



AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

**CONTROLLI
DI TIPO
SANITARIO
SUI RICOVERI
OSPEDALIERI
DELL'A.O. DI
COSENZA**

SSA Monitoraggio e Controllo
delle Attività di Ricovero

2015

Dr.ssa Antonella Benvenuto Inf. Katia Rossi



SS Aziendale Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

PRESENTAZIONE

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza, conformemente a quanto stabilito dai decreti nazionali e regionali in materia di appropriatezza, ha promosso un progetto finalizzato alla definizione di un sistema di monitoraggio e controllo sui dati di attività e sull'appropriatezza delle prestazioni rese in regime di ricovero.

Il progetto è stato strutturato dalla responsabile della struttura Aziendale di Monitoraggio e Controllo ricoveri ospedalieri, tenuto conto delle esperienze già maturate e seguendo le indicazioni contenute nel DPGR 53 /11 e nel DPGR 5/14.

La necessità di aggiornare il protocollo delle attività di controllo interno di tipo sanitario effettuate dalla SSA Monitoraggio e Controllo anno 2015, è legata all'attività realizzata nell'anno precedente.

Il Gruppo di Lavoro è composto da:

Dott.ssa Antonella Benvenuto responsabile della SS Aziendale.

Coll. Coord. Amm. Nicola Cuconato

Ass. Amm. Marcello Stigliano

Inf. Rosa Natalina De Lia

Inf. Antonella Farina

Inf. Katia Rossi

pag. 2

Controlli interni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri
dell'A.O. di Cosenza
elaborazione a cura Resp. SSA Dr.ssa Antonella Benvenuto Inf. Katia Rossi



INDICE

1. PREMESSA	4
2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI	5
3. IL SISTEMA DEI CONTROLLI	6
4. I CONTROLLI	7
4.1.CONTROLLI DI CONGRUITÀ	8
4.2.CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA	15
4.3.CONTROLLI OBBLIGATORI SULLA TOTALITÀ DELLE CARTELLE CLINICHE ..	20
4.4.CONTROLLI DI QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA	23
BIBLIOGRAFIA	24
ALLEGATI check list	



SS Aziendale Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

1. PREMESSA

Il sistema di controlli interni rappresenta uno strumento necessario e irrinunciabile per il perseguimento di obiettivi di efficienza ed efficacia dell'assistenza fornita, nell'ambito del miglioramento continuo della qualità, permettendo l'adozione tempestiva di azioni correttive nei casi di ingiustificato scostamento dai valori standard nazionali e regionali. Il Piano di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, di cui alla Delibera di Giunta Regionale n.845 del 16.12.2009 ha previsto nelle ASP e nelle AO l'attivazione di una funzione specifica dedicata alla verifica dell'appropriatezza utilizzando risorse professionali dedicate, allo scopo di portare a regime un sistema di reporting periodico sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero, nonché garantire la corretta compilazione delle SDO e la loro corrispondenza con le cartelle cliniche in attuazione alla normativa vigente.



SS Aziendale Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI

È stato previsto nelle linee guida regionali allegato al DPGR 53 del 4.7.2011, ribadito successivamente anche nelle Linee Guida all'Atto Aziendale pubblicate in data 05.07.2013 DPGR n.97, che in ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale e Azienda Ospedaliera, venga istituita una **Struttura Aziendale di Monitoraggio e Controllo delle Attività di Ricovero**, al fine di dare concreta attuazione al sistema di verifica e controllo, detta struttura, affidata ad un dirigente medico con comprovata esperienza nel settore, è specificamente deputata al coordinamento delle attività di controllo ed è funzionalmente collegata con il competente Settore Ospedaliero del Dipartimento Tutela della Salute.

L'azienda Ospedaliera di Cosenza con delibera n.1029 del 16.9.2011, resa esecutiva nel Dicembre 2011, ha istituito una struttura aziendale di monitoraggio e controllo delle attività di ricovero attribuendone la responsabilità alla Dr. Antonella Benvenuto, già responsabile per l'Azienda della struttura flussi informativi, epidemiologia e statistica.

Gli esiti dei controlli analitici, conformi al presente protocollo di valutazione verranno inviati periodicamente al Dipartimento della Salute della Regione Calabria.

I controlli interni vengono effettuati in aggiunta ai controlli esterni che la Regione Calabria esercita direttamente sulle attività di ricovero, tramite proprie risorse.



3. IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Il sistema dei controlli sull'attività ospedaliera ha come oggetto il complesso dell'attività erogata in regime di ricovero ordinario e diurno a favore dei cittadini che accedono alla A.O. di Cosenza.

Il sistema dei controlli interni prevede due modalità di controlli:

I) controlli e analisi sugli archivi SDO

I controlli e l'analisi sugli archivi SDO sono finalizzati alla verifica della qualità e della completezza del tracciato SDO e al monitoraggio dell'attività a consuntivo, attraverso l'elaborazione di un set di idonei indicatori e costituiscono la base per la selezione della casistica da sottoporre al successivo controllo analitico di secondo livello, da effettuarsi sulla SDO e sulla cartella clinica o direttamente in reparto con il dirigente medico referente o con il responsabile dell'unità operativa.

II) controlli analitici sulle cartelle cliniche e relative SDO

Volumi dei controlli analitici

Il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009 (G.U. n. 122 del 27/05/2010) "Controlli sulle cartelle cliniche", recepito dalla Regione Calabria con Decreto del Commissario ad Acta n. 25 del 16 novembre 2010, prevede che le Regioni assicurino per ciascun soggetto erogatore:

- ✓ un controllo analitico annuale di almeno il **10%** delle cartelle cliniche, ai sensi dell'art.79 della legge 6 agosto 2008 n.133, sulla base dei protocolli esplicitati nelle presenti linee di indirizzo;
- ✓ un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni periodicamente individuate dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatazza, in base ai parametri definiti nel decreto stesso, e che dal 2011 viene effettuato in misura aggiuntiva al 10% del punto precedente.



4. I CONTROLLI

La prima fase del sistema di controllo è la messa a regime di un flusso informativo di qualità controllata delle informazioni relative alla totalità dei ricoveri ospedalieri, attraverso la corretta compilazione, trasmissione e accettazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

La scheda di dimissione ospedaliera rappresenta lo strumento base per la raccolta delle informazioni relative a ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati accreditati; costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica e consente la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti, che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente. È parte integrante della cartella clinica e ne assume il medesimo valore medico-legale, è un *“atto pubblico, dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico”* contiene le informazioni necessarie per l’attribuzione del DRG e per l’individuazione della tariffa relativa a ogni ricovero, costituisce l’unico titolo per l’accesso alla remunerazione.

La compilazione della SDO deve avvenire nel rigoroso rispetto delle istruzioni contenute nel disciplinare tecnico di cui al DM 27.10.2000 n. 380, integrato dal D.M. Ministero della Salute n. 135/2010, recepito dalla Regione Calabria con il Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della salute n° 7 del 4/01/2011.

La codifica delle informazioni contenute nella SDO deve essere effettuata in conformità alle Linee Guida per la codifica, di cui all’Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010, recepito con Decreto del Presidente della Giunta Regionale, in qualità di Commissario ad acta, n° 25 del 16/11/2010.

La responsabilità della corretta compilazione e codifica della SDO compete al medico che dispone la dimissione, il quale deve apporre la propria firma sulla SDO.

Al Direttore sanitario dell’Istituto di cura compete la verifica della corretta compilazione della SDO e della completezza e congruità delle informazioni in essa riportate.



Tipologie di controlli

I controlli analitici sulle cartelle cliniche e corrispondenti SDO sono di tre tipologie:

1. Controlli di qualità della cartella clinica per verificare corretta tenuta e completezza .
2. Controlli di appropriatezza organizzativa
3. Controlli di congruità.

Per ogni tipologia di controllo, il campione viene estratto con criterio di casualità fino al raggiungimento della percentuale complessiva del 10% annuo dei ricoveri effettuati.

Sullo stesso ricovero può essere effettuato più di un tipo di controllo.

Di tutti i controlli effettuati viene tenuta traccia registrando gli estremi per l'identificazione del ricovero, il controllo eseguito e il relativo risultato del controllo.

L'effetto atteso da tutte le attività di controllo è quello di indurre nel tempo un effettivo miglioramento delle procedure di ricovero nelle strutture di degenza, incentivando il perseguimento dell'appropriatezza e degli obiettivi di programmazione sanitaria aziendale e regionale.

4.1. CONTROLLI DI CONGRUITÀ

I dirigenti medici della Direzione medica di presidio hanno il compito di controllo interno presso la struttura stessa, e sono funzionalmente afferenti alla Struttura Aziendale di Monitoraggio e Controllo delle Attività di Ricovero.

I controlli di congruità, sono finalizzati a valutare la correttezza della compilazione delle SDO, cioè la corretta codifica delle variabili anagrafiche e amministrative, delle diagnosi, degli interventi e procedure e la corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero e registrato nella cartella clinica e quanto segnalato e codificato nella SDO, ai fini della corretta attribuzione dei DRG e della puntuale determinazione degli importi tariffari.



SS Aziendale Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

Per la verifica della corretta codifica delle SDO si fa riferimento al Manuale “Classificazione delle Malattie e dei Traumatismi, degli Interventi Chirurgici e delle Procedure Diagnostiche e Terapeutiche”, versione italiana della ICD-9-CM – edizione 2007.

Per la corretta selezione di diagnosi e interventi/procedure si deve fare riferimento alle linee guida dell’Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010: “Aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all’Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002”, recepito con Decreto del Commissario ad Acta n. 25 del 16 novembre 2010.

Il ricovero deve essere valutato nel suo complesso, soffermandosi sulla corretta individuazione e codifica della diagnosi principale e delle procedure/interventi effettuati, sull’effettiva esistenza di diagnosi secondarie..

In generale, vengono effettuate verifiche su:

- Presenza della documentazione di ricovero
- Presenza della copia dei documenti in cartella
- Corrispondenza fra informazioni contenute in cartella clinica e SDO
- Corretta scelta dei codici ICD-9-CM
- Corretta sequenza dei codici di diagnosi e di procedura/intervento
- Congruità tra diagnosi e procedura/intervento
- Congruità tra la codifica ed il DRG ottenuto

Le sdo con errori di codifica di diagnosi e/o di procedure dovranno essere fatte rettificare oltre che dal medico dell’u.o. anche presso l’ufficio sdo a cura del medico di Direzione Sanitaria che ha effettuato il controllo.

La non congruenza dei dati anagrafici e/o la mancanza delle fotocopie dei documenti sarà notificata per iscritto al caposala dell’U.O. e al Dirigente Responsabile dell’Accettazione Amministrativa a cura del medico di Direzione Sanitaria che ha effettuato il controllo.



Il verbale del controllo effettuato con le incongruenze rilevate deve essere fatto vidimare al direttore dell'UU.OO. o suo delegato con valore di notifica.

4.1.1. RICOVERI SOGGETTI AD OMNICOMPRESIVITÀ DELLA TARIFFA

- ❖ Ricoveri ordinari di 1 giorno e ricoveri diurni di 1 accesso con DRG medico precedenti ad un ricovero ordinario chirurgico (programmato), effettuati entro i 30 giorni precedenti.

Il controllo è finalizzato ad identificare i ricoveri effettuati per l'erogazione di prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero principale, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero.

- ❖ Ricoveri ordinari di 1 giorno e ricoveri diurni di 1 accesso con DRG medico successivi a un precedente ricovero ordinario con DRG chirurgico, effettuati entro 30 giorni.

Il controllo è finalizzato ad identificare i ricoveri effettuati per l'erogazione di prestazioni direttamente correlate al ricovero principale, effettuati a completamento dell'iter diagnostico e/o terapeutico.

Sono esclusi dal controllo i ricoveri:

- urgenti
- con DRG chirurgico
- di pazienti deceduti
- di pazienti trasferiti ad altro istituto di ricovero o provenienti da altro istituto di ricovero
- per radioterapia e chemioterapia
- di pazienti sottoposti a specifici protocolli terapeutici documentati
- di pazienti non sottoposti ad intervento chirurgico per controindicazioni (codice V641)

4.1.2. RICOVERI RIPETUTI

Nel controllo dei ricoveri ripetuti, come definito nel glossario dell'allegato al DPGR n.53/11, vengono considerate le sole dimissioni in regime ordinario; la finestra temporale è la differenza tra

pag. 10



SS Aziendale Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

la data di ammissione e la data di dimissione del ricovero precedente. Questo indicatore individua il frazionamento artificioso del ricovero o una riacutizzazione della patologia legata alla qualità del precedente trattamento, od anche problemi di carattere organizzativo.

Il controllo è finalizzato ad approfondire i motivi che, a fronte di un episodio unico di malattia, hanno comportato più ricoveri dello stesso paziente, che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale ad massimo di 30 giorni, effettuati nella stessa struttura sanitaria e attribuiti alla stessa Categoria Diagnostica Principale (MDC).

L'esame delle cartelle cliniche e relative SDO deve accertare l'effettiva esistenza di particolari condizioni cliniche ed eventuali motivazioni oggettive che hanno reso necessario il ricorso ad un ulteriore ricovero, oppure se le riammissioni sono dovute a motivazioni organizzative per il completamento del percorso diagnostico-terapeutico o a pregresse dimissioni intempestive o a fenomeni di frammentazione orientati a moltiplicare inappropriatamente le prestazioni.

Sono esclusi dal controllo i ricoveri:

- urgenti con DRG chirurgico
- diurni con DRG chirurgico
- di pazienti deceduti
- per radioterapia e chemioterapia
- di pazienti sottoposti a specifici protocolli terapeutici documentati
- di pazienti provenienti da altro istituto di ricovero
- di neonati sani

4.1.3. DRG ANOMALI (DRG 469 e DRG 470) - valutazione della qualità della codifica

- Il DRG **469** "*diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione*" è generato quando il codice utilizzato per la diagnosi principale, anche se accettato come valido dal



Grouper (software di attribuzione dei DRG – 3M_Grouper), non è sufficientemente specifico da determinare l'assegnazione ad altro DRG.

- Il DRG 470 “*non attribuibile ad altro DRG*” viene assegnato quando errori nella codifica di variabili della SDO utilizzate dal programma (età, sesso, tipo di dimissioni, diagnosi e procedure) non permettono l'attribuzione ad uno specifico DRG.

Sono oggetto di controllo interno di congruenza sul 100% dei ricoveri sia in regime ordinario sia in DH.

4.1.3.1. DRG INCOERENTI (DRG 468, 477, 476) - valutazione della congruità della codifica

- DRG 468 “*intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale*”
- DRG 477 “*intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale*”
- DRG 476 “*intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale*”

Tali DRG esprimono incongruenze di codifica e vengono attribuiti in caso di errori di scrittura della codifica o di errori di codifica della diagnosi principale e/o dell'intervento chirurgico; una correzione dell'errore rende possibile una correlazione tra diagnosi principale ed intervento chirurgico e di conseguenza una corretta attribuzione del DRG.

Sono da ritenersi congrui allorché rispecchiano situazioni cliniche particolari e non routinarie, in cui il paziente presenta durante lo stesso ricovero problemi medici e chirurgici concomitanti, non correlati fra loro.

Sono oggetto di controllo interno di congruenza sul 100% dei ricoveri sia in regime ordinario sia in DH.

4.1.4. RICOVERI ATTRIBUITI A DRG COMPLICATI (OMOLOGHI)

La proporzione di DRG complicati può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica delle schede di dimissione, ma può anche essere frutto di una “sovracodifica” della diagnosi secondaria al fine di ottenere l'attribuzione del ricovero ad un DRG più remunerativo.



I ricoveri a ciclo diurno, sempre programmati e finalizzati al trattamento della patologia descritta in diagnosi principale, non possono essere attribuiti a un DRG complicato, in quanto la presenza di condizioni complicanti non consentirebbe il trattamento in tale regime.

Sono esclusi dal controllo i ricoveri:

- urgenti con DRG chirurgico
- di pazienti deceduti
- di pazienti trasferiti ad altro istituto di ricovero

Il controllo viene effettuato sui ricoveri di un giorno in ordinario e sui ricoveri in DH, viene esteso ad un campione di ricoveri ordinari > di 1 giorno se questi superano il 30%.

4.1.5. RICOVERI PER RADIOTERAPIA O PER CHEMIOTERAPIA O PER CONTROLLO CLINICO, CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI NEOPLASIA

Il ricovero programmato per eseguire radioterapia o chemioterapia o controllo clinico deve riportare in diagnosi principale il codice V (codice V58.0 per la radioterapia e V58.1 per la chemioterapia, codice V67.1 per visita di controllo successiva a radioterapia e V67.2 per visita di controllo successiva a chemioterapia) e in diagnosi secondaria il codice della neoplasia che costituisce l'indicazione della terapia.

La prestazione veniva effettuata in regime di day hospital è stata trasferita in day service/ambulatoriale con D.C.A n°59 del 10 Giugno 2015, in relazione al protocollo terapeutico adottato.

Le visite di follow-up devono essere considerate attività ambulatoriali e valorizzate di conseguenza

4.1.6. RICOVERI PER IMPIANTO PACE-MAKER, DEFIBRILLATORE, VAM, TRACHEOTOMIE, TRAPIANTI

Tale controllo viene effettuato su tutti i casi per evitare errori od omissioni di codifica che in base all'esperienza si verificano soprattutto nei trasferimenti da una U.O. ad un'altra per quanto



SS Aziendale Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

riguarda le tracheotomie e la VAM, mentre per quanto riguarda i restanti casi l'omissione di un codice di procedura può rappresentare la generazione del DRG errato e quindi una remunerazione non adeguatamente valorizzata.

4.1.7. CONTROLLI ATTRIBUZIONE DRG CORRETTO

Per la corretta attribuzione del DRG e per la conseguente valutazione dell'attività, sia in termini di complessità sia in termini di valorizzazione economica della casistica, vengono effettuati controlli sulla correttezza della codifica rispetto alle linee guida per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Questo controllo viene effettuato partendo dall'analisi dei DRG per U.O. valutandone la congruità rispetto alla specifica attività dell'U.O. e verificando in caso di incongruenze, le relative sdo/ cartelle cliniche.



4.2. CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA

Si definiscono inappropriati i ricoveri ordinari per l'esecuzione di interventi o procedure che possono essere eseguiti ad un livello assistenziale meno complesso (day hospital, day surgery, ambulatorio) con identico beneficio per il paziente e con minor impiego di risorse. La definizione di inappropriata cui si fa riferimento è quella di inappropriata generica od organizzativa.

I controlli analitici di appropriatezza organizzativa sui ricoveri ordinari vengono effettuati avvalendosi del Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale (PRUO), manuale adulti - edizione 2002 e, per i ricoveri di pazienti pediatrici di età inferiore a 14 anni, manuale pediatrico - edizione 2002.

Per i controlli viene utilizzata la versione presente sul sito web:

<http://www.sanita.fvg.it/ars/specializza/programmi/covegno/Manuals.htm>. secondo le indicazioni regionali

Viene considerato appropriato il ricovero ordinario:

- **di una sola giornata** (con o senza pernottamento) se la giornata di ammissione risulta appropriata secondo la valutazione con PRUO ed è presente una situazione clinica o sociale che giustifica il regime di ricovero;
- **di 2-3 giornate** se almeno due giornate, di ammissione o di degenza, risultano appropriate secondo la valutazione con PRUO;
- con degenza superiore ai 3 giorni, se almeno due giornate di degenza risultano appropriate e la durata della degenza è inferiore o uguale al valore soglia DRG specifico;
- con **degenza superiore al valore soglia DRG specifico**, se almeno due giornate di degenza risultano appropriate prima del valore soglia e almeno una giornata di degenza risulta appropriata dopo tale valore.

Vengono considerate nei criteri di override (scavalco) positivo le situazioni di particolare fragilità del paziente, che devono essere chiaramente documentate in cartella clinica.



Lo strumento Pruo non viene applicato nei reparti di terapia intensiva, Utic, neonatologia, ostetricia, sono esclusi dai controlli analitici di appropriatezza i ricoveri di pazienti trasferiti o deceduti

4.2.1. RICOVERI ORDINARI CON DEGENZA 1 GIORNO (con o senza pernottamento)

Sono ricoveri potenzialmente inappropriati; il controllo è finalizzato ad accertare la presenza, negli atti della cartella clinica, di condizioni cliniche o motivazioni oggettive che non hanno reso possibile l'erogazione dell'intervento chirurgico e/o delle procedure diagnostico-terapeutiche ad un livello assistenziale meno complesso (OBI, DH, ambulatorio, etc.).

La valutazione è orientata a determinare i motivi di inappropriatezza al fine di mettere in atto azioni di miglioramento.

Sono esclusi dal controllo i ricoveri:

- con DRG chirurgico
- di pazienti deceduti
- di neonati sani
- di pazienti trasferiti ad altro istituto di ricovero
- di pazienti con dimissioni volontarie
- per radioterapia e chemioterapia
- di pazienti non sottoposti ad intervento chirurgico o altra procedura per controindicazioni (codice V641)

4.2.2. RICOVERI ORDINARI CON DEGENZA DI 2-3 GIORNI

Il controllo è finalizzato ad accertare la presenza, negli atti della cartella clinica, di condizioni cliniche o motivazioni oggettive che non hanno reso possibile l'erogazione delle procedure diagnostico-terapeutiche in altro setting assistenziale.



SS Aziendale Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

L'appropriatezza del ricovero viene definita valutando l'appropriatezza delle singole giornate di degenza, tramite i criteri del PRUO.

Sono esclusi dal controllo:

- con DRG chirurgico
- di pazienti deceduti
- di pazienti trasferiti ad altro istituto di ricovero
- di pazienti con dimissioni volontarie
- di pazienti non sottoposti ad intervento chirurgico per controindicazioni (codice V641)

4.2.3. PIC

Con il DPGR - CA n. 5 del 3 Febbraio 2014 sono state trasferite le prestazioni relative ai DRG di tipo chirurgico, riportati nell'allegato B al Patto della Salute 2010/2012, da ricovero ordinario a ricovero in day surgery/0-1gg, definendo le relative soglie di ammissibilità in ricovero ordinario superiore a un giorno.

4.2.3. PIM

Con il DPGR - CA n. 5 del 3 Febbraio 2014 sono state trasferite le prestazioni relative ai DRG di tipo medico, riportati nell'allegato B al Patto della Salute 2010/2012, nonché le prestazioni di ricovero per scompenso cardiaco identificate con il DRG 127, dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, definendo le relative soglie di ammissibilità in regime di ricovero, rappresentate dal tasso di ospedalizzazione benchmark per ciascun DRG.

RICOVERI ATTRIBUITI A DRG DELL'ALLEGATO 2C DEL D.P.C.M. DEL 29.9.2001

Con Decreto del Commissario ad Acta per il Rientro dal disavanzo sanitario del 21 giugno 2011, n.47, sono stati definiti e tariffati gli accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA), di pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) e di prestazioni semplici, trasferendo quindi in regime di

pag. 17



SS Aziendale Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

erogazione ambulatoriale i 43 DRG dell'All. 2C del DPCM 29/11/2001.

Il controllo è finalizzato ad accertare la presenza, negli atti della cartella clinica, di condizioni cliniche o motivazioni oggettive che non hanno reso possibile l'erogazione in regime ambulatoriale o day service.

4.2.4. RICOVERI ORDINARI CON DEGENZA OLTRE IL VALORE SOGLIA (OUTLIERS)

Il controllo è finalizzato ad individuare eventuali tendenze ad allungare artatamente la durata di degenza, per ottenere il pagamento aggiuntivo "pro die" rispetto alla tariffa ordinaria. Tali ricoveri sono appropriati solo se il prolungamento della degenza è determinato da patologie concomitanti o complicanti la diagnosi principale, documentate in cartella clinica con la registrazione, il monitoraggio clinico e l'osservazione medica dello stato di "paziente a rischio".

Il ricovero è appropriato se almeno due giornate di degenza prima e almeno una giornata di degenza dopo il valore soglia sono valutate positivamente secondo PRUO.

4.2.5. TRASFERIMENTI AD ALTRO ISTITUTO DI RICOVERO

Il controllo dei ricoveri in regime ordinario relativi a pazienti trasferiti presso altro istituto di cura per acuti viene effettuato sui casi trasferiti entro la seconda giornata, al fine di individuare tendenze a trasferimenti inappropriati, assicurandosi in tal modo la tariffa prevista "di trasferimento", pari a due volte la tariffa DRG specifica per i soli DRG medici.



SS Aziendale Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

4.2.6 CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA SUI RICOVERI IN DAY-HOSPITAL DIAGNOSTICI

Il controllo viene effettuato per valutare la necessità del trattamento in regime di ricovero.

4.2.7 UTILIZZO PRE-SDO NEI PAZIENTI TRASFERITI DA UNA U.O. ALL'ALTRA NELLA STESSA AZIENDA

L'introduzione della pre-SDO da compilare a cura dell'u.o. che trasferisce il paziente in altra u.o. della stessa azienda ha lo scopo di rendere più agevole la codifica delle patologie trattate e delle procedure effettuate nella prima parte del ricovero, per il medico che dimette e compila la sdo, una copia viene inviata all'ufficio sdo che attua su questi ricoveri un controllo incrociato, al fine di verificare se le diagnosi e procedure sono riportate nella sdo finale o se è necessaria una revisione della sdo da parte del medico compilatore dell'u.o. che ha dimesso il paziente, al fine di garantire completezza e accuratezza nella compilazione della sdo.



4.3 CONTROLLI OBBLIGATORI SULLA TOTALITÀ DELLE CARTELLE CLINICHE

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 25 del 16 novembre 2010 ha individuato le prestazioni ad alto rischio di inappropriately, per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche, e corrispondenti SDO, in aggiunta al 10% già previsto, in caso di scostamento dallo standard.

4.3.1. Ricoveri non programmati con DRG chirurgici con degenza preoperatoria > 2 giorni

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri ordinari urgenti di pazienti ricoverati nei reparti chirurgici (09 chirurgia generale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 37 ostetricia-ginecologia) con codici di procedure chirurgiche da 00 a 86, vengono esclusi dal calcolo i pazienti trasferiti da altre unità operative.

Valutazione con il PRUO delle giornate di ricovero preoperatorie, nei casi che superano lo standard

4.3.2. Ricoveri ordinari programmati con DRG chirurgici con degenza preoperatoria > 1 giorno

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri ordinari programmati di pazienti ricoverati nei reparti chirurgici (09 chirurgia generale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 37 ostetricia-ginecologia) con codici di procedure chirurgiche da 00 a 86, escluso i trasferiti da altri reparti.

Valutazione con il PRUO delle giornate di ricovero preoperatorie nei casi che superano lo standard



4.3.3. Ricoveri per interventi di frattura al femore con intervento dopo 2 giorni

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri per Acuti in Regime ordinario con diagnosi principale di frattura del collo del femore (cod. ICD-9-CM compreso tra 820.** a 820.9_), con modalità di dimissione diversa da decesso, trasferimento ad altro istituto per Acuti, dimissione volontaria, con età maggiore o uguale a 65 anni, con DRG chirurgico e data intervento compresa fra data di ricovero e data di dimissione.

Valutazione con il PRUO delle giornate di ricovero preoperatorie nei casi fuori standard

4.3.4. Parti cesarei DRG 370 e 371

Con il Decreto del Commissario ad acta n. 26 del 16 novembre 2010 di approvazione del riassetto dei punti nascita è stato anche stabilito di tenere conto dell'indicatore di appropriatezza espresso dalla percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti, con nota del 23.03.2015 il dirigente generale del dipartimento regione calabria, Dipartimento tutela della salute, ha inviato chiarimento sul calcolo dell'indicatore:

La percentuale dei parti cesarei esclude dal calcolo i parti cesarei relativi a donne non residenti, i pregressi cesarei e i parti con nati morti.

Il controllo dei ricoveri per parto cesareo è finalizzato a:

- identificare variabili che sono importanti per controllare alcune delle cause dell'elevato ricorso al taglio cesareo (dati epidemiologici, percentuali di tagli cesarei elettivi e ripetuti, richieste di tagli cesarei da parte delle donne);
- valutare la necessità di ricorso al parto cesareo attraverso la verifica delle diagnosi riportate sulla SDO, dalle quali si evince la condizione di rischio che costituisce indicazione al parto cesareo;
- individuare il peso dei fattori non clinici che inducono all'eccessivo ricorso alla procedura chirurgica;
- promuovere un appropriato ricorso al parto con taglio cesareo.



SS Aziendale Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

Sulla base della revisione della documentazione clinica si procederà a classificare il ricovero in base alla causa che ha determinato la procedura:

1. motivato da problematica fetale
2. motivato da problematica della madre
3. motivato da pregresso parto cesareo (codice 65421)
4. senza menzione dell'indicazione (codice 66970 e 66971)
5. documentazione clinica incompleta

Valutazione: Sono da considerarsi evitabili i ricoveri riconducibili ai punti 4 e 5



4.4. CONTROLLI DI QUALITÀ' DELLA CARTELLA CLINICA

La compilazione delle cartelle cliniche deve essere la più completa e corretta possibile e i dati registrati devono essere leggibili. Una carente qualità e incompletezza di informazioni delle cartelle cliniche può essere considerato un indicatore negativo della qualità assistenziale, oltre a non dare le giuste informazioni in sede di controllo di appropriatezza o di contenzioso.

La documentazione sanitaria deve ottemperare ai requisiti di cui alla DGR n. 369 del 18 giugno 2009 "Approvazione procedure e azioni per la gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie della Regione Calabria".

La verifica della tenuta e completezza della documentazione è oggetto di controllo e viene considerata al fine del raggiungimento della soglia del 10% dei controlli.

Il controllo viene effettuato mediante la compilazione di apposita check list, su un campione casuale di cartelle cliniche inerenti i ricoveri in regime ordinario e in regime diurno.



BIBLIOGRAFIA

- D.M. 380/2000 – 27.10.2000"Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati"
- **D.P.C.M. 29 novembre 2001** _“Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”
- Delibera Regione Calabria n.316/2005 “ Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere per la predisposizione del piano attuativo locale per il triennio 2005-2007 e del bilancio economico preventivo annuale e pluriennale , per gli anni 2005-2007
- Delibera Giunta Regione Calabria n.925 / 2005 “ Intesa stato-regioni 23 Marzo 2005- art.4, razionalizzazione della rete ospedaliera – A dotazione posti letto
- Delibera Giunta Regione Calabria n.926 / 2005 “ Intesa stato-regioni 23 Marzo 2005- art.4, razionalizzazione della rete ospedaliera – B
- Controlli interni ed esterni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri della provincia autonoma di Bolzano – Osservatorio epidemiologico provinciale – Bolzano- Febbraio 2006
- Delibera Giunta Regione Calabria n.541/08 “Individuazione assegnazione risorse per garantire i LEA. Indirizzi per la programmazione anno 2008”.
- Delibera Giunta Regione Calabria n.726 /08: Interventi per la promozione dell’appropriatezza dei ricoveri ospedalieri
- Decreto n.7 del 04.01.2011 “Integrazioni delle informazioni relative alla Scheda di Dimissione Ospedaliera, regolata dal DM 27 ottobre 2000, n.380. Attuazione del Decreto del Ministero della Salute 8 luglio 2010, n.135.”
- DPGR n.53 del 04.07.2011 “Linee guida per il processo di compilazione e controllo Schede di Dimissione Ospedaliera. Integrazione e modifiche al DPGR n. 25 del 16 novembre 2010.”
- DPGR n. 5 del 03.02.2014 “ Promozione dell’appropriatezza organizzativa ospedaliera. Trasferimento attività ospedaliere in altri setting assistenziali
- DCA n° 59 del 10.06.2015 “ Promozione dell’appropriatezza organizzativa ospedaliera , definizione dei pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) per chemioterapia e litotrissia.

**CHECK LIST CONTROLLO RICOVERI PIC/APA**

Unità Operativa		Nosografico		
Età	>65aa	>75aa	>85aa	
Regime di Ricovero Ordinario	Progr. SI	Urg. NO		
E' previsto APA corrispondente	SI	NO		
Regime di Ricovero Diurno	SI	NO		
		NO		(specificare il motivo)
Cartella clinica disponibile	SI			
Il motivo del ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri diurni)	SI	NO		
Attivata preospedalizzazione	SI	NO		
Pz trasferito/inviato da obi/struttura esterna	SI (specificare)	NO		
Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato?	SI (specificare)	NO		
Si evince dalla cartella clinica una condizione clinica di urgenza	SI (specificare quali)	NO		
Classe ASA	<input type="checkbox"/> ASA1	<input type="checkbox"/> ASA2	<input type="checkbox"/> ASA3	<input type="checkbox"/> ASA4 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> non c'è valutazione ASA
Tipo di Anestesia	<input type="checkbox"/> generale	<input type="checkbox"/> plesso	<input type="checkbox"/> peridurale	<input type="checkbox"/> locale <input type="checkbox"/> sedazione profonda <input type="checkbox"/> altro
Sono presenti comorbidità che necessitano di monitoraggio clinico o assistenza continuativa	SI (specificare quali)	NO		
Le procedure indicate nella SDO trovano riscontro nella cartella clinica?	SI	NO		
In cartella clinica sono descritti interventi/procedure chirurgiche non segnalate nella SDO?	SI	NO		
È presente il referto dell'esame istologico?	SI	NO		
La diagnosi di dimissione è indicata?	SI (specificare)	NO		
Distanza abitazione/ospedale >1h	SI	NO		
Pz privo di assistenza familiare	SI	NO		
Pz fragile	SI	NO		

Controlli interni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri dell'A.O. di Cosenza elaborazione a cura Resp. SSA Dr.ssa Antonella Benvenuto Inf. Katia Rossi



CRITERI PRUO AMMISSIONE	si/no	CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA
A1 frequenza cardiaca <50 o >140 (a riposo)		A1-A2 cateterismo cardiaco (coronarografia, PTCA)
A2 PA sistolica <90 o >200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg		A1-A2 angiografia (compresa embolizzazione)
A4 temperatura ascellare >38°C da almeno 5 giorni		A1-A2 biopsia organo (no cute e sottocute)
A5 sanguinamento in atto (o nelle ultime 48 ore)		A10-B14-B15 toracentesi, paracentesi, altre centesi (esclusa rachicentesi)
A6 squilibrio idroeletrolitico o acido-base metabolico		A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)
A7 presenza/sospetto di ischemia miocardica acuta		A8 procedura che richiede un controllo dietetico
A8 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi		A11 controllo di terapie e/o effetti nelle 24 ore
A10 perdita o calo improvviso della vista o dell'udito		B12 terapia respiratoria intermittente o continua
A11 perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo		B13 somministrazioni e.v. ripetute nelle 24 ore (compreso CVC)
B14 terapia respiratoria intermittente o continua		B16 gestione di ferite chirurgiche, drenaggi
B16 procedure invasive e/o necessità di sala operatoria		C18 sanguinamento in atto (escluso peroperatorio)
		C20 temperatura corporea $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (almeno 48 ore)
		C21 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi
		C22 evidenza di IMA (sino a 8 giorni) a stroke (sino a 12 giorni)
		C23 ileo/mancata canalizzazione
		C24 problemi ematologici acuti (include anemia post-operatoria)

NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI

SECONDO PRUO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO									
<input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO									
<input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO									

VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA

Controllo eseguito giorno/...../.....

da

**CHECK LIST CONTROLLO RICOVERI PIM/PAC/COMPLICATI/DH DIAGNOSTICI**

Unità Operativa		Nosografico		
Età	>65aa	>75aa	>85aa	
Regime di Ricovero Ordinario	Progr.	Urg.		
E' previsto PAC corrispondente	SI	NO		
Regime di Ricovero Diurno	SI	NO		
Cartella clinica disponibile	SI	(specificare il motivo)		
Criteri Generali	Il motivo del ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri diurni)	SI	NO	<input type="checkbox"/> diagnostico <input type="checkbox"/> terapeutico <input type="checkbox"/> Day Surgery
	Pz trasferito/inviato da obi/struttura esterna	(specificare) SI	NO	
	Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato?	(specificare)	NO	
	Si evince dalla cartella clinica una condizione clinica di urgenza	SI (specificare quali)	NO	
	Sono presenti comorbidità che necessitano di monitoraggio clinico o assistenza continuativa	SI (specificare quali)	NO	<input type="checkbox"/> diabete scompensato <input type="checkbox"/> scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> EPA <input type="checkbox"/> IMA <input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> patologia psichiatrica <input type="checkbox"/> patologia oncologica <input type="checkbox"/> altro:
Criteri Clinici	Sono presenti patologie segnalate in diagnosi secondarie che hanno realmente influenzato l'episodio di cura comportando un impegno significativo nel corso del ricovero (per i soli DRG complicati)			
	SI	NO		

Criteri di Completezza	DRG medico con procedura chirurgica	SI (specificare la procedura)	NO								
	Le procedure indicate nella SDO trovano riscontro nella cartella clinica?	SI	NO								
In cartella clinica sono descritti interventi/procedure chirurgiche non segnalate nella SDO?		SI	NO								
	La diagnosi di dimissione è indicata?	SI (specificare)	NO								
Criteri socio-familiari	Pz privo di assistenza familiare	SI	NO								
	Pz fragile	SI	NO								
CRITERI PRUO AMMISSIONE		si/no	CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA								
A1 frequenza cardiaca <50 o >140 (a riposo)			A1-A2 cateterismo cardiaco (coronarografia, PTCA)								
A2 PA sistolica <90 o >200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg			A1-A2 angiografia (compresa embolizzazione)								
A4 temperatura ascellare >38°C da almeno 5 giorni			A1-A2 biopsia organo (no cute e sottocute)								
A5 sanguinamento in atto (o nelle ultime 48 ore)			A10-B14-B15 toracentesi, paracentesi, altre centesi (esclusa rachicentesi)								
A6 squilibrio idroelettrolitico o acido-base metabolico			A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)								
A7 presenza/sospetto di ischemia miocardica acuta			A8 procedura che richiede un controllo dietetico								
A8 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi			A11 controllo di terapie e/o effetti nelle 24 ore								
A10 perdita o calo improvviso della vista o dell'udito			B12 terapia respiratoria intermittente o continua								
A11 perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo			B13 somministrazioni e.v. ripetute nelle 24 ore (compreso CVC)								
B14 terapia respiratoria intermittente o continua			B16 gestione di ferite chirurgiche, drenaggi								
B16 procedure invasive e/o necessità di sala operatoria			C18 sanguinamento in atto (escluso peroperatorio)								
			C20 temperatura corporea $\geq 38^\circ\text{C}$ (almeno 48 ore)								
			C21 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi								
			C22 evidenza di IMA (sino a 8 giorni) a stroke (sino a 12 giorni)								
			C23 ileo/mancata canalizzazione								
			C24 problemi ematologici acuti (include anemia post-operatoria)								
			giornata 1	giornata 2	giornata 3	giornata 4	giornata 5				
NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI			1	2	3	4	5	6	7	8	9
SECONDO PRUO											
VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA											
Controllo eseguito giorno		da									
Controlli interni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri dell'A.O. di Cosenza elaborazione a cura Resp. SSA Dr.ssa Antonella Benvenuto Inf. Katia Rossi											



CHECK LIST CONTROLLO RICOVERI RICOVERI RIPETUTI/OMNICOMPRESIVITÀ TARIFFA

Unità Operativa	Nosografico	
Età	>65aa	>75aa >85aa
Regime di Ricovero	<input type="checkbox"/> Progr.	<input type="checkbox"/> Urg. <input type="checkbox"/> DH
Cartella clinica disponibile	SI	NO (specificare il motivo)
	re-ammissione programmata per: <input type="checkbox"/> intervento presso altra U.O. <input type="checkbox"/> secondo tempo di trattamento <input type="checkbox"/> intervento in precedenza rinviato <input type="checkbox"/> procedura su organo controlaterale <input type="checkbox"/> diagnostica in precedenza non disponibile <input type="checkbox"/> completamento diagnostico <input type="checkbox"/> altro:	
Ricovero ripetuto <input type="checkbox"/> nella stessa U.O. <input type="checkbox"/> diversa U.O.:	<input type="checkbox"/> rientro dopo trattamento eseguito presso altro ospedale <input type="checkbox"/> altre osservazioni:	
Omicomprensività della tariffa (ricovero medico in regime ordinario 1g / DH 1acc precedente/successivo a ricovero chirurgico entro 30gg)	<input type="checkbox"/> precedente al ricovero chirurgico	<input type="checkbox"/> successivo al ricovero chirurgico



CRITERI PRUO AMMISSIONE	si/no	CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA
A1 frequenza cardiaca <50 o >140 (a riposo)		A1-A2 cateterismo cardiaco (coronarografia, PTCA)
mmHg		A1-A2 angiografia (compresa embolizzazione)
A4 temperatura ascellare >38°C da almeno 5 giorni		A1-A2 biopsia organo (no cute e sottocute)
A5 sanguinamento in atto (o nelle ultime 48 ore)		A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)
A6 squilibrio idroelettrolitico o acido-base metabolico		A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)
A7 presenza/sospetto di ischemia miocardica acuta		A8 procedura che richiede un controllo dietetico
A8 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi		A11 controllo di terapie e/o effetti nelle 24 ore
A10 perdita o calo improvviso della vista o dell'udito		B12 terapia respiratoria intermittente o continua
A11 perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo		B13 somministrazioni e.v. ripetute nelle 24 ore (compreso CVC)
B14 terapia respiratoria intermittente o continua		B16 gestione di ferite chirurgiche, drenaggi
B16 procedure invasive e/o necessità di sala operatoria		C18 sanguinamento in atto (escluso peritoperatorio)
		C20 temperatura corporea $\geq 38^\circ\text{C}$ (almeno 48 ore)
		C21 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi
		C22 evidenza di IMA (sino a 8 giorni) a stroke (sino a 12 giorni)
		C23 ileo/mancata canalizzazione
		C24 problemi ematologici acuti (include anemia post-operatoria)
		giornata 1
		giornata 2
		giornata 3
		giornata 4
		giornata 5

NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI SECONDO PRUO

1 2 3 4 5 6 7 8 9

VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA

- RICOVERO APPROPRIATO
- RICOVERO INAPPROPRIATO
- RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO

Controllo eseguito giorno/...../..... da

**CHECK LIST CONTROLLO RICOVERI BREVI 0-1/2-3**

Unità Operativa		Nosografico	
Età		>65aa	>75aa
Tipo di Ricovero Ordinario		Progr.	Urg.
E' previsto PAC corrispondente		SI	NO
Cartella clinica disponibile		SI	NO (specificare il motivo)
Pz trasferito/inviato da obi/struttura esterna		SI (specificare)	NO
CRITERI DI AMMISSIONE APPROPRIATI		CRITERI DI DEGENZA APPROPRIATI	MOTIVI DI AMMISSIONE/DEGENZA INAPPROPRIATI
<input type="checkbox"/>	A1. Frequenza cardiaca < 50 o > 140 (a riposo)		31. Esecuzione di esami diagnostici <input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/>	A2. Pressione arteriosa sistolica < 90 o > 200 mm Hg o diastolica < 60 o > 120 mm Hg	<input type="checkbox"/> TC >48h	32. Esecuzione di intervento terapeutico medico <input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/>	A4. Temperatura ascellare > 38°C per 5 gg compreso il giorno di ammissione in ospedale		33. Attesa di esecuzione di intervento chirurgico <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	A5. Sanguinamento in atto (o nelle ultime 48h)	<input type="checkbox"/>	34. Assistenza infermieristica di base <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	A6. Squilibrio idroelettrolitico, acido-base, metabolico o minerale (laboratorio e/o clinica)		35. Assistenza infermieristica - terapia <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	A7. Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta	<input type="checkbox"/> ictus	37. Situazione familiare/sociale critica <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	A8. Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi (vedi manuale, criterio complesso)	<input type="checkbox"/>	A110. Sala operatoria indisponibile <input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/>	A10. Perdita o calo improvviso della vista o dell'udito		A112. In corso accertamenti preoperatori <input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/>	A11. Perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo		A113. In attesa di intervento <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	B12. Osservazione medica più volte	<input type="checkbox"/>	A118. Terapia intensiva indisponibile <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	B13. Osservazioni e prestazioni infermieristiche più volte	<input type="checkbox"/>	B) Paziente in attesa di eseguire esami (motivo valido anche per il giorno di esecuzione) <input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/>	B14. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua	<input type="checkbox"/>	C) Paziente in attesa di visita specialistica <input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/>	B15. Monitoraggio dei parametri vitali più volte al giorno	<input type="checkbox"/>	D) Paziente in attesa esito di esami <input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/>	B16. Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e/o necessità di sala operatoria il giorno stesso od il successivo	<input type="checkbox"/>	E) Altri motivi riferibili all'ospedale

Controlli interni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri dell'A.O. di Cosenza elaborazione a cura Resp. SSA Dr.ssa Antonella Benvenuto Inf. Katria Rossi



SSA Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

<input type="checkbox"/>	B17. Controllo di terapie e/o effetti collaterali da verificare almeno ogni 24 ore	<input type="checkbox"/>	201. Sintomatologia lieve, ma il curante ritiene utile trattare	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	B18. Somministrazione di farmaci o fluidi e.v. da ripetersi più volte al giorno	<input type="checkbox"/>	202. Iter diagnostico-terapeutico non definito	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	C19. Altre situazioni/prestazioni che giustificano la ammissione (specificare)		203. Ritardo compilazione documenti	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	C20. Altro (specificare)		F) Motivi socioambientali		
	A8. Controllo dietetico stretto con misure nel GI	<input type="checkbox"/>	205. Attesa trasferimento in altra struttura per acuti/non acuti	<input type="checkbox"/>	
	A10. Prima giornata postoperatoria per procedure selezionate	<input type="checkbox"/>	210. Assistenza domiciliare indisponibile	<input type="checkbox"/>	
	B15. Valutazione del bilancio idrico/diuresi nel GI	<input type="checkbox"/>	211. Prolungamento degenza per motivi non clinici	<input type="checkbox"/>	
	B16. Ferite chirurgiche problematiche e/o drenaggi controllati nel GI	<input type="checkbox"/>	213. Difficoltà nei trasporti per esami/terapie	<input type="checkbox"/>	
	C23. Ileo/mancata canalizzazione	<input type="checkbox"/>	220. Assistenza infermieristica domiciliare indisponibile	<input type="checkbox"/>	
	C24. Patologia ematologica acuta	<input type="checkbox"/>			
	D25. Altri situazioni/prestazioni che giustificano la degenza	<input type="checkbox"/>			
	D26. Altro (specificare)				

NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI SECONDO PRUO

1 2 3 4 5 6 7 8 9

VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA		<input type="checkbox"/>	RICOVERO APPROPRIATO
		<input type="checkbox"/>	RICOVERO INAPPROPRIATO
		<input type="checkbox"/>	RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO

Controllo eseguito giorno/...../..... **da**

Controlli interni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri dell'A.O. di Cosenza elaborazione a cura Resp. SSA Dr.ssa Antonella Benvenuto Inf. Katia Rossi

**CHECK LIST CONTROLLO RICOVERI OUTLIER/TRASFERITI PRESSO ALTRO ISTITUTO PER ACUTI**

	Unità Operativa	Nosografico	>85aa	
	Età	>65aa	>75aa	
	Tipo di Ricovero Ordinario	Progr.	Urg.	
	Cartella clinica disponibile	SI	NO (specificare il motivo)	
Criteri Generali	Ricovero outlier	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Trasferito presso altro istituto di cura per acuti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	trasferito entro la seconda giornata presso l'U.O. di per: <input type="checkbox"/> mancanza posto-letto <input type="checkbox"/> specialistica non presente in A.O. <input type="checkbox"/> altro
criteri clinici	Sono presenti patologie concomitanti che hanno realmente influenzato l'episodio di cura comportando un allungamento della degenza (solo per outlier)	SI (specificare)	NO	<input type="checkbox"/> diabete scompensato <input type="checkbox"/> scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> EPA <input type="checkbox"/> IMA <input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> patologia psichiatrica <input type="checkbox"/> patologia oncologica <input type="checkbox"/> altro:



SSA Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA	Giorno pre-soglia	II° giorno pre-soglia	Giorno post-soglia
A1-A2 cateterismo cardiaco (coronarografia, PTCA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1-A2 angiografia (compresa embolizzazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1-A2 biopsia organo (no cute e sottocute)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A10-B14-B15 toracentesi, paracentesi, altre centesi (esclusa rachicentesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8 procedura che richiede un controllo dietetico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A11 controllo di terapie e/o effetti nelle 24 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12 terapia respiratoria intermittente o continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13 somministrazioni e.v. ripetute nelle 24 ore (compreso CVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B16 gestione di ferite chirurgiche, drenaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C18 sanguinamento in atto (escluso peroperatorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C20 temperatura corporea $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (almeno 48 ore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C21 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22 evidenza di IMA (sino a 8 giorni) a stroke (sino a 12 giorni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C23 ileo/mancata canalizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C24 problemi ematologici acuti (include anemia post-operatoria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA	<input type="checkbox"/>	RICOVERO APPROPRIATO	
	<input type="checkbox"/>	RICOVERO INAPPROPRIATO	
	<input type="checkbox"/>	RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO	
Controllo eseguito giorno/...../.....	da		



CHECK LIST CONTROLLO INTERVENTTI per FRATTURE del FEMORE

ANNO	NOSOGRAFICO	CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA	giornata 1	giornata 2	giornata 3	giornata 4
			oltre lo standard	oltre lo standard	oltre lo standard	oltre lo standard
ETÁ >65aa	SI	A1-A2 caterismo cardiaco (coronarografia, PTCA)				
	NO	A1-A2 angiografia (compresa embolizzazione)				
Regime Ricovero	Ord. PROGR.	A1-A2 biopsia organo (no cute e sottocute)				
	Ord. URG.	A10-B14-B15 toracentesi, paracentesi, altre centesi (esclusa rachicentesi)				
Residente in Calabria	SI	A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)				
	NO	A8 procedura che richiede un controllo dietetico				
Codice SDO diagnosi frattura collo femore (specificare)		A11 controllo di terapie e/o effetti nelle 24 ore				
	SI (specificare ASA)	B12 terapia respiratoria intermittente o continua				
Valutazione Anestesiologica Preoperatoria	NO	B13 somministrazioni e.v. ripetute nelle 24 ore (compreso CVC)				
	SI	B16 gestione di ferite chirurgiche, drenaggi				
pz in trazione	NO	C18 sanguinamento in atto (escluso peroperatorio)				
	SI (specificare quali)	C20 temperatura corporea $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (almeno 48 ore)				
pz con patologie significative concomitanti	NO	C21 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi				
	SI (specificare quali)	C22 evidenza di IMA (sino a 8 giorni) a stroke (sino a 12 giorni)				
pz in attesa di esami	NO	C23 ileo/mancata canalizzazione				
	SI (specificare quali)	C24 problemi ematologici acuti (include anemia post-operatoria)				
pz in attesa di consulenza	NO	NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI SECONDO PRUO	1	2	3	4
	SI		5	6	7	8
scadenza delle 48h in giorno festivo	NO	VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA	<input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO			
	SI		<input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO			
indisponibilità S.O./anestesista	NO		<input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO			
	SI (specificare)					
PR						

Controllo eseguito giorno/...../.....

da



CHECK LIST CONTROLLO DEGENZA PREOPERATORIA

ANNO	NOSOGRAFICO	CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA	giornata 1	giornata 2	giornata 3	giornata 4	
			oltre lo standard	oltre lo standard	oltre lo standard	oltre lo standard	
D E G E N Z A P R E O P E R A T O R I A	ETÀ >65aa	SI					
		NO					
	Regime Ricovero	Ord. Progr.	A1-A2 cateterismo cardiaco (coronarografia, PTCA) A1-A2 angiografia (compresa embolizzazione)				
		Ord. URG.	A1-A2 biopsia organo (no cute e sottocute) A10-B14-B15 toracentesi, paracentesi, altre centesi (esclusa rachicentesi)				
	attivata preospedalizzazi one	SI	A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)				
		NO	A8 procedura che richiede un controllo dietetico				
	Valutazione Anestesiologica Preoperatoria	SI (specificare ASA)	A11 controllo di terapie e/o effetti nelle 24 ore				
		NO	B12 terapia respiratoria intermittente o continua				
	pz con patologie significative concomitanti	SI (specificare quali)	B13 somministrazioni e.v. ripetute nelle 24 ore (compreso CVC)				
		NO	B16 gestione di ferite chirurgiche, drenaggi				
	pz in attesa di esami	SI (specificare quali)	C18 sanguinamento in atto (escluso peroperatorio)				
		NO	C20 temperatura corporea $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (almeno 48 ore)				
pz in attesa di consulenza	SI (specificare quali)	C21 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi					
	NO	C22 evidenza di IMA (sino a 8 giorni) a stroke (sino a 12 giorni)					
scadenza delle 24/48h in giorno festivo	SI	C23 ileo/mancata canalizzazione					
	NO	C24 problemi ematologici acuti (include anemia post-operatoria)					
indisponibilità S.O./anestesista	SI (specificare)	NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI SECONDO PRUO	1	2	3	4	
	NO						5
VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA			<input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO				
			<input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO				
			<input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO				

Controllo eseguito giorno/...../.....

da



SSA Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

CHECK LIST CONTROLLO TAGLI CESAREI

ANNO.....	NOSOGRAFICO				
Regime Ricovero	Ord. Progr.				
	Ord. URG.				
Residente in Calabria	SI				
	NO				
Numero Gravidanze	partì spontanei				
	tagli cesarei				
Prima Gravidanza	SI				
	NO				
Indicazione Clinica all'intervento	nel consenso				
	in cartella				
Indicazione all'intervento (specificare come da legenda allegata)	assoluta				
	relativa				
Classificazione Taglio Cesareo	1 - Motivato da problematica fetale				
	2 - Motivato da problematica della madre				
	3 - Motivato da pregresso parto cesareo (codice 65421)				
	4 - Senza menzione dell'indicazione (codice 66970 e 66971)				
	5 - Documentazione clinica incompleta				
esito parto	V27.1				
	656.4_				

Controllo eseguito giorno/...../..... da

Controlli interni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri dell'A.O. di Cosenza elaborazione a cura Resp. SSA Dr.ssa Antonella Benvenuto Inf. Katia Rossi

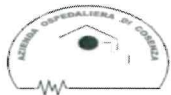


SSA Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

check list qualità cartella		Data	.../.../.....	U.O.	
Cartella n.						
1	È identificabile il medico che ha redatto la cartella clinica (ha raccolto l'anamnesi, ha effettuato l'esame obiettivo...) con data, ora e firma					
2	È registrato l'esame obiettivo generale					
3	È registrata l'anamnesi di eventuali allergie a farmaci e/o alimenti					
4	È registrata la diagnosi d'ingresso					
5	Il diario clinico riporta tutte le giornate di degenza					
6	Le valutazioni giornaliere riportano data, ora e firma del medico che le ha effettuate					
7	Le richieste di procedure e consulenze cui il paziente è stato sottoposto, sono riportate in cartella con data, ora e firma					
8	Le consulenze sono registrate sul diario clinico o spazi dedicati, firmate dal medico che le ha effettuate con la data, ora e firma					
9	Se il paziente è stato sottoposto a intervento chirurgico, o a metodiche invasive per le quali è previsto il consenso informato, è presente il consenso informato (intervento, anestesia, ecc.)					
10	È presente il foglio unico di terapia					
11	Le prescrizioni terapeutiche riportano data, orario, via di somministrazione e firma del medico prescrittore					
12	Il foglio unico comprende data, ora, firma dell'infermiere che somministra					
13	È presente il foglio dei parametri vitali compilato con registrazione quotidiana con data, ora e firma del rilevatore					
14	È presente l'inquadramento infermieristico del paziente completo, con data, ora e firma					
15	Le annotazioni sul diario infermieristico sono complete di data, ora e firma					
16	La gestione delle cancellature è corretta					
17	È presente una copia della lettera di dimissioni/trasferimento che descrive le condizioni del paziente al momento della dimissione con firma, data e ora					
18	La cartella è firmata dal Direttore dell'U.O. e dal medico che ha avuto in cura il paziente					
19	È presente SDO compilata					
Note:						
Firma rilevatore		Legenda				
		SI	NO	IP = In Parte	NR = Non Rilevabile	NA = Non Attinente

Controlli interni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri
dell'A.O. di Cosenza

elaborazione a cura Resp. SSA Dr.ssa Antonella Benvenuto Inf. Katia Rossi



check list congruità

UNITÀ OPERATIVA

DATA/...../.....

CARTELLA N°								
Richiesta di ricovero e documentazione d'accesso	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	note:		note:		note:		note:	
Presenza fotocopie documento d'identità e tessera sanitaria	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	note:		note:		note:		note:	
Corrispondenza tra informazioni contenute in cartella clinica e sdo	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	note:		note:		note:		note:	
Corretta identificazione della diagnosi principale	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	note:		note:		note:		note:	
Coerenza con l'identificazione della diagnosi principale e dell'intervento principale	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	note:		note:		note:		note:	
Presenza codifica e codifica corretta delle diagnosi e procedure	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	note:		note:		note:		note:	
Coerenza tra date di intervento/procedura e periodo di ricovero	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	note:		note:		note:		note:	
Effettiva incidenza delle diagnosi indicate come secondarie	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	note:		note:		note:		note:	
Sulla SDO è presente la firma del dirigente medico che dimette	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	note:		note:		note:		note:	
Se codice da 800* a 904*; da 910* a 995* presenza indicazione tipo e codifica corretta cod. E	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	note:		note:		note:		note:	

IL DIRIGENTE MEDICO DIREZIONE SANITARIA.....