



TIPOLOGIA DI CONTROLLI	CRITERI DI ESTRAZIONE	ESITO CVPS SE CARTELLA CLINICA NON CONFERMATA	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 HSP11 bis 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. Σ 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.
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 Cesarei	DRG=370 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: importo CVPS = tariffa DRG 371 - (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	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