (*commento, criticità riscontrate, azioni miglioramento, proposte*);
- **RIABILITAZIONE** (*commento, criticità riscontrate, azioni miglioramento, proposte*);
- **LUNGODEGENZA** (*commento, criticità riscontrate, azioni miglioramento, proposte*);
- **DOCUMENTAZIONE CLINICA** (*commento, criticità riscontrate, azioni miglioramento, proposte*);
- **VOUMI MINIMI** (*commento, criticità riscontrate, azioni miglioramento, proposte*).

B) CONTROLLI SULLE ATTIVITÀ AMBULATORIALI

1) CONTROLLI GENERALI SUL TRACCIATO RECORD

2) PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

3) CONTROLLI GENERALI SULLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EFFETTUATE POST-RICOVERO

C) EVENTUALI ULTERIORI CONTROLLI EFFETTUATI

D) TABELLE ANALITICHE RIASSUNTIVE (necessariamente da allegare e disponibili nell'applicativo informatico regionale di supporto all'attività di controllo).