



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE
Direzione Generale Sanità

15.8.3

Prot. n.

Cagliari,

Regione Autonoma della Sardegna
Direzione Generale della Sanità
Prot. Uselta del 31/07/2008
nr. 0016806
Classifica: XV.8.3

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie
LORO SEDI

p.c. Al Presidente dell'AIOP



Oggetto: Regolamento delle procedure di controllo dell'attività di ricovero.

La Legge n. 388/2000 art. 88 comma 2, fornisce disposizioni riguardanti l'attivazione di controlli sulla qualità della documentazione clinica (cartella clinica e SDO), secondo specifici protocolli di valutazione. Le Aziende Sanitarie sono tenute ad effettuare la valutazione sulla qualità delle prestazioni e la vigilanza sulla corretta compilazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), sulla frequenza dei ricoveri anomali e sulla documentazione attestante le prestazioni di ricovero.

Con il regolamento allegato, si forniscono alle Aziende Sanitarie disposizioni e indirizzi per uniformare su tutto il territorio regionale le procedure di controllo dell'attività di ricovero.

A tal fine, è istituito il sistema regionale dei controlli dei ricoveri ospedalieri, che prevede il monitoraggio delle prestazioni erogate allo scopo di evidenziare eventuali inappropriatezze dei livelli assistenziali e/o atteggiamenti opportunistici. Il sistema persegue le seguenti finalità:

- permettere all'Amministrazione Regionale di avere un quadro esaustivo ed affidabile delle prestazioni effettivamente erogate sul territorio;
- evitare il ricorso improprio ed immotivato al ricovero ospedaliero, classificando la prestazione nel livello più appropriato di assistenza;
- prevenire ed evidenziare potenziali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori sia pubblici, sia privati;
- massimizzare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate per una migliore efficienza/efficacia del Servizio Sanitario Regionale.

Il sistema regionale dei controlli è attivato in forma sperimentale e sarà oggetto di monitoraggio continuo, anche al fine di perfezionare gli strumenti valutativi adottati.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

I Direttori in indirizzo sono tenuti a far pervenire allo scrivente Assessorato:

- o il nominativo del dirigente responsabile del sistema aziendale di controlli interni ed esterni delle attività di ricovero;
- o il nominativo di un dirigente che effettua per conto della Azienda Sanitaria i controlli sulla documentazione clinica e le verifiche della corretta compilazione/codifica delle SDO;
- o i dati relativi ai controlli effettuati nell'anno 2007, secondo la sintesi riportata nella sottostante tabella:

Criteri di campionamento (casuale, stratificato, ..)			
Attività di controllo su cartelle cliniche (*)			
N. cartelle cliniche controllate			
in % sul totale delle cartelle			
(*) Se non sono previste attività di controllo indicare "non previsto"			
Periodicità dei controlli sulle cartelle cliniche	Semestrale	Annuale	Altro (specificare)
Strumenti di valutazione delle cartelle cliniche (ad es. PRUO, ...)			
Misure intraprese a seguito di anomalie rilevate	Si / No	Se sì, specificare:	

I dati richiesti devono pervenire entro il 18 agosto p.v. alla direzione del Servizio di Assistenza Ospedaliera di questo Assessorato, Via Roma 223 Cagliari e possono essere anticipati via mail ai seguenti indirizzi: mprinzis@regione.sardegna.it - aantonelli@regione.sardegna.it.

Per eventuali chiarimenti contattare Dr.ssa M. Agnese Prinzis 0706065332, Dr. A. Antonelli 0706065214.

Il Direttore Generale Sanità

Dr.ssa Graziella Pintus



Dr. AA/DG *aa*

Dr.ssa AP/3.2 *ap*

Dr. GS/Dir. 3 *gs*



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Regolamento delle procedure di controllo dell'attività di ricovero.

La normativa vigente prevede che le Regioni effettuino la valutazione sulla qualità delle prestazioni e la vigilanza sulla corretta applicazione, da parte delle Aziende Sanitarie, del sistema di remunerazione, sulla corretta compilazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), sulla frequenza dei ricoveri anomali e sulla documentazione attestante le prestazioni di ricovero. In particolare, nella L. n. 388/2000 art. 88 comma 2, sono fornite disposizioni riguardanti l'attivazione di controlli sulla qualità della documentazione clinica (cartella clinica e SDO), secondo specifici protocolli di valutazione.

Lo sviluppo e la piena operatività di un sistema di controlli sull'attività ospedaliera rappresentano uno strumento essenziale per la programmazione ed il governo di un sistema sanitario, pertanto, in conformità a quanto evidenziato, si è predisposto il presente regolamento allo scopo di fornire indicazioni generali e particolari per un sistema dei controlli sull'attività di ricovero interno ed esterno alle strutture eroganti e coordinato a livello regionale.

Il sistema dei controlli prevede il monitoraggio delle prestazioni erogate al fine di evidenziare eventuali inapproprietezze dei livelli assistenziali e/o atteggiamenti opportunistici e si propone di fornire indicazioni per le seguenti finalità:

- permettere all'Amministrazione Regionale di avere un quadro esaustivo ed affidabile delle prestazioni effettivamente erogate sul territorio;
- evitare il ricorso improprio ed immotivato al ricovero ospedaliero, classificando la prestazione nel livello più appropriato di assistenza;
- prevenire ed evidenziare potenziali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori sia pubblici, sia privati;
- massimizzare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate per una migliore efficienza/efficacia del Servizio Sanitario Regionale.

L'attività dei controlli deve essere perseguita attraverso:

- un'estensione sufficiente a far sì che incidano effettivamente sulle pratiche scorrette o comunque migliorabili;
- un sufficiente livello di omogeneità fra le singole realtà aziendali;
- un efficiente funzionamento.

Relativamente all'ultimo punto, è importante rilevare come l'attività dei controlli debba funzionare in modo da garantire un rapporto ottimale fra risorse impiegate e risultati espressi in termini di volume e di rilevanza delle attività controllate.

I controlli sono obbligatori ed effettuati su ciascuna struttura di ricovero sia pubblica sia privata, al fine di confrontare, complessivamente, l'attività erogata così come documentata dagli atti archiviati, con i dati

trasmessi con i flussi informativi. Il monitoraggio ed i controlli analitici su base campionaria riguardano la totalità delle dimissioni avvenute nelle strutture di ricovero ospedaliero della Regione, indipendentemente dalla tipologia assistenziale, dal regime di ricovero e dal luogo di residenza delle persone ricoverate.

Il Coordinamento delle attività di controllo è svolto dalla Regione. Presso il Servizio Assistenza Ospedaliera dell'Assessorato è istituito l'ufficio regionale di coordinamento delle attività di controllo dei ricoveri composto da personale tecnico e amministrativo individuato all'interno dei ruoli della Regione che si potrà avvalere di eventuali consulenti esterni per specifici ambiti di attività; l'ufficio è affiancato da una commissione tecnica regionale composta dal responsabile del Servizio o suo delegato, con funzioni di presidente, da un dirigente medico rappresentante di ciascuna ASL, AO, AOU e da un rappresentante dell'AIOP. L'ufficio ha il compito di:

- coordinare e supervisionare il sistema regionale dei controlli;
- stabilire i criteri e le modalità tecniche di effettuazione dei controlli;
- predisporre ed aggiornare le linee di indirizzo per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ed organizzare gli eventi formativi per tutto il personale impiegato nelle attività di controllo;
- verificare l'attuazione, l'equità, l'uniformità e la riproducibilità del sistema regionale dei controlli;
- provvedere agli opportuni aggiornamenti dei flussi informativi correnti in relazione ai risultati delle attività stesse di controllo.

L'Ufficio regionale di coordinamento opera di concerto con le Aziende Sanitarie che, titolari della funzione di controllo, hanno il compito di:

- pianificare e gestire la funzione di controllo secondo le indicazioni contenute nel presente documento;
- effettuare i controlli analitici presso le strutture di competenza, in relazione a quanto indicato nel presente documento ed al fine del raggiungimento degli obiettivi previsti;
- trasmettere le informazioni derivanti dal controllo e le eventuali conseguenti modifiche ai flussi informativi correnti che ne scaturiscono;
- valutare annualmente gli effetti delle attività svolte e proporre gli eventuali aggiornamenti normativi necessari;
- fornire le necessarie informazioni per l'adeguamento del riparto economico.

IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Il sistema dei controlli si compone di:

- monitoraggio di un panel di indicatori;
- controllo campionario della casistica trattata.

Il monitoraggio dell'attività è condotto in parallelo sia a livello regionale, sia a livello locale in base ad un comune panel di indicatori che l'Assessorato della Sanità elaborerà su tutta la base dati disponibile, fornendo, in tal modo, risultati e riferimenti per il controllo a livello locale.

Gli indicatori sono elaborati dalle Aziende Sanitarie contestualmente alle scadenze per l'invio ed il consolidamento dei dati, previste dalla circolare regionale (9805/DG del 27/02/2001).

Cur
all.

L'Assessorato della Sanità provvederà a calcolare gli indicatori a livello regionale nel suo complesso, a livello di territorio ASL (considerando i presidi a gestione diretta, le Case di Cura private accreditate ed eventuali altri erogatori pubblici presenti nel territorio), a livello di ASL (considerando i presidi a gestione diretta e le Case di Cura private accreditate) e di singola struttura erogante pubblica o privata sulla base del flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (file A). I risultati delle elaborazioni saranno divulgati al fine di rendere possibile il confronto a livello locale e avere disponibili i parametri di riferimento a livello regionale; a tale riguardo, riveste particolare importanza il rispetto da parte delle Aziende Sanitarie delle modalità e dei tempi previsti per l'invio del flusso, criterio che sarà utilizzato quale indicatore della *compliance* del sistema alle attività di controllo che si adatterà in questa fase d'avvio delle procedure, riservandosi di integrare d'ulteriori a vari livelli informativi, economici e di *management*.

Il monitoraggio del panel di indicatori produce le informazioni necessarie per l'attivazione di alcuni livelli di controllo successivi, in termini di riferimenti specifici e di relativi valori soglia regionali.

Il controllo campionario delle SDO, con riferimento alla documentazione clinica, intende superare i limiti intrinseci degli indicatori, che hanno la funzione di segnalare eventuali incongruenze o distorsioni ma non di dare una plausibile spiegazione. L'osservazione a campione, pertanto, si prefigge di evidenziare fenomeni di sovra e sotto codifica o errori sistematici nella classificazione di alcune patologie e/o interventi chirurgici, al fine di:

- valutare e monitorare le modalità di compilazione della documentazione clinica;
- valutare e monitorare le modalità di compilazione e codifica della SDO;
- evidenziare comportamenti opportunistici;
- indagare sull'appropriatezza del livello di erogazione delle prestazioni e sull'efficienza del sistema.

Ogni Azienda Sanitaria conduce i controlli sulla produzione delle strutture di ricovero pubbliche a gestione diretta. Le ASL, inoltre, esercitano le funzioni di controllo sulle strutture private accreditate operanti nel proprio territorio, in relazione ai volumi d'attività e nel rispetto dei criteri riportati nella presente direttiva. La ASL può intensificare l'attività dei controlli "esterni" sui presidi ospedalieri privati, con le modalità più funzionali alla verifica della corretta erogazione delle prestazioni riportate nei contratti stipulati con le Case di Cura e nel rispetto di quanto previsto dall'Accordo AiOP-Regione.

MODALITA' DI CONTROLLO

Certificazione interna alle strutture eroganti

Ogni Azienda Sanitaria dovrà prevedere un sistema di certificazione interno dei dati prodotti dal proprio sistema informativo, individuando i referenti e responsabili in prima istanza (comunicando ufficialmente i nominativi a livello regionale e, tempestivamente, eventuali avvicendamenti) e, con un protocollo operativo, definire le procedure di controllo e validazione dell'acquisizione, consolidamento e trasmissione dei dati.

AA
Cw

I controlli logico-formali

Le singole strutture eroganti devono effettuare un controllo delle variabili anagrafiche, finalizzato essenzialmente alla verifica dell'effettivo stato di assistito del beneficiario della prestazione (nome, cognome, CF, residenza ... etc.) e, preventivamente all'invio dei dati a livello aziendale secondo le scadenze previste, dovranno validare il loro flusso sotto il profilo logico-formale; le verifiche di primo livello devono essere effettuate tramite un unico applicativo software fornito dalla Regione che replica i controlli eseguiti a livello centrale. In tal modo è garantita l'uniformità e la riproducibilità del valore informativo dei dati trasmessi. La trasmissione in Regione dei dati deve essere obbligatoriamente accompagnata da una attestazione di eseguita verifica dei controlli di primo livello. La Regione provvede ad una ulteriore processazione dei dati di ricovero utilizzando lo stesso set di controlli di primo livello: tutti i ricoveri per i quali sono evidenziati errori, sono esclusi dai controlli successivi e rinviati come elaborato sintetico alla Azienda di competenza. L'applicativo, già disponibile presso le singole strutture eroganti, è allineato al software dedicato a livello regionale e sarà aggiornato in concomitanza con tutte le variazioni che, sempre a livello regionale, saranno apportate.

Indicatori

Gli indicatori sono calcolati alla chiusura del trimestre di competenza ed annualmente sia dalle Aziende Sanitarie, in maniera autonoma, sia a livello regionale; a quest'ultimo livello si effettuerà il calcolo degli indicatori con dettaglio per territorio ASL (presidi a gestione diretta, Case di Cura private accreditate più eventuali altri erogatori pubblici presenti nel territorio di competenza), per ASL (presidi a gestione diretta e Case di Cura private accreditate) e per singola struttura erogante pubblica o privata; queste informazioni saranno tempestivamente rese disponibili alle strutture eroganti.

Gli indicatori sono distinti in cinque gruppi:

Indicatori di flusso

- ritardo di trasmissione file;
- incompletezza del flusso trasmesso;
- percentuale di errori logico formali di 1° livello al primo controllo.

Indicatori di struttura

- totale personale per posto letto;
- medici per posto letto;
- infermieri per posto letto;
- rapporto infermieri/medici;
- numero dimessi per medico;
- numero dimessi per infermiere.

Indicatori di appropriatezza

- ricoveri ripetuti 0-30/30+;
- ricoveri anomali per durata della degenza – ricoveri brevi;
- ricoveri anomali per durata della degenza – ricoveri sopra soglia;
- percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico;
- percentuale ricoveri con DRG complicato;

AA - AN

- percentuale DRG maldefiniti;

Indicatori di attività

- percentuale LEA totali, Sentinella, Alta Complessità e altri DRG;
- degenza media DRG specifica, assoluta e trimmata;
- DMS (Degenza Media Standardizzata per case-mix);
- ICP (Indice Comparativo di Performance);
- tasso di utilizzazione;
- indice di rotazione;
- indice di turnover;
- ICM (Indice di Case-Mix);
- indice di attrazione;
- indice di fuga;
- percentuale di cesarei.

Indicatori epidemiologici

- tasso di ricovero per asma;
- tasso di ricovero per diabete;
- tasso ricovero per scompenso cardiaco;
- tasso di ricovero per TSO;
- tasso standardizzato di ospedalizzazione;
- peso medio ricoveri in età < 6 anni;
- peso medio ricoveri in età > 65 anni;
- ricoveri per frattura del femore in età ≥ 65 anni;
- ricoveri per *by-pass* aorto-coronarico e angioplastica in età ≥ 65 anni.

Le schede descrittive degli indicatori sono riportate nell'**Allegato 1** del presente documento.

Controlli campionari

I controlli campionari sono suddivisi in due classi: alcuni attuati routinariamente (controlli *fissi*) ed altri modulati in relazione al valore degli indicatori (controlli *condizionali*). Inoltre, le Aziende Sanitarie hanno, nella loro autonomia, la possibilità di svolgere ulteriori controlli sia di congruenza, sia di appropriatezza al fine di approfondire particolari evidenze locali.

I controlli si dividono in "interni" cioè relativi alla produzione propria di ciascuna Azienda Sanitaria e in "esterni", limitatamente alle ASL e relativi all'attività di ricovero di tutti gli erogatori privati accreditati ubicati nel proprio territorio di competenza.

Le quote campionarie individuate ed indicate successivamente assolvono all'obbligo ministeriale del controllo analitico di almeno il 2% del totale erogato; questi valori devono intendersi come un "*de minimis*" e pertanto è data ampia possibilità alle Aziende Sanitarie di aumentare le quote per esigenze di significatività statistica nel controllo analitico o per ulteriori necessità locali.

all. cur

Controlli campionari "fissi"

Controlli di congruenza, mirati a valutare la corrispondenza tra la scheda nosologica e la cartella clinica per le variabili rilevanti ai fini della determinazione del DRG.

In questa classe rientra la valutazione delle seguenti categorie:

- ricoveri ordinari complicati: casi di ricoveri con diagnosi concomitanti o complicanti;
- ricoveri ordinari con DRG maldefiniti: casi di ricovero in cui è presente una discordanza fra diagnosi principale ed intervento chirurgico.

Controlli di appropriatezza del livello assistenziale. In questa classe rientra la valutazione delle seguenti categorie:

- ricoveri ordinari brevi con DRG non chirurgico: casi con degenza <3 giorni e paziente dimesso non deceduto;
- ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatezza come previsto dal DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" e successive modificazioni ed integrazioni;
- ricoveri ordinari con indicazione di trasferimento ad altro istituto di cura entro la seconda giornata di ricovero;
- ricoveri diurni medici per prestazioni eseguibili in regime di Day-Service (DGR n. 37/9 del 25.9.2007).

Controlli campionari "condizionali"

In questa classe rientra la valutazione delle seguenti categorie:

- ricoveri ordinari anomali per durata della degenza: casi di durata di degenza oltre il valore soglia regionale e/o nazionale DRG specifico.
- ricoveri ripetuti (ordinario-ordinario e diurno-diurno): casi di ricovero dello stesso paziente più volte nell'arco di una determinata finestra temporale.

Non sono considerati come ripetuti i ricoveri per i quali lo schema terapeutico preveda un trattamento ciclico o frazionato, in regime di ricovero ordinario, come i ricoveri per **chemioterapia infusione** o i ricoveri per sessioni di **radioterapia esterna** o di **radioterapia metabolica** ed i ricoveri **esitati con il decesso** del paziente.

La verifica deve accertare l'esistenza d'eventuali motivazioni oggettive che abbiano reso necessario il ricorso ad un ulteriore ricovero.

Specifiche sui controlli

La decisione relativa alle figure professionali da utilizzare per l'attività di controllo rientra nell'ambito dell'autonomia decisionale delle singole Aziende Sanitarie: in linea di massima si ritiene che, oltre all'attività d'elaborazione dati ed analisi formale sui contenuti anagrafici ed amministrativi della scheda nosologica (che può essere svolta da diverse figure professionali) si debba individuare almeno un referente medico per i controlli sui contenuti sanitari delle attività. Independentemente dalle figure professionali individuate è fondamentale che la formazione del personale dedicato sia il più possibile omogenea fra le varie Aziende. Inoltre, è parimenti indispensabile che l'individuazione degli operatori da dedicare all'attività di controllo, ivi comprese quelle di pianificazione dei controlli stessi, e del quadro delle loro responsabilità debba avvenire in modo formalizzato.

Dimensione del campione per i controlli aziendali interni ed esterni

Per ogni categoria dei controlli campionari "fissi", si deve determinare un campione casuale di cartelle cliniche pari ad almeno il 2,5% dei ricoveri corrispondenti; la numerosità campionaria per i controlli "condizionali" sarà determinata sulla base delle indicazioni fornite dal monitoraggio degli indicatori e funzionale alla necessaria potenza statistica; non potrà, comunque essere inferiore al 2% dei ricoveri corrispondenti. La numerosità campionaria per i restanti ricoveri deve essere pari ad almeno l'1% dei ricoveri in regime ordinario e dei ricoveri diurni DH e DS.

Dimensione del controllo campionario regionale

L'Ufficio regionale può richiedere, sulla base degli indicatori di monitoraggio, l'incremento delle percentuali dei controlli campionari da eseguire su specifiche strutture di ricovero e/o su definite categorie di ricoveri. Può, inoltre, richiedere l'avvio di processi di verifica su particolari categorie di ricovero per le quali sono state evidenziate precise criticità.

L'Ufficio regionale mantiene le funzioni di supervisione dei processi di calcolo del campionamento casuale dei ricoveri da sottoporre a controllo.

Al fine di garantire la necessaria omogeneità e riproducibilità dei criteri e delle attività di valutazione, la Regione effettua un controllo analitico sul 5% delle verifiche condotte da parte delle Aziende Sanitarie Locali. Per le Aziende Ospedaliere tale percentuale è maggiorata fino all'8% delle verifiche condotte.

L'attività di controllo regionale sulle verifiche è condotta dalla apposita Commissione tecnica regionale. A tal fine le Aziende Sanitarie sono tenute ad inviare la documentazione clinica richiesta, previa anonimizzazione della stessa. La Commissione svolge la funzione di controllo a supporto dell'Ufficio regionale e può organizzare le proprie attività articolandosi in gruppi di lavoro. Per ciascun blocco di controlli, la combinazione della Commissione varierà in relazione alla composizione del campione di ricoveri oggetto di controllo, evitando ogni possibile commistione tra l'attività di controllore e controllato; inoltre, è nominato dal presidente della Commissione un responsabile del procedimento, appartenente ad una Azienda Sanitaria differente da quella oggetto di controllo.

Criteri generali per l'esecuzione dei controlli

I criteri generali relativi all'esecuzione dei controlli sono di seguito riportati:

- controllo sistematico con cadenza almeno trimestrale dei dati di attività sulla base del panel di indicatori stabilito;
- evidenziazione dei fenomeni che presentino rilevanza in termini di volumi di attività ed economici, nonché andamenti che indichino la possibile presenza di fenomeni opportunistici;
- analisi dei dati derivanti dai flussi informativi routinari relativi ai singoli casi che concorrono alla determinazione dei fenomeni suddetti;
- esame dei ricoveri estratti secondo i metodi di campionamento casuale sopradescritto;
- mantenimento agli atti dell'esito dei controlli (inserimento in cartella clinica o altre modalità);
- aggiornamento dei flussi informativi interessati dalle eventuali modifiche;
- pianificazione delle azioni preventive mirate ad evitare il perpetuarsi di situazioni anomale da parte delle strutture coinvolte.

all. cur

In particolare, per le attività dei controlli "Esterni" si dovrà procedere a:

- verificare e, eventualmente, ridefinire la numerosità del campione di cartelle sulle quali eseguire verifica diretta;
- comunicare per iscritto, con un preavviso di almeno 10 giorni, il campione di cartelle da controllare e le modalità di esecuzione dei controlli;
- eseguire i controlli e valutare la documentazione clinica, in contraddittorio con un referente della struttura controllata;
- redigere un verbale riassuntivo e una scheda per ogni ricovero che, a seguito dei controlli, abbia subito variazioni nella variabili anagrafiche, cliniche ed amministrative (come da allegati 3, 4, 5 e 6); nel caso in cui vi siano situazioni dove non si pervenga ad una accettazione formale, le contestazioni saranno gestite nel rispetto degli accordi AIOP-Regione;
- aggiornare i flussi informativi interessati dalle eventuali modifiche concordate;
- pianificare le azioni preventive mirate ad evitare il perpetuarsi di situazioni anomale da parte delle strutture coinvolte e successiva comunicazione dei risultati raggiunti ai soggetti interessati.

Ciascuna Azienda Sanitaria è tenuta ad inviare in Regione con cadenza trimestrale i verbali relativi al processo di campionamento eseguito (controlli "interni" ed "esterni") e l'elenco degli identificativi univoci dei ricoveri sottoposti a controllo, nonché una breve sintesi dei risultati delle attività di verifica e delle misure intraprese a seguito di anomalie rilevate. Tale attestazione deve pervenire al Servizio Assistenza Ospedaliera dell'Assessorato a firma del Direttore Generale.

Criteri di riferimento

I criteri da utilizzare per la verifica dell'urgenza nel giorno di ammissione sono quelli definiti dall'Allegato 2, mentre per l'appropriatezza delle giornate di degenza ulteriori sono quelli indicati dal Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale (PRUO) nella sua edizione ultima disponibile.

Effetti economici dei controlli

A seguito dei controlli analitici possono essere apportate delle modifiche alla valorizzazione dei campi fondamentali della SDO con dirette conseguenze nell'attribuzione del DRG, nella definizione dell'appropriato livello assistenziale o, comunque, con una differente remunerazione per la prestazione erogata. Tali modifiche saranno opportunamente certificate in sede di verifica della documentazione clinica e di loro mantenuta traccia in apposito archivio sia cartaceo, sia informatizzato (Allegati 3-7).

Gli effetti economici dei controlli analitici avranno ripercussione diretta per gli erogatori remunerati a prestazione e, per le altre strutture, avranno effetti nella definizione della matrice di compensazione intraregionale tra ASL. La diversa remunerazione conseguente alla riclassificazione dei ricoveri sarà attuata a seguito dei criteri di seguito indicati:

- ricoveri ripetuti non giustificati, il ricovero attribuito al DRG con peso relativo più elevato è valorizzato a tariffa piena e i rimanenti saranno valorizzati al 30% del corrispondente DRG;
- ricoveri remunerati a giornata di degenza o accessi, saranno valorizzate esclusivamente le giornate/accessi di cui si è comprovata l'effettiva appropriatezza;

- ricoveri inappropriati perché erogabili in regime di ciclo diurno: se riconducibili a ricoveri in ciclo diurno saranno remunerati con i criteri e le tariffe del DRG in ricovero diurno riconosciuto;
- ricoveri inappropriati perché erogabili in regime di Day Service o ambulatoriale: se assimilabili a prestazioni di Day Service o ambulatoriali, saranno riconosciuti gli importi delle prestazioni erogate così come determinato dal nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- ricoveri attribuiti ad un DRG complicato non confermato dai controlli, saranno remunerati con la tariffa del DRG omologo (non complicato);
- ricoveri brevi, nel caso in cui le giornate di degenza successive alla prima non risultassero giustificate, saranno remunerati con la tariffa di un giorno;
- ricoveri anomali per durata della degenza oltre il valore soglia con giornate non giustificate durante tutta la degenza, saranno ricondotti all'effettiva degenza riconosciuta e remunerati sulla base della tariffa del DRG con esclusione dell'incremento tariffario pro-die valorizzato in origine;
- ricoveri per i quali a seguito di verifica risultasse un DRG differente da quello originario per errata selezione della diagnosi e/o intervento principale, si attribuirà la tariffa prevista per il nuovo DRG individuato.

Per i controlli campionari esterni "fissi" di seguito indicati:

- ordinari complicati;
- ordinari brevi con DRG non chirurgico;
- ordinari appartenenti ai DRG ad elevato rischio di inappropriata;
- diurni non chirurgici;

gli esiti della valutazione effettuata su base campionaria, nel rispetto dei criteri di significatività statistica, sono applicati all'intero universo dei ricoveri appartenenti a quella specifica categoria o sottocategoria omogenea, utilizzando come quota il valore inferiore dell'intervallo di confidenza della stima della proporzione di inappropriata risultante dall'analisi campionaria. Gli effetti economici sull'intera produzione sono calcolati applicando la formula sotto indicata, e producono ripercussioni (decurtazioni) sulle tariffe di tutti i ricoveri appartenenti alla stessa categoria.

N = (numero totale di ricoveri di categoria omogenea al campione)

X = % inappropriata nel campione;

X_1 e X_2 (intervalli di confidenza):

X_1 = quota di inappropriata stimata sul totale di ricoveri di categoria omogenea al campione

T_F = Tariffa per ricovero fatturata

T_R = importo riconosciuto per ricovero a seguito di controllo

Y = (effetto economico sul totale di ricoveri di categoria omogenea al campione: importo da decurtare dal fatturato iniziale) $Y = (X_1 * N * T_F) - (X_1 * N * T_R)$

D = (importo da decurtare alla tariffa per ciascun restante ricovero della categoria omogenea) = Y/N

add. cur.

La risoluzione delle controversie sui controlli

Qualora dovessero insorgere contestazioni a seguito dei controlli sulle prestazioni erogate, si procederà secondo quanto definito dalla formalizzazione a livello locale o dagli accordi AIOP-Regione.

Allegati

1. Indicatori per il monitoraggio delle prestazioni erogate in regime di ricovero.
2. Criteri verifica urgenza nel giorno di ammissione.
3. Scheda verifica controlli *fissi* di congruenza.
4. Scheda verifica controlli *fissi* di appropriatezza.
5. Scheda verifica ricoveri diurni a campione.
6. Scheda verifica ricoveri ordinari a campione.
7. Verbale verifica documentazione clinica.

ALL. 02

Indicatori di flusso

1. Ritardo di trasmissione file

Definizione

Giorni di ritardo nella trasmissione del file rispetto alle scadenze definite: 30 Aprile, 31 Luglio, 31 Ottobre, 31 Gennaio e 20 Marzo.

Finalità

Garantire la tempestività del flusso, sia ai fini di monitoraggio regionale dell'attività di ricovero, sia per avviare la verifica e lo scambio dei dati in mobilità infraregionale. Il monitoraggio dell'incompletezza del tracciato (indicatore successivo) garantisce che la tempestività di trasmissione non ne comprometta la completezza.

Modalità di calcolo

Giorno di ricevimento del file da parte dell'Assessorato - data di scadenza di trasmissione.

2. Incompletezza del flusso trasmesso

Definizione

L'indice di incompletezza del flusso (IIF) si basa sul conteggio del numero di ricoveri presente nell'ultimo tracciato trasmesso che però, per la data di dimissione, avrebbe dovuto essere trasmesso con la precedente scadenza.

Finalità

Disporre in tempo reale di dati aggiornati: la possibilità che il reporting regionale fornisca trimestralmente un quadro attendibile dell'evoluzione del sistema, dipende dalla completezza dei dati trasmessi.

Modalità di calcolo

$$IIF = 100 \times \left(\frac{N^{\circ} SDO_{t_{n+1}}}{N^{\circ} SDO_{t_n}} \right)$$

$N^{\circ} SDO_{t_{n+1}}$ = numero SDO che per dimissione appartenevano al trimestre precedente

$N^{\circ} SDO_{t_n}$ = numero SDO trasmesse il trimestre precedente

3. Percentuale di errori logico-formali di 1° livello al primo controllo

Definizione

L'applicativo software, disponibile aggiornato presso ogni struttura, replica i controlli logico formali di I livello implementati in Regione, al fine del monitoraggio della qualità delle SDO.

Finalità

Verificare l'effettuazione routinaria a livello di struttura erogante dei controlli previsti, evitare l'invio di dati "sporchi", snellire le procedure di validazione del flusso ed evitare incongruenze d'attribuzione temporale delle schede in base dati.

Modalità di calcolo

$$100 \times \left(\frac{N^{\circ} \text{errori}_n}{N^{\circ} SDO_n} \right)$$

$N^{\circ} \text{errori}_n$ = errori rilevati dal software di controllo per il trimestre n

$N^{\circ} SDO_n$ = schede trasmesse al trimestre n

Carrelli

Indicatori di struttura

1. Totale personale per posto letto

Definizione

Indica quante persone, indipendentemente dal ruolo ricoperto (sanitario, professionale, amministrativo, tecnico), ruotano intorno ad un posto letto.

Finalità

Definire il potenziale organizzativo totale, in risorse umane, della struttura erogante per posto letto.

Modalità di calcolo

n° personale/n° posti letto

Selezione

Posti letto totali, ordinari e diurni

2. Medici per posto letto

Definizione

Indica quanti medici ruotano intorno ad un posto letto.

Finalità

Definire il potenziale organizzativo totale, in risorse umane di professione medica, della struttura erogante per posto letto.

Modalità di calcolo

n° medici UO degenza/n° posti letto

Selezione

Posti letto totali, ordinari e diurni

3. Infermieri per posto letto

Definizione

Indica quanti infermieri ruotano intorno ad un posto letto.

Finalità

Definire il potenziale organizzativo totale, in risorse umane infermieristiche, della struttura erogante per posto letto.

Modalità di calcolo

n° infermieri UO degenza/n° posti letto

Selezione

Posti letto totali, ordinari e diurni

4. Rapporto infermieri/medici

Definizione

Indica quanti infermieri svolgono attività per ogni medico presente.

Finalità

Definire la proporzione di personale infermieristico per medico operante.

Modalità di calcolo

n° infermieri totali/n° medici totali

5. Numero dimessi per medico (base dati SDO in produzione)

Definizione

Indica quante dimissioni sono state prodotte per medico presente.

Finalità

Rappresentare il carico operativo per unità di personale medico.

Modalità di calcolo

n° dimissioni/n° medici UO degenza

ga.
aw

6. Numero dimessi per infermiere (base dati SDO in produzione)

Definizione

Indica quante dimissioni sono state prodotte per infermiere presente.

Finalità

Rappresentare il carico operativo per unità di personale infermieristico.

Modalità di calcolo

n° dimissioni/n° infermieri UO degenza

Dettaglio

Presidio, Azienda, Regione

all.

cur

Indicatori di appropriatezza (base dati SDO in produzione)

1. Ricoveri ripetuti 0-30/30+

Definizione

L'indicatore dei ricoveri ripetuti, esprime la percentuale di re-ricoveri (in altre parole di ricoveri susseguenti il primo) avvenuti nello stesso Presidio/ASL/Regione con finestra temporale 0-30 giorni e >30 giorni, sul totale dei dimessi, a parità di MDC attribuito.

Finalità

Individuare il frazionamento artificioso del ricovero o una riacutizzazione della patologia legata alla qualità del precedente trattamento o problemi di carattere organizzativo.

Modalità di calcolo

$RR = 100 \times (RR^n / D)$, dove

RR^n = re-ricoveri con finestra temporale 0-30 giorni

RR^n = re-ricoveri con finestra temporale >30 giorni

D = totale dimessi

Selezione

Ordinari, Diurni

Onere della degenza \neq 4

Esclusione

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 31 (Nido), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza), 40 (Psichiatria) e 75 (Neuroriabilitazione)

Stratificazione

Ripetuti ordinario-ordinario e diurno-diurno

2. Ricoveri anomali per durata della degenza: ricoveri brevi

Definizione

Si tratta di due indicatori, che esprimono la percentuale dei ricoveri con durata della degenza anomala per la sua brevità.

Finalità

Individuare la percentuale di ricoveri a rischio d'inappropriatezza, risultato d'atteggiamenti opportunistici a fini remunerativi o d'inappropriatezza del regime o della modalità d'erogazione delle prestazioni.

Tipologie

Ricoveri ordinari con DRG medico sentinella e LEA con 0-3 giorni di durata della degenza.

Ricoveri ordinari con DRG chirurgico e degenza inferiore al valore del 25° percentile della distribuzione della degenza DRG specifica calcolata su base regionale e su base nazionale.

Modalità di calcolo

$100 \times (\frac{X}{D})$, dove

X = n° ricoveri nella specifica categoria

D = totale dimissioni nella specifica categoria (DRG medici sentinella + LEA; DRG chirurgici; totale)

I riferimenti nazionali sono quelli disponibili a livello ministeriale mentre quelli regionali saranno calcolati annualmente. Il valore del 25° percentile sarà calcolato sulla distribuzione della degenza, DRG specifica in regime ordinario, dell'anno precedente quello di competenza per il calcolo dell'indicatore.

Selezione

Ricoveri ordinari

Onere della degenza \neq 4

Esclusione

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 31 (Nido), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza), 40 (Psichiatria) e 75 (Neuroriabilitazione)

3. Ricoveri anomali per durata della degenza: ricoveri sopra soglia

Definizione

Si tratta di un indicatore, che esprime la percentuale dei ricoveri con durata della degenza sopra soglia.

Finalità

Individuare la percentuale di ricoveri a rischio d'inappropriatezza per durata abnorme della degenza, risultato d'atteggiamenti opportunistici a fini remunerativi o d'inappropriatezza del regime o della modalità d'erogazione delle prestazioni.

Tipologia

Ricoveri ordinari con degenza superiore al valore soglia DRG specifico con riferimento regionale e nazionale.

Modalità di calcolo

$$100 \times \left(\frac{X}{D} \right), \text{ dove}$$

X = n° ricoveri con durata della degenza sopra soglia

D = totale dimissioni

I riferimenti nazionali sono quelli disponibili a livello ministeriale mentre quelli regionali saranno calcolati annualmente. Il valore di soglia esprime il numero di giornate di degenza oltre il quale la durata del ricovero è da considerarsi anomala e si calcola escludendo le dimissioni dei pazienti la cui degenza sia risultata minore di 2 o, comunque, maggiore di 365 giorni e non è calcolato per i DRG che, nell'anno di riferimento, hanno presentato una casistica inferiore alle 20 unità; in tal caso si assume come riferimento il valore ministeriale.

Il valore soglia si dovrà calcolare come:

$$\text{Soglia}_j = Q3_j + 1.5 \times (Q3_j - Q1_j)$$

Qij = i-esimo quartile della distribuzione delle giornate di degenza nel sottogruppo individuato dal j-esimo DRG

Selezione

Ricoveri ordinari

Onere della degenza \neq 4

Esclusione

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 31 (Nido), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza), 40 (Psichiatria) e 75 (Neuroriabilitazione)

4. Percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico

Definizione

L'indicatore esamina la proporzione di casi dimessi da reparti chirurgici con DRG medico, rappresenta un *proxy* dell'inappropriato ricorso al ricovero in ambiente specialistico.

Finalità

Individuare problemi di gestione dei reparti chirurgici ed eventuali forme opportunistiche d'attività od anche problemi di carattere organizzativo a livello superiore.

Modalità di calcolo

$$100 \times \left(\frac{D^m}{D} \right), \text{ dove}$$

D^m = dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico

D = totale dimissioni.

Selezione

AFO = = 2 complessiva e per ciascuna disciplina chirurgica di dimissione

Onere della degenza \neq 4

Stratificazione

Totali, Ordinari, Diurni [nei totali e con selezione del tipo di ricovero 1 (ricovero programmato, non urgente) e 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione)]

ad.
aw

5. Percentuale ricoveri con DRG complicato

Definizione

L'indicatore dei DRG complicati esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (vale a dire a DRG complicati e non complicati).

Finalità

Quest'indicatore, che serve ad individuare la sovracodifica delle diagnosi, non è influenzato dalla tipologia della casistica proprio perché come riferimento utilizza esclusivamente i casi attribuiti a DRG omologhi.

Modalità di calcolo

$$100 \times \left(\frac{CC}{D} \right), \text{ dove}$$

CC = dimissioni con DRG complicato

D = Σ dimissioni con DRG omologhi (complicati + non complicati)

Selezione

DRG omologhi

Onere della degenza $\neq 4$

Esclusione

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 31 (Nido), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza), 40 (Psichiatria) e 75 (Neuroriabilitazione)

Stratificazione

Totali, Ordinari, Diurni

6. Percentuale DRG maldefiniti

Definizione

La generazione dei DRG individuati costituisce un indicatore della qualità della codifica errata od opportunistica. Si tratta di due indicatori: il numero assoluto di SDO che producono DRG 469 e 470 (indice di errore) e la % di SDO che producono DRG 468-476-477 (possibile indice di errore o di codifica opportunistica).

Finalità

Verificare la qualità della compilazione della SDO ed evitare codifiche opportunistiche.

Modalità di calcolo

▪ Σ dimissioni DRG 469 + DRG 470

▪ $100 \times \left(\frac{N}{D} \right)$

N = Σ dimissioni DRG 468 + DRG 476 + DRG 477

D = totale dimissioni.

Selezione

Onere della degenza $\neq 4$

Esclusione

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 31 (Nido), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza), 40 (Psichiatria) e 75 (Neuroriabilitazione)

Stratificazione

Totali, Ordinari, Diurni

all.
cur

Indicatori d'attività (base dati SDO in produzione – escluso indice di fuga)

1. Percentuale DRG ad elevato rischio di inappropriately totali, Sentinella, Alta Complessità e altri DRG

Definizione

Il calcolo delle percentuali per questi DRG offre uno "spaccato" dell'attività d'assistenza ospedaliera erogata; per ciascun livello di dettaglio è rilevante il confronto con il dato regionale e nazionale.

Finalità

Verificare la casistica erogata.

Modalità di calcolo

$$100 \times \left(\frac{D^{A_rischio, Sentinella, AC, Altri}}{D} \right)$$

$D^{A_rischio, Sentinella, AC, Altri}$ = totale dimissioni con DRG nella specifica categoria

D = totale dimissioni

Selezione

Onere della degenza $\neq 4$

Esclusione

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza), 40 (Psichiatria) e 75 (Neuroriabilitazione)

Stratificazione

Totali, Ordinari, Diurni

2. Degenza media DRG specifica, assoluta e trimmata

Definizione

Le degenze medie assoluta (DM) e trimmata (DMt) sono le degenze medie, specifiche per DRG, calcolate sui dimessi attribuiti ad un determinato DRG, senza e con esclusione dei casi anomali per durata di degenza (outliers). Il suo significato non è univoco, poiché un valore basso potrebbe essere indice di un elevato grado d'efficienza ma non d'efficacia, intesa come qualità dell'assistenza, spesso condizionata dalla fretta di arrivare alle dimissioni.

Finalità

Quantificare la durata della degenza dei ricoveri ordinari per singolo DRG al fine di evidenziare scostamenti rilevanti dalle medie regionali e nazionali, indicative di problemi gestionali o d'appropriately; l'esclusione delle code della distribuzione nel calcolo permette di ottenere un'indicazione più stabile.

Modalità di calcolo

$$DM = \frac{Gd_{x,j}}{D_{x,j}}$$

$Gd_{x,y}$ = giornate dei dimessi x nel j-esimo DRG

D_x = dimessi x nel j-esimo DRG

$$DM_t = \frac{Gd_{x,j}}{D_{x,j}}$$

$Gd_{x,y}$ = giornate dei dimessi x nel j-esimo DRG, esclusi gli outliers

D_x = dimessi x nel j-esimo DRG, esclusi gli outliers

Selezione

Onere della degenza $\neq 4$

Esclusione

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza), 40 (Psichiatria) e 75 (Neuroriabilitazione)

acc.
cur

Ricoveri con durata della degenza outliers. I valori soglia per considerare gli outliers saranno calcolati sul dato regionale secondo la seguente formula:

$$L_{inf} = Q1_j - 1.5 \times (Q3_j - Q1_j)$$

$$L_{sup} = Q3_j + 1.5 \times (Q3_j - Q1_j)$$

Q_{ij} = i-esimo quartile della distribuzione delle giornate di degenza

Si calcolerà la degenza media trimmata per i ricoveri con degenza compreso tra L_{inf} e L_{sup} .

Stratificazione

Ordinari

3. DMS (Degenza Media Standardizzata per case-mix)

Definizione

La degenza media standardizzata per il case-mix (con metodo diretto), rappresenta il numero delle giornate di degenza che si osserverebbero qualora la composizione per DRG dei dimessi da uno specifico ospedale fosse uguale a quella dell'intera casistica regionale (che rappresenta il valore di riferimento); in altre parole è una degenza media attesa, calcolata relativamente ai soli DRG che si vengono a formare nella struttura considerata.

Finalità

Permette di calcolare la degenza, standardizzando per la casistica erogata, con riferimento il dato regionale nel suo complesso.

Modalità di calcolo

$$DMS = \frac{\sum_e d_e \times N_e}{N}$$

d_e = degenza media di uno specifico ospedale, relativa all'e-esimo DRG

N_e = numero di dimissioni, nell'intera regione per l'e-esimo DRG

N = numero totale di dimissioni

Selezione

Ricoveri ordinari

Onere della degenza $\neq 4$

Esclusione

Ricoveri ordinari medici con degenza di 1 giorno.

Modalità di dimissione 1 e 6 (deceduti o trasferiti).

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 49 (terapia intensiva), 31 (Nido), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza), 40 (Psichiatria) e 75 (Neuroriabilitazione)

4. ICP (Indice Comparativo di Performance)

Definizione

L'Indice Comparativo di Performance (ICP), permette di valutare l'efficienza operativa degli ospedali in termini di degenza media, standardizzata per il case-mix, rispetto a specifici valori di riferimento, ottenuti considerando l'intera casistica regionale suddivisa per DRG erogato.

Finalità

Permette di confrontare differenti erogatori sulla base di un riferimento comune.

Modalità di calcolo

$$ICP = \frac{(\sum_e d_e \times N_e)}{(\sum_e D_e \times N_e)}$$

d_e = degenza media di uno specifico ospedale, relativa all'e-esimo DRG

D_e = degenza media all'e-esimo DRG, per l'intera regione

N_e = Numero di dimissioni, nell'intera regione per l'e-esimo DRG

Selezione

Ricoveri ordinari.

Onere della degenza $\neq 4$

aa

Esclusione

Ricoveri ordinari medici con degenza di 1 giorno.

Modalità di dimissione 1 e 6 (deceduti o trasferiti).

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 49 (terapia intensiva), 31 (Nido), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza), 40 (Psichiatria) e 75 (Neuroriabilitazione)

5. Tasso di utilizzazione

Definizione

Si tratta del rapporto percentuale tra: il numero delle giornate di degenza effettivamente erogate nelle discipline per acuti rispetto a quelle offerte con l'occupazione di ciascun posto letto per tutti i giorni dell'anno (365 per i DO e 250 per i Diurni).

Finalità

Esprime la quota parte dei posti letto mediamente occupata e fornisce una misura dell'utilizzo delle strutture ospedaliere. Il significato dell'indicatore è dato dal grado d'avvicinamento al valore massimo del 100 %. In proporzione inversa si ha l'Indice di Recettività Residua, costituita dall'offerta d'assistenza non fruita dall'utenza.

Modalità di calcolo

$$TU_{\text{Ordinari}} = \frac{\sum \text{giornate_degenza} \times 100}{\sum \text{postiletto} \times 365}$$

$$TU_{\text{Diurni}} = \frac{\sum n^{\circ} \text{_accessi} \times 100}{\sum \text{postiletto} \times 250}$$

Selezione

Ricoveri ordinari

Ricoveri diurni

Onere della degenza $\neq 4$

Esclusione

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 31 (Nido), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza) e 75 (Neuroriabilitazione)

6. Indice di rotazione

Definizione

Rappresenta il numero di pazienti che in un anno occupano un singolo posto letto.

Finalità

Rappresenta la capacità della struttura di far fronte alla domanda di utenza.

Modalità di calcolo

$$IR_{\text{Ordinari}} = \frac{N^{\circ} \text{_SDO}}{N^{\circ} \text{_Postiletto}}$$

$$TU_{\text{Diurni}} = \frac{N^{\circ} \text{_Accessi}}{N^{\circ} \text{_Postiletto}}$$

Selezione

Ricoveri ordinari

Ricoveri diurni

Onere della degenza $\neq 4$

Esclusione

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 31 (Nido), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza) e 75 (Neuroriabilitazione)

7. Indice di Turn Over

Definizione

Misura il tempo medio, in giorni, durante il quale resta inutilizzato un posto letto.

aa.
or

Finalità

Rappresenta la capacità della struttura di far fronte alla domanda di utenza.

Modalità di calcolo

$$IT_{\text{Ordinari}} = \frac{(\sum \text{Postiletto} \times 365) - N^{\circ} \text{giorni degenza}}{N^{\circ} \text{dimissioni}}$$

$$IT_{\text{Diurni}} = \frac{(\sum \text{Postiletto} \times 250) - N^{\circ} \text{accessi}}{N^{\circ} \text{accessi}}$$

Selezione

Ricoveri ordinari

Ricoveri diurni

Onere della degenza $\neq 4$

Esclusione

Discipline di dimissione 28 (Unità Spinale), 31 (Nido), 56 (Riabilitazione), 60 (Lungodegenza) e 75 (Neuroriabilitazione)

8. Indice di Case Mix

Definizione

L'Indice di Case-Mix (ICM), calcolato per generica struttura ospedaliera y, è il rapporto tra il peso medio DRG calcolato nella struttura y e un valore di riferimento, che è il peso medio calcolato sull'intera regione.

Finalità

Rappresenta la misurazione della complessità della casistica trattata, effettuata attraverso il calcolo del rapporto tra la composizione della casistica trattata in ciascuna struttura, ponderata con il sistema dei pesi DRG, e la composizione ponderata della casistica regionale.

Modalità di calcolo

$$ICM = \frac{\frac{\sum_i p_i \times n_i}{n}}{N}$$

p_i = peso relativo dell'i-esimo DRG

n_i = numero di dimessi per l'i-esimo DRG nella struttura

n = numero totale di dimessi nella struttura

N_i = numero di dimessi per l'i-esimo DRG regionale

N = numero di dimessi regionale

Selezione

Ricoveri ordinari

9. Indice di attrazione

Definizione

L'indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione (o Indice di Attrazione) esprime percentualmente, per ciascuna Azienda, la provenienza dei propri dimessi. È il rapporto percentuale tra il n° dei dimessi non residenti e il n° totale di dimessi.

Finalità

È un indicatore della capacità d'attrazione di una struttura ospedaliera, esprimendo la quota parte d'attività erogata a persone residenti fuori del territorio di riferimento della struttura.

Modalità di calcolo

$$IA = 100 \times \left(\frac{D_x}{D_y} \right)$$

D_x = n° di ricoveri di residenti fuori dal territorio di competenza della struttura

pa.
cur

D_y = n° totale di ricoveri

Selezione

Onere della degenza $\neq 4$

10. Indice di fuga (base dati SDO in produzione su residenti + mobilità passiva)

Definizione

L'indice di dipendenza della popolazione dalla struttura ospedaliera (o Indice di Fuga) esprime percentualmente, per ciascuna Azienda produttrice, la provenienza dei propri dimessi. È il rapporto percentuale tra il n° di residenti dimessi fuori territorio dell'azienda e il n° totale di dimessi residenti.

Finalità

È un indicatore della fuga, esprimendo la quota parte dell'attività ospedaliera richiesta fuori dal territorio di competenza.

Modalità di calcolo

$$IF = 100 \times \left(\frac{D_x}{D_y} \right)$$

D_x = n° di ricoveri a carico di residenti nel proprio territorio di competenza, erogati in strutture non operanti nel territorio di competenza

D_y = n° totale di ricoveri erogati su residenti del proprio territorio di competenza

Selezione

Onere della degenza $\neq 4$

11. Percentuale Cesarei

Definizione

Rapporto percentuale tra il numero dei parti cesarei ed il numero complessivo di parti effettuati.

Finalità

Valutare l'appropriato ricorso al cesareo.

Modalità di calcolo

$$\%_{\text{cesarei}} = 100 \times \left(\frac{P_c}{P_t} \right)$$

P_c = n° di ricoveri per DRG 370 e 371

P_t = n° totale di ricoveri per DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375

Selezione

Ordinari

Indicatori epidemiologici (base dati SDO in produzione su residenti + mobilità passiva)

1. Tasso di ricovero per asma

Definizione

Il rapporto tra il numero di dimissioni con codice diagnosi principale 493.xx (ovunque effettuate relative ai residenti nella regione) e la popolazione residente (ultimo dato Istat disponibile).

Finalità

L'indicatore rappresenta una misura indiretta della ridotta accessibilità ai servizi territoriali che possono trattare la patologia asmatica, sia in termini di prevenzione, sia di cura. Si tratta dei ricoveri prevenibili per patologia asmatica, indicatore di un ricorso evitabile all'ospedalizzazione.

Modalità di calcolo

$$\frac{N^{\circ} \text{ dimissioni } 493xx}{\text{Popolazione residente}}$$

Selezione

Regione di residenza = = 200

Stratificazione

Ordinari

2. Tasso di ricovero per diabete

Definizione

Il rapporto tra il numero di dimissioni con codice diagnosi principale 250.xx (ovunque effettuate relative ai residenti nella regione) e la popolazione residente (ultimo dato Istat disponibile).

Finalità

L'indicatore rappresenta una misura indiretta della ridotta accessibilità ai servizi territoriali che possono trattare la patologia diabetica, sia in termini di prevenzione, sia di cura. Si tratta dei ricoveri prevenibili per patologia diabetica, indicatore di un ricorso evitabile all'ospedalizzazione.

Modalità di calcolo

$$\frac{N^{\circ} \text{ dimissioni } 250xx}{\text{Popolazione residente}}$$

Selezione

Regione di residenza = = 200

Stratificazione

Ordinari

3. Tasso di ricovero per scompenso cardiaco

Definizione

Il rapporto tra il numero di dimissioni con codice diagnosi principale 428.xx (ovunque effettuate relative ai residenti nella regione) e la popolazione residente (ultimo dato Istat disponibile).

Finalità

L'indicatore rappresenta una misura indiretta della ridotta accessibilità ai servizi territoriali che possono trattare lo scompenso cardiaco, sia in termini di prevenzione, sia di cura. Si tratta dei ricoveri prevenibili per scompenso cardiaco, indicatore di un ricorso evitabile all'ospedalizzazione.

Modalità di calcolo

$$\frac{N^{\circ} \text{ dimissioni } 428xx}{\text{Popolazione residente}}$$

Selezione

Regione di residenza = = 200

Stratificazione

Ordinari

Dettaglio

Azienda, Regione

4. Tasso di ricovero per TSO

Definizione

Il rapporto tra il numero di dimissioni per Trattamento Sanitario Obbligatorio con modalità campo SDO *Tipo del ricovero* = = 3 (ovunque effettuate e relative ai residenti nella regione) e la popolazione residente (ultimo dato Istat disponibile).

Finalità

Modalità di calcolo

$$\frac{N^{\circ} \text{ dimissioni } TSO}{\text{Popolazione } _{residente}}$$

Selezione

Regione di residenza = = 200 contemporaneamente a *Tipo del ricovero* = = 3

Stratificazione

Ordinari

5. Tasso standardizzato di ospedalizzazione

Definizione

Il tasso d'ospedalizzazione standardizzato (TOS), con il metodo diretto, è una media ponderata dei tassi specifici d'ospedalizzazione per età in cui, per ogni età, i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento. Nel caso specifico, la popolazione tipo utilizzata sarà quella regionale e nazionale ultime disponibili da fonte ISTAT.

Finalità

Il tasso d'ospedalizzazione standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti. Esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei residenti di competenza di ciascuna ASL.

Modalità di calcolo

$$\text{Dimissioni } _{attese} = \left(\sum_e \frac{P_{s,e} \times D_{e,x}}{P_{e,x}} \right)$$

Le dimissioni attese sono calcolate sommando, per tutte le classi d'età, i tassi età-specifici d'ospedalizzazione, moltiplicati per la numerosità di ogni fascia d'età della popolazione presa come riferimento (popolazione standard).

Il denominatore sarà il totale della popolazione di riferimento, pertanto il tasso standardizzato sarà:

$$TOS = 1000 \times \frac{\left(\sum_e \frac{P_{s,e} \times D_{e,x}}{P_{e,x}} \right)}{\sum_e P_{s,e}}, \text{ dove}$$

$D_{e,x}$ = dimessi specifici per classe d'età e residenti nella specifica area

$P_{e,x}$ = numerosità per classe di età dei residenti nella specifica area

$P_{s,e}$ = numerosità per classe d'età della popolazione di riferimento

Selezione

Ordinari, Diurni e totali

6. Peso medio ricoveri in età < 6 anni

Definizione

Rapporto tra la somma dei pesi DRG per i ricoveri della popolazione d'età inferiore ai 6 anni ed il numero totale dei ricoveri della popolazione d'età inferiore ai 6 anni.

aa.
aw

Finalità

Avere un indice della complessità della casistica trattata per quella fascia d'età.

Modalità di calcolo

$$PM_6 = \frac{\sum_i P_{i6}}{N_6}$$

P_{i6} = peso DRG dei ricoveri di pazienti con età < 6 anni

N_6 = n° totale di ricoveri di pazienti con età < 6 anni

Stratificazione

Ordinari, Diurni

7. Peso medio ricoveri in età ≥ 65 anni

Definizione

Rapporto tra la somma dei pesi DRG per i ricoveri della popolazione d'età ≥ 65 anni ed il numero totale dei ricoveri della popolazione d'età ≥ 65 anni.

Finalità

Avere un indice della complessità della casistica trattata per quella fascia d'età.

Modalità di calcolo

$$PM_{65} = \frac{\sum_i P_{i65}}{N_{65}}$$

P_{i65} = peso DRG dei ricoveri di pazienti con età ≥ 65 anni

N_{65} = n° totale di ricoveri di pazienti con età ≥ 65 anni

Selezione

Totali, Ordinari e Diurni

8. Ricoveri per frattura del femore in età ≥ 65

Definizione

Il numero di dimissioni con codici diagnosi, in qualunque posizione, 820.xx, 821.xx a carico di pazienti d'età ≥ 65 anni.

Finalità

Monitorare l'incidenza di frattura di femore nella popolazione over 65.

Selezione

Ordinari stratificati per genere

9. Ricoveri per *by-pass* aorto-coronarico e angioplastica in età ≥ 65

Definizione

Il numero di dimissioni con codici intervento, in qualunque posizione, 360.x, 361.x a carico di pazienti d'età ≥ 65 anni.

Finalità

Monitorare il ricorso a interventi di rivascolarizzazione coronarica.

Selezione

Ordinari stratificati per genere

Dettaglio

Azienda e Regione

Negli indicatori utilizzati sia nei numeratori, sia nei denominatori sono esclusi i DRG 391 "Neonato sano".

ad.
aw

Criteri verifica urgenza nel giorno di ammissione

- 1 Perdita acuta capacità deambulatoria, motoria o di coscienza.
1 Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi.
 - 2 Sanguinamento (clinicamente significativo) in atto o nelle ultime 48 ore.
 - 3 Squilibrio idro-elettrolitico, acido-base, metabolico.
 - 4 Controllo di terapia e/o effetti collaterali nelle 24h.
 - 5 Ictero franco.
 - 6 Temperatura corporea $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ per 5 giorni.
 - 7 Monitoraggio dei parametri vitali almeno 4 volte nelle 24h:
7 PAO Diastolica > 120 , Sistolica > 200 ; FC < 50 , > 140 . Monitoraggio strumentale.
 - 8 Perdita/Calo improvviso vista e/o udito.
 - 9 Segni/Sintomi di autolesionismo.
 - 10 Dolore toracico.
 - 11 Hb < 7 e/o quadro di anemizzazione acuta.
-

all.

or

SCHEDA VERIFICA RICOVERI DIURNI A CAMPIONE

ASL n° di Anno di revisione trimestre
 ISTITUTO Reparto
 Numero del ricovero ID
 Nome Cognome
 Data di nascita Genere M F
 DRG: Tipo DRG: M C A Numero accessi:

Accesso	Valutazione di appropriatezza*		
	Appropriato	Non appropriato*	Note
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Totale Totale appropriati Totale non appropriati

Congruità del n° di accessi rilevato vs SDO: Si No N° di accessi rilevato
 Ricovero con accessi inappropriati*: Si No Differenza di ricavo* €
 Il rappresentante della struttura concorda con la valutazione eseguita? Si No

Note ed eventuali controdeduzioni:

* da compilarsi nel solo caso di DRG NON Chirurgici.

Data / /

Il rappresentante della struttura Cognome e Nome Firma
 I medici revisori

Handwritten signature

Il rappresentante legale della struttura dichiara:

- di **concordare** con le modifiche apportate alle schede di dimissione ospedaliera e con la conseguente diversa valorizzazione delle attività di ricovero.
- di **non concordare**, per le ragioni esposte sulle schede allegate, con le modifiche apportate alle schede di dimissione ospedaliera dei seguenti ricoveri:

	N° ricovero		N° ricovero		N° ricovero		N° ricovero
1		13		25		37	
2		14		26		38	
3		15		27		39	
4		16		28		40	
5		17		29		41	
6		18		30		42	
7		19		31		43	
8		20		32		44	
9		21		33		45	
10		22		34		46	
11		23		35		47	
12		24		36		48	

In merito ai ricoveri sopra elencati, per i quali non vi è stata concordanza sull'esito del controllo, sarà attivata la procedura per la risoluzione del contenzioso nei tempi e nei modi previsti dalle disposizioni vigenti.

I risultati dei controlli saranno trasmessi al Sistema Informativo della struttura, dell'ASL e dell'Assessorato in ottemperanza a quanto previsto dalle disposizioni vigenti.

Il presente verbale è redatto in duplice copia, delle quali una resta agli atti della struttura e l'altra è depositata agli atti della ASL.

Data ____ / ____ / ____

Il rappresentante legale della struttura

Cognome e Nome

Firma

I medici revisori della ASL

Cognome e Nome

Firma
